



CONSEIL QUÉBÉCOIS  
DE DÉVELOPPEMENT  
PROFESSIONNEL CONTINU  
DES MÉDECINS

# **VADE-MECUM**

**En développement professionnel continu  
3<sup>e</sup> édition**

© Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins  
3e édition, 2024

TOUS DROITS RÉSERVÉS

ISBN 978-2-922539-12-7 (3e édition, 2024, impr.)

ISBN 978-2-922539-11-0 (3e édition, 2023, PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2024

Imprimé au Canada par **Les Impressions Stampa inc.**

# TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	5
AVANT-PROPOS.....	6
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE 1 – LE DPC AU QUÉBEC.....	9
La définition du DPC.....	11
La scène du DPC au Québec.....	12
Les acteurs en DPC.....	14
Les exigences/balises en DPC.....	17
CHAPITRE 2 – L’APPROCHE MÉTHODIQUE.....	19
Le modèle pédagogique.....	21
Les fondements théoriques.....	21
LA CIBLE	
LA POPULATION CIBLE.....	33
L’ÉTUDE DES BESOINS.....	33
Le besoin éducatif : une définition.....	33
Les types de besoins éducatifs.....	34
Les méthodes employées dans les études de besoins éducatifs.....	37
Les besoins évolutifs en DPC.....	42
LES OBJECTIFS D’APPRENTISSAGE.....	42
LES STRATÉGIES	
LE CHOIX DES MÉTHODES ÉDUCATIVES.....	49
Principes généraux et formats.....	49
Les méthodes de groupes.....	53
Bonnes pratiques d’enseignement pour les présentations magistrales.....	61
LES RESSOURCES.....	65
Les ressources humaines.....	65
Les ressources financières.....	70
Les ressources matérielles et logistiques pour les organisateurs.....	74
LES DROITS D’AUTEUR.....	79
Notions de base.....	79
L’utilisation légale d’une œuvre protégée.....	80
L’utilisation équitable.....	81
L’ÉVALUATION	
L’évaluation d’une activité ou d’un programme de DPC.....	85
CHAPITRE 3 - LES ACTIVITÉS D’ÉVALUATION DE L’EXERCICE RECONNUES.....	91
Termes et définitions des activités d’évaluation de l’exercice.....	93
Place des activités d’évaluation de l’exercice en développement professionnel continu.....	94
Organisation et reconnaissance d’une activité d’évaluation de l’exercice.....	95
Exemples d’organisation et reconnaissance d’activités d’évaluation de l’exercice.....	100
CHAPITRE 4 - LE DPC AU CANADA ET DANS LE MONDE.....	111
LE FUTUR EN DPC.....	119
ANNEXES.....	121

# LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1.</b> Aperçu des principales caractéristiques des théories de l'apprentissage et des théories pédagogiques.....	23
<b>Tableau 2.</b> Types de besoins éducatifs et méthodes d'étude employées.....	35
<b>Tableau 3.</b> Suggestions de verbes d'action pour la rédaction d'objectifs d'apprentissage.....	45
<b>Tableau 4.</b> Caractéristiques pouvant favoriser l'acquisition, la rétention et l'utilisation de nouvelles connaissances.....	52
<b>Tableau 5.</b> Quatre méthodes individuelles de DPC.....	59
<b>Tableau 6.</b> Techniques les plus répandues pour favoriser l'apprentissage actif.....	63
<b>Tableau 7.</b> Exemple d'un budget pour une activité de DPC.....	72
<b>Tableau 8.</b> Adaptation du Cadre élargi des résultats qui intègre deux niveaux supplémentaires : faisabilité et fidélité.....	87
<b>Tableau 9.</b> Caractéristiques essentielles à la reconnaissance d'une activité d'évaluation de l'exercice : forme longue et description opérationnelle.....	101
<b>Tableau 11.</b> Exemples d'organisation/reconnaissance d'activités d'évaluation de l'exercice.....	105

# LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1.</b> Étapes pour développer et évaluer une activité de DPC.....	21
<b>Figure 2.</b> Comparaison de la taxonomie de Bloom.....	44
<b>Figure 3.</b> Taxonomie de la théorie de l'autodétermination.....	65
<b>Figure 4.</b> Exemple d'un diagramme de Gantt.....	74
<b>Figure 5.</b> Cadre élargi des résultats.....	86
<b>Figure 6.</b> Modèle de l'amélioration de l'exercice médical (FOMC, 2016) *.....	96
<b>Figure 7.</b> Cadre d'activité d'évaluation de l'exercice de St-Jacques et Coll. (St-Jacques, 2022).....	98
<b>Figure 8.</b> Fiche d'élaboration d'une activité d'évaluation de l'exercice.....	100

# REMERCIEMENTS

Cette 3e édition du *Vade-mecum* est l'œuvre d'une collaboration de plusieurs experts et expertes en DPC pour la plupart membres du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM), coordonné par un comité de rédaction. Ce dernier remercie sincèrement les auteurs et autrices, les réviseurs et réviseuses pour leur précieuse collaboration et expertise, ainsi que les membres du groupe de travail pour la diffusion:

Dr Steven Bellemare

Dre Johanne Blais

Dr Jessy Boilard

Me Daniel Boivin

Dre Francine Borduas

Mme Maryse Bouthat

Mme Marie-Josée Campbell

Mme Emmanuelle Careau, Ph. D.

Dr Sam J. Daniel

Dre Julie Desmeules

Pr Nicolas Fernandez, Ph. D.

Dr François Goulet

Dr Claude Guimond

Dr Vincent Jobin

Dre Marie-France Langlois

Mme Francesca Luconi, Ph. D.

Mme Paule Maltais

Dre Isabelle Noiseux

M<sup>e</sup> Catherine Ouellet

Dre Anne-Partricia Prévost

Dr Frédéric St-Jacques

M. Martin Tremblay, Ph. D.

Le CQDPCM remercie madame Lynn Lebel pour son dévouement et la qualité de son soutien administratif au comité de rédaction.

*Le comité de rédaction :*

Dr Harold Dion, *rédacteur en chef*

Dre Louise Fugère, *co-rédactrice*

Madame Nicole Parent, Ph. D., *co-rédactrice*

Cet ouvrage n'aurait pu être réalisé sans le support indéfectible des organisations membres du CQDPCM :



# AVANT-PROPOS

Le professionnel de la santé est responsable de l'actualisation et de l'intégration des nouvelles connaissances dans sa pratique. Pour assumer cette responsabilité, il doit participer à l'évaluation de ses besoins et avoir accès à des contenus et des outils pédagogiques.

Pendant les années 1970, le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec (aujourd'hui le CQDPCM) a organisé des colloques de sensibilisation à l'approche méthodique en pédagogie médicale pour les organisateurs d'activités de développement professionnel continu (DPC). Devant l'intérêt grandissant suscité par ces colloques, le conseil publia en 1983 une première édition du *Vade-mecum*, un instrument de travail concis et pratique pour soutenir les organisateurs d'activités de DPC. Cette première édition connut un réel succès et pour répondre à la demande, le conseil procéda à plusieurs réimpressions. En 1998, la révision du *Vade-mecum* a conduit à une 2e édition et son contenu fut grandement bonifié.

En 2022, le *Vade-mecum* a bénéficié d'une réécriture complète. Cet ouvrage est l'œuvre d'une collaboration d'auteurs et d'autrices de grande expertise en DPC sur la scène provinciale et nationale. Il offre un contenu approfondi sur les notions pertinentes en andragogie, les étapes de la démarche méthodique, les normes provinciales reconnues, ainsi que plusieurs outils pour soutenir les organisateurs en DPC.

Cette 3e édition du *Vade-mecum* se porte garante d'un CQDPCM fort, durable et soucieuse de la qualité des activités de formation et de l'exercice professionnel. Nous espérons que ce nouveau *Vade-mecum* accompagne chacun des organisateurs de DPC à travers le Québec et inspire l'ensemble de la communauté de DPC.

*Le comité de rédaction*

À NOTER : Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

# INTRODUCTION

Le développement professionnel continu consiste en toute démarche d'un médecin dans le but d'acquérir, de maintenir ou de parfaire ses connaissances, habiletés ou attitudes. Le développement professionnel continu consiste en une action individuelle ou collective, basée sur un besoin ou un intérêt, qui s'inscrit dans le cycle des apprentissages et qui vise à améliorer la qualité des soins offerts à la population. Il est grandement influencé par la responsabilisation et la prise en charge par le professionnel de son apprentissage et de l'évaluation de sa pratique professionnelle.

Cette 3e édition du Vade-mecum est un outil de référence visant à soutenir les organisateurs de DPC dans la planification, la réalisation et l'évaluation d'une activité individuelle ou de groupe, en présentiel ou en virtuel. Des fiches pratiques sont proposées en annexe dans différents chapitres pour illustrer et enrichir le contenu. Ainsi, dans la version numérique, simplement cliquer sur l'hyperlien pour accéder à l'annexe désirée et ensuite cliquer sur le titre dans l'entête pour retourner à la page d'origine. Il n'est pas nécessaire de lire le Vade-mecum dans l'ordre des chapitres. Le lecteur est invité à consulter le contenu en fonction de ses besoins.

En espérant que vous l'apprécierez, le CQDPCM vous souhaite une bonne lecture!



# **CHAPITRE 1**

## **LE DPC AU QUÉBEC**



## La définition du DPC

« Le développement professionnel continu consiste en toute démarche d'un médecin dans le but d'acquérir, de maintenir ou de parfaire ses connaissances, habiletés ou attitudes. Le développement professionnel continu consiste en une action individuelle ou collective, basée sur un besoin ou un intérêt, qui s'inscrit dans le cycle des apprentissages et qui vise à améliorer la qualité des soins offerts à la population. » (*définition adoptée par le CQDPCM en novembre 2005, [www.cqdpcm.ca](http://www.cqdpcm.ca)*)

Ces activités doivent rencontrer au moins l'un des rôles définis par les référentiels CanMEDS ou CanMEDS-MF<sup>1,2</sup>.

Les compétences CanMEDS et CanMEDS-MF sont :

- l'expertise médicale ou l'expertise en médecine familiale;
- le communicateur;
- le collaborateur;
- le leader;
- le promoteur de la santé;
- l'érudit;
- le professionnel.

L'Association des facultés de médecine au Canada (AFMC) a publié en avril 2019 un rapport intitulé : [L'avenir de l'éducation médicale au Canada : Développement professionnel continu](#). Ce rapport présente différents concepts additionnels pertinents dans la définition du DPC<sup>3</sup>.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a développé un nouveau processus de formation post-graduée basé sur les compétences (*competence-by-design curriculum*)<sup>4</sup>. Au lieu d'être basé sur des objectifs spécifiques à atteindre, ce processus est basé sur une compétence complexe à acquérir. Il permet à l'apprenant d'évoluer à son rythme selon ses capacités. Ce nouveau processus s'intègre progressivement au sein des programmes de formation post-gradués. Il est encore très peu présent dans les activités de DPC.

Certaines organisations, à but lucratif ou non, investissent également dans la promotion de leurs produits et services ainsi que dans la consultation, notamment auprès des médecins. Toutefois, ces activités de promotion ou d'information ne doivent pas être confondues avec les activités **reconnues** de formation continue des médecins.

**La formation continue interprofessionnelle** est définie par toute activité de DPC relative aux actions communes entre divers professionnels. La formation interprofessionnelle se produit lorsque deux professions ou plus sont engagées dans un processus d'apprentissage conjoint, réciproque et qui leur permet de mieux se connaître mutuellement pour mieux collaborer et améliorer la qualité des soins<sup>5</sup>. Les compétences

---

1 Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Ottawa, Canada. 2015. ISBN 978-1-926588-30-8

2 CanMEDS Médecine familiale 2017 : un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation. Collège des Médecins de Famille du Canada. Mississauga, Canada. 2017.

3 L'avenir de l'éducation médicale au Canada : Développement professionnel continu. *Summary Report of the Future of Medical Education in Canada (FMED CPD) Project*. [En ligne], 2019 <https://www.afmc.ca/fr>

4 LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA. *La compétence par conception* [en ligne], 2016. <https://www.royalcollege.ca/>

5 Guide sur les normes\standards d'agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé. Agrément de la formation

interprofessionnelles sont :

- la clarification des rôles;
- les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté;
- le travail d'équipe;
- le leadership collaboratif;
- la communication interprofessionnelle;
- la résolution des conflits interprofessionnels.

Les activités de formation interprofessionnelle sont pertinentes pour la population cible des professionnels de la santé. Des sujets tels que le travail d'équipe, le leadership, la communication interprofessionnelle sont des sujets qui s'adressent à cette population cible. Il ne s'agit pas d'un regroupement de différents professionnels qui participent, chacun de leurs côtés, à des activités distinctes à l'intérieur d'un même congrès.

La formation interprofessionnelle répond aux mêmes critères que le DPC pour les médecins en y ajoutant des critères spécifiques pour la formation interprofessionnelle.

La formation **interdisciplinaire** est constituée d'un regroupement de médecins de disciplines différentes, mais d'une même profession qui se réunissent afin d'échanger sur des sujets communs. Les journées de formation interdisciplinaires (JFI) de la FMSQ en sont un bon exemple.

**Les patients partenaires** sont intégrés de plus en plus à la planification et à la réalisation d'activités de DPC au Québec. Ils peuvent, entre autres, se joindre à des comités d'analyse des besoins, au comité scientifique et même participer en tant que présentateur pour partager leur parcours au sein du réseau de la santé<sup>6</sup>. Les patients partenaires peuvent finalement se joindre aux activités de DPC en faisant la démonstration de leurs problèmes de santé, en jouant des rôles de patients ou en simulation.<sup>7</sup>

**La revalidation** est un processus d'autorégulation de la profession par un ordre professionnel qui consiste à exiger d'un professionnel qu'il se soumette à différents outils d'évaluation et/ou de maintien de ses compétences afin qu'il puisse conserver son droit d'exercer. Le Royaume-Uni a imposé un processus de revalidation à tous les médecins avec un permis d'exercice.

**Le maintien du certificat** est également un processus développé par des associations professionnelles (CRMCC, CMFC, Associations de spécialités américaines) afin de permettre aux médecins membres de démontrer le maintien de leurs compétences toujours dans une perspective d'autorégulation professionnelle. Il n'est cependant pas lié à leur permis d'exercice<sup>8</sup>.

## La scène du DPC au Québec

Le CQDPCM est une table de concertation ayant pour mission de promouvoir et de favoriser le développement professionnel continu des médecins au Québec [www.cqdpcm.ca](http://www.cqdpcm.ca). Il a pour mandat :

---

interprofessionnelle en sciences de la santé. 2010. <https://accred.casn.ca>

6 UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. FACULTÉ DE MÉDECINE. *Direction collaboration et partenariat patient [en ligne]* <https://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/> (Consulté le 20 avril 2022).

7 Towle, A., Bainbridge, L., Godolphin, W., Katz, A., Kline, C., Lown, B., Madularu, I., Solomon, P. and Thistlethwaite, J. (2010), Active patient involvement in the education of health professionals. *Medical Education*, 44: 64-74. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03530.x>

8 Holmboe ES. Maintenance of Certification, Revalidation, and Self-Regulation. *JCEHP* 2013. 33 (S1):S63-S66.

- Auprès des organismes intéressés au DPC : de faciliter les échanges, la concertation et la recherche de consensus en vue d'une harmonisation du DPC des médecins au Québec;
- Auprès des organisateurs de DPC : d'offrir diverses activités de formation destinées aux formateurs et aux organisateurs de DPC, notamment aux facultés de médecine, aux associations professionnelles et aux établissements de soins de santé, et de les soutenir dans leurs fonctions;
- Auprès des participants : d'informer les médecins du Québec des activités offertes par les organismes membres du CQDPCM, de même que des politiques et des consensus établis;
- En recherche : de promouvoir et d'encourager la recherche en DPC, grâce à un leadership facilitant le réseautage entre les personnes intéressées et le transfert des connaissances acquises par la recherche à la pratique.

Les organismes composants le CQDPCM sont :



## Le Code d'éthique du CQDPCM

Afin d'uniformiser les règles éthiques relatives au DPC, les membres du CQDPCM ont choisi de développer et d'adhérer à un code d'éthique commun. Le premier Code a vu le jour en 1995. Sa révision complète a mené au « [Code d'éthique du CQDPCM](#) », entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Une autre révision a débuté en 2023.

Au Québec, les organismes suivants ont endossé le Code d'éthique :

- Collège québécois des médecins de famille (CQMF)
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
- Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)
- Médecins francophones du Canada (MdFC)
- Les quatre facultés de médecine :
  - ◇ Université Laval
  - ◇ Université de Montréal
  - ◇ Université McGill
  - ◇ Université Sherbrooke

En endossant le Code, ces organisations reconnaissent que le DPC représente une composante essentielle de la pratique professionnelle du médecin. Tous les intervenants en DPC doivent s'assurer que les activités de formation qu'ils organisent ou qu'ils accréditent contribuent au développement et au maintien des compétences du médecin, afin que ce dernier soit en mesure d'offrir des services de la meilleure qualité qui soit, et ce, à l'ensemble de la population québécoise.

Le Code d'éthique du CQDPCM vise à protéger les organisateurs, les personnes-ressources et les participants de toute situation réelle ou potentielle de conflit d'intérêts. Le Code vise également à protéger contre l'ingérence possible d'un organisme subventionnaire dans le contenu scientifique ou les messages d'une activité de formation.

Les principes directeurs du Code d'éthique constituent le cadre de divers aspects du DPC portant sur le but, le contenu et la réalisation des activités et des programmes de DPC, ainsi que les objectifs des intervenants et leur indépendance. Ces principes s'appliquent à toutes les activités de formation, accréditées ou non.

Tous les principes du Code d'éthique sont traités dans chacun des chapitres du vade-mecum.

Alors que le Code d'éthique s'applique pour toutes les activités au Québec, la Norme nationale pour le soutien des activités de DPC agréées (disponible sur le site [www.royalcollege.ca](http://www.royalcollege.ca)) s'applique pour les activités offertes hors Québec, au Canada.

## Les acteurs en DPC

### a) FOURNISSEUR DE DPC

Les fournisseurs de DPC développent des activités de DPC individuelles ou collectives selon les normes en vigueur. Ces activités peuvent être complexes comme des congrès sur plusieurs jours avec différents sujets. Dans ce cas, les fournisseurs peuvent créer un comité scientifique et un comité organisateur où chacun possède un rôle spécifique. D'autres développent des activités de courte durée avec un seul sujet. Dans ce cas, un comité central peut jouer l'ensemble des rôles (scientifique et organisateur).

Il est important de noter que si le fournisseur de DPC souhaite que ses activités soient accréditées, il doit nommer un comité scientifique. En effet, pour être accréditées, les activités de DPC développées par une organisation médicale doivent être créées par un comité scientifique constitué d'un minimum de deux personnes représentant le public cible.

Généralement, l'organisation médicale fournisseur nomme un responsable du comité scientifique pour le développement d'une activité de DPC. Les premières questions que doit se poser la personne chargée par un fournisseur de DPC concernent la nature et l'étendue de son mandat.

Au Québec, les fournisseurs d'informations médicales, techniques ou professionnelles ne sont pas reconnus, seuls, pour le développement et pour obtenir l'autorisation de crédits pour des activités de formation.

Parmi ces fournisseurs, mentionnons notamment :

- les firmes de communication;
- les entreprises pharmaceutiques;
- les compagnies de fournitures médicales, chirurgicales ou électroniques;
- les entreprises de services professionnels, administratifs (par exemple de facturation) ou cliniques (un professionnel offrant ses services cliniques).

## b) COMITÉ SCIENTIFIQUE EN DPC

Le comité scientifique est composé de représentants de la population cible et est responsable :

- du choix des thèmes de formation;
- de l'analyse des besoins;
- de la rédaction des objectifs éducatifs;
- du choix des méthodes éducatives et de leurs durées;
- du choix des personnes-ressources;
- du processus d'évaluation;
- de la finalisation du programme;
- de la validation des contenus présentés;
- du respect du code d'éthique.

Il est souvent opportun d'inclure un expert du thème choisi afin de mieux prendre en compte les besoins normatifs ou les avancées scientifiques.

## c) COMITÉ ORGANISATEUR

Dans certains cas, le fournisseur de DPC pourra créer un comité organisateur idéalement composé de trois à six personnes ayant des expertises complémentaires afin d'aider le comité scientifique dans l'organisation des aspects techniques de la planification de ses activités de DPC. Ce comité peut être composé de différents experts en communication, promotion ou autres.

Le comité organisateur et non le comité scientifique sera responsable des activités sociales, sportives ou autres, si requises. Cependant, pour l'organisation d'une seule activité de DPC de courte durée ou pour des activités de DPC semblables et utilisant une seule méthode éducative, il est parfois préférable que le comité scientifique agisse également comme comité organisateur.

## d) ACCRÉDITEUR

Organisation agréée par le Collège des médecins du Québec (CMQ) au Québec pouvant accréditer des programmes de formation continue et ainsi émettre des attestations pour des activités de développement professionnel reconnues.

Les organisations d'accréditation québécoises se sont concertées pour utiliser des critères communs d'accréditation. De plus, chaque organisation peut y ajouter des critères qui lui sont spécifiques. Les organisations ont toutes des normes d'accréditation pour les activités reconnues et pour les activités d'évaluation de l'exercice.

Les organisations agréées œuvrant dans le domaine du DPC au Québec sont :

- les quatre facultés de médecine :
  - ◇ de l'Université Laval,
  - ◇ de l'Université McGill,
  - ◇ de l'Université de Montréal,
  - ◇ de l'Université de Sherbrooke;

- les deux fédérations médicales :
  - ◇ la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ),
  - ◇ la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et ses associations médicales affiliées; et
- les deux organismes médicaux :
  - ◇ Médecins francophones du Canada (MdFC),
  - ◇ le Collège québécois des médecins de famille (CQMF).

e) COMITÉ OU ORGANISATION DE RECUEIL DE BESOINS

Comité ou organisation (CMQ, l'ACPM, les centres hospitaliers, etc.) pouvant contribuer à l'étude de besoins en fournissant des données et informations permettant de cibler les besoins émergents ou non ressentis.

f) DÉVELOPPEURS DE CONTENU

Le comité scientifique est responsable du développement du contenu de la formation et peut déléguer le développement à un expert ou un groupe d'experts en la matière. Ainsi, souvent un expert ou un groupe d'experts dans au moins une des compétences CanMEDS développera un contenu spécifique pour une activité de DPC. Le comité scientifique déterminera les objectifs d'apprentissage répondant aux besoins identifiés, choisira la méthode éducative la mieux adaptée et la personne-ressource.

g) SUBVENTIONNAIRES

Organisme, à but lucratif ou non, qui accorde une subvention à visée éducative pour la réalisation du programme ou de l'activité de DPC.

Les subventionnaires sont les entreprises commerciales pharmaceutiques ou d'appareils médicaux, des compagnies de communication, des entreprises de services (facturation, DME, etc.), des institutions financières ou même des organismes ou ministères gouvernementaux. Les organismes subventionnaires qui offrent des subventions à visées éducatives ne peuvent participer aux comités scientifiques ni influencer le développement et la réalisation d'une activité de DPC. Ils peuvent cependant nommer des représentants au sein d'un comité organisateur.

h) CHERCHEUR

Personne ou équipe qui a pour objectif de contribuer à l'avancement de la discipline en DPC par le développement de projets de recherche ou d'études. Ces projets peuvent être élaborés sur différents sujets, dont l'impact des activités sur la qualité des soins ou les compétences des professionnels de la santé, sur l'amélioration des processus organisationnels ou sur l'efficacité des méthodes éducatives ou autres.

## Les exigences/balises en DPC

### Exigences obligatoires pour tout médecin détenant un permis d'exercice actif au Québec

Le CMQ a mis en place le 1er janvier 2019, un Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins. Ce règlement détermine les activités de formation continue nécessaires pour assurer le maintien des compétences des médecins et la protection du public. Le CMQ s'est ainsi doté de moyens afin de s'assurer que tous ses membres actifs participent à des activités de développement professionnel et d'évaluation de leur exercice. Pour plus de détails sur le Règlement, veuillez consulter son guide explicatif disponible au <https://www.cmq.org/fr>

### Exigences selon l'adhésion à d'autres organisations

Les médecins doivent aussi se conformer aux exigences des autres organisations d'appartenance telles que :

- Les [exigences Mainpro+](#) (voir [www.cfpc.ca](http://www.cfpc.ca)) pour les médecins membres du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).
- Les [exigences du programme de maintien du certificat \(MDC\)](#) (voir [www.royalcollege.ca](http://www.royalcollege.ca)) pour les médecins membres du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

### Plateformes disponibles pour enregistrement des crédits de formation

Les médecins peuvent enregistrer leurs activités sur la plateforme de leur choix :

- Mainpro+ du CMFC;
- PADPC-FMOQ de la FMOQ;
- MAINPORT du CRMCC;
- Directement sur la plateforme du CMQ.

Un pont informatique a été mis en place pour le transfert des activités consignées sur les trois plateformes des organisations externes au CMQ vers la plateforme du CMQ.

Un arrimage des équivalences de reconnaissance des activités a été effectué pour assurer une cohésion entre les exigences des deux collèges nationaux, le CMFC et le Collège royal, et le CMQ.

### La compensation financière des omnipraticiens

Les médecins de famille ayant participé à une formation accréditée par un organisme agréé par le Collège des médecins du Québec peuvent obtenir une compensation financière selon les modalités inscrites aux annexes VI, XII et XIX de l'entente générale FMOQ-MSSS. Ce document peut être consulté à l'adresse :

<https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/manuels/Pages/brochure-1.aspx>

### Autres lignes directrices en DPC

D'autres organisations ont développé des lignes directrices ou un code d'éthique pour leurs membres :

[Les interactions avec l'industrie : lignes directrices pour les médecins \(par AMC\)](#) (<https://policybase.cma.ca/fr/>).

Le [Code d'éthique de Médicaments novateurs Canada](#) (<https://innovativemedicines.ca/fr/a-propos/ethique/>).



# **CHAPITRE 2**

## **L'APPROCHE MÉTHODIQUE**



## Le modèle pédagogique

Le modèle pédagogique offre une démarche systématique pour préciser ce qu'il faut enseigner, comment l'enseigner et comment évaluer l'apprentissage, afin d'obtenir les résultats attendus. Ce modèle est basé sur la théorie de l'apprentissage et de l'instruction de Robert Gagné.

Le modèle pédagogique décrit toutes les étapes de la conception à la réalisation de l'activité de développement professionnel continu. Ce modèle suit une approche systématique qui doit commencer par l'analyse des besoins, l'élaboration des d'objectifs pédagogiques, puis le développement étape par étape de l'activité de DPC, pour terminer avec l'évaluation formative et sommative de l'activité de DPC (voir figure 1). Ce chapitre précise chacune de ces étapes.

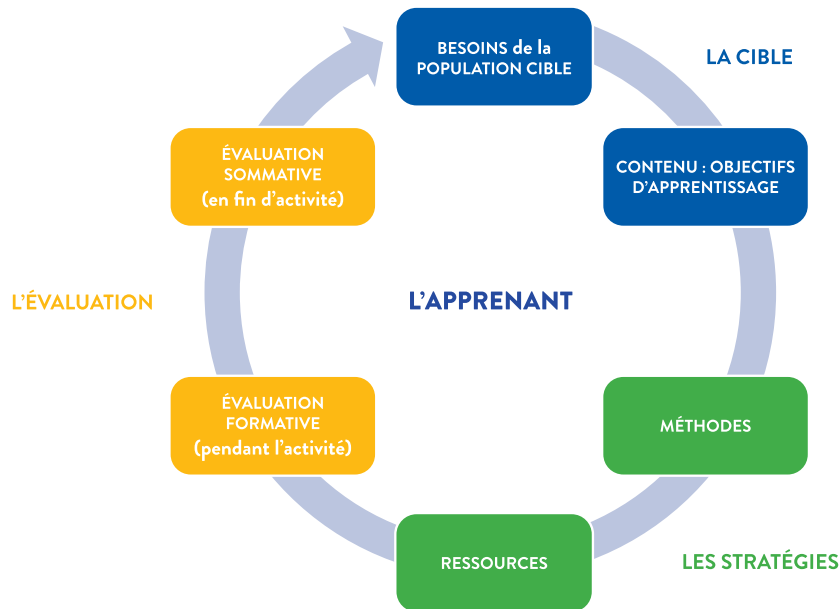


Figure 1. Étapes pour développer et évaluer une activité de DPC

## Les fondements théoriques

Dans la planification d'une activité de DPC, il est important d'accorder un temps de réflexion sur les théories de l'éducation afin que l'activité de DPC apporte des résultats prévisibles, positifs et durables dans la pratique. La recherche dans les domaines de la psychologie et de la sociologie de l'éducation nous a fourni des explications fiables - théories - sur la manière dont la planification systématique de l'enseignement et de l'apprentissage peut améliorer les activités de DPC. Ces théories nous éclairent sur de multiples aspects de l'apprentissage humain, tels que : Quelles sont les conditions idéales pour l'apprentissage ? Comment l'enseignement peut-il soutenir et guider les apprenants ? Comment l'histoire et les caractéristiques individuelles des apprenants influencent-elles la manière dont ils apprennent ? Quelles sont les conditions qui conduisent à un apprentissage significatif, à un changement des performances et aux résultats pour les patients?<sup>9</sup> Une grande partie des connaissances issues de la recherche a été tissée en modèles complets utiles pour la conception de programmes, la pratique de l'enseignement et l'évaluation. Cependant, l'apprentissage étant un processus complexe, aucune théorie de l'apprentissage ne peut répondre à toutes ses complexités découlant d'influences multiples<sup>10</sup>.

9 Samuel A, Cervero RM, Durning SJ, Maggio LA. Effect of Continuing Professional Development on Health Professionals' Performance and Patient Outcomes: A Scoping Review of Knowledge Syntheses. Acad Med. 2021;96(6):913-923. [doi:10.1097/ACM.0000000000003899](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003899)

10 Gredler, ME Learning and Instruction Theory into Practice. (3rd edition) Columbus, Ohio: Prentice-Hall 1997 (pp. 105-141).

Cette section donnera un aperçu général de certaines des théories et des modèles complets qui ont été utilisés pour définir l'apprentissage, créer les meilleures conditions pour qu'il ait lieu et observer et mesurer ses résultats. En fait, la conception pédagogique, basée sur la théorie de l'apprentissage et de l'instruction de Robert Gagné, fournit une approche systématique pour aligner ce qu'il faut enseigner, comment enseigner et comment évaluer l'apprentissage et améliorer les résultats de l'apprentissage.

## Conception pédagogique

L'alignement des programmes garantit que les étudiants ont la possibilité d'appliquer ce qu'ils ont appris ou confirmé au-delà de la salle de classe. Il s'agit de s'assurer que les objectifs d'apprentissage correspondent aux attentes de la société et que l'évaluation est axée sur la réalisation de ces objectifs. Cet alignement des objectifs, des activités et du matériel pédagogique et de l'évaluation est au cœur de la conception pédagogique<sup>11</sup>.

Le processus de conception pédagogique exige une approche systématique fondée sur la théorie, qui doit commencer par une analyse des besoins conduisant à l'énoncé des objectifs d'apprentissage et au développement progressif de l'enseignement, y compris l'évaluation formative et sommative de l'apprentissage. Le terme « instruction » couvre généralement l'enseignement ainsi que tous les événements pédagogiques susceptibles d'influencer directement l'apprentissage, tels que les documents imprimés, les images, les vidéos, les logiciels et autres médias. En bref, les activités, le matériel pédagogique, ainsi que l'évaluation, doivent être sélectionnés en fonction de la manière dont ils servent à atteindre les objectifs d'apprentissage.

Conseils pratiques pour la conception d'une instruction de DPC :

- Commencez en gardant à l'esprit la finalité.
- Tenez compte des étapes de l'apprentissage des médecins.
- Concentrez-vous sur la pratique clinique et sur la manière dont l'apprentissage peut l'améliorer.
- Fournissez des opportunités de pratique nombreuses et précoces.
- Fournissez un retour d'information axé sur les actions dans leur contexte.

## Raison d'être de l'utilisation des théories de l'apprentissage en DPC

A) Quels sont les critères pour sélectionner les théories et les cadres pour guider la planification des interventions de DPC ? Nous proposons cette liste simple de quatre critères basés sur les recommandations de Mann et Lockyer<sup>12</sup>:

1. Le problème à traiter au sein de la communauté de la pratique médicale.
2. La formation requise des participants.
3. Les types de besoins d'apprentissage du public cible : connaissances et compétences.
4. Les objectifs de l'intervention de DPC.

B) Quelle est la justification de l'application des théories dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions de DPC ?

1. Les théories de l'apprentissage présentent des hypothèses sur les événements psychologiques sous-

11 Anderson, L. W. (2002). Curricular alignment: A re-examination. *Theory into practice*, 41(4), 255-260. [https://doi.org/10.1207/s15430421tip4104\\_9](https://doi.org/10.1207/s15430421tip4104_9)

12 Mann KV, Lockyer, J. Applying educational theory to Practice in Continuing Professional Development. in Rayburn WF, Turco MG, & Davis DA (eds). *Continuing Professional Development in Medicine and Health Care*. Better Education, Better Patient Outcomes. 2018 (pp.3-16). Philadelphia: Wolters Kluwer.

jacents qui se produisent dans l'esprit de l'apprenant.

2. Les théories de l'apprentissage fournissent une base pour comprendre les implications du contexte lié à l'apprentissage dans des cadres formels et informels.
3. Les théories de l'enseignement guident l'alignement des objectifs, des activités et du matériel pédagogiques et de l'évaluation; elles sont au cœur de la conception pédagogique.

Le tableau ci-dessous présente une sélection de théories pour guider les prestataires de DPC dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation d'activités de DPC pertinentes. Les définitions, les processus et les facteurs influençant l'apprentissage sont fournis et illustrés par des exemples. Des informations supplémentaires sont disponibles dans les annexes spécifiques numérotées pour chaque théorie.

*Tableau 1. Aperçu des principales caractéristiques des théories de l'apprentissage et des théories pédagogiques*

<b>Théories / modèles d'apprentissage</b>	<b>Définition de l'apprentissage</b>	<b>Processus de l'apprentissage</b>	<b>Facteurs influençant l'apprentissage</b>	<b>Exemples de conception d'activités de DPC fondées sur la théorie</b>
Apprendre par l'expérience et la réflexion  Pour plus de détails, voir l' <a href="#">Annexe 1</a>	Dans le modèle de Kolb, l'apprentissage comprend quatre étapes : 1. l'expérience d'un événement concret (soins à un patient diabétique); 2. l'observation et la réflexion sur l'événement ; 3. la généralisation abstraite où l'expérience est complétée par des ressources d'apprentissage autodirigé (AAD) sur le diabète; 4. l'application d'une nouvelle compréhension des concepts dans un nouvel événement.	L'apprentissage est ancré dans le processus itératif d'examen et de mise à l'épreuve des croyances et des théories personnelles de l'apprenant afin de générer des idées nouvelles et plus raffinées.	Les connaissances et l'expérience de base de l'individu, ses croyances et ses théories personnelles.  L'environnement ou le contexte dans lequel l'apprentissage et la pratique ont lieu.	Activez les connaissances antérieures et expérientielles des médecins <sup>13</sup> en leur demandant de développer en petits groupes un cas clinique sur le traitement du diabète.  Les participants, par le biais de la dissonance cognitive <sup>14</sup> , évalueront leurs lacunes en matière de connaissances et de compétences. Les prestataires de DPC développeront des activités de DPC adaptées aux besoins des participants pour combler les lacunes identifiées et fournir des ressources pour compléter leur expérience.

13 Gagné RM, White RT. Memory Structures and Learning Outcomes. Review of Educational Research. 1978;48(2):187-222. doi:10.3102/00346543048002187

14 Cooper J, Carlsmith KM. Cognitive Dissonance. In: Wright JD, ed. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition). Oxford: Elsevier; 2015:76-78.

Théories / modèles d'apprentissage	Définition de l'apprentissage	Processus de l'apprentissage	Facteurs influençant l'apprentissage	Exemples de conception d'activités de DPC fondées sur la théorie
<p>Apprentissage autodirigé (AAD)</p> <p>Pour plus de détails, voir l'<a href="#">Annexe 2</a></p>	<p>« Un processus dans lequel les individus prennent l'initiative, avec ou sans l'aide d'autres personnes, de définir leurs besoins d'apprentissage, de formuler des objectifs d'apprentissage, d'identifier les ressources humaines et matérielles pour l'apprentissage, de choisir et de mettre en œuvre des stratégies d'apprentissage appropriées, et d'évaluer les résultats de l'apprentissage »<sup>15</sup>.</p>	<p>L'AAD implique huit compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'autocontrôle</li> <li>• l'autoévaluation</li> <li>• la définition des besoins d'apprentissage</li> <li>• la détermination de la ressource d'apprentissage appropriée</li> <li>• l'utilisation efficace de la ressource</li> <li>• l'évaluation de l'exactitude et de la valeur de l'information contenue dans la ressource</li> <li>• l'enregistrement ou le classement de l'information pour référence future</li> <li>• l'application de ce qui a été appris au problème actuel du patient et aux problèmes futurs.</li> </ul>	<p>Intérêts et objectifs personnels.</p> <p>Conscience de la façon dont on apprend.</p> <p>Un environnement et des conditions d'apprentissage appropriés.</p>	<p>Les prestataires de DPC sont encouragés à développer des activités de DPC en ligne, polyvalentes et interactives, qui fourniront un contexte propice à l'apprentissage permanent en proposant : des ressources en ligne pertinentes, un accès et une structure conviviaux de l'environnement en ligne, un soutien fourni par le retour d'information de l'instructeur et des opportunités de collaboration entre pairs<sup>16</sup>.</p>

15 Knowles MS (1975). Self-directed learning: A guide for learners and teachers. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

16 Samuel A, Cervero RM, Durning SJ, Maggio LA. Effect of Continuing Professional Development on Health Professionals' Performance and Patient Outcomes: A Scoping Review of Knowledge Syntheses. Acad Med. 2021;96(6):913-923. doi:10.1097/ACM.0000000000003899

Théories / modèles d'apprentissage	Définition de l'apprentissage	Processus de l'apprentissage	Facteurs influençant l'apprentissage	Exemples de conception d'activités de DPC fondées sur la théorie
<p>Théorie de l'apprentissage social</p> <p>Pour plus de détails, voir l'<a href="#">Annexe 3</a></p>	<p>L'apprentissage se produit lorsque les apprenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) sont en interaction dynamique avec leur environnement;</li> <li>b) observent les autres (pairs et enseignants);</li> <li>c) réfléchissent à leur auto-efficacité (c'est-à-dire la perception de leur capacité à exécuter une tâche);</li> <li>d) appliquent leurs capacités à fixer des objectifs et à suivre les progrès réalisés.</li> </ul>	<p>Le processus d'apprentissage implique d'apprendre des autres et avec eux et d'interagir constamment avec l'environnement.</p>	<p>Les perceptions d'auto-efficacité qui sont développées par l'expérience et l'observation des autres.</p>	<p>Les activités de DPC offrent la possibilité de développer une communauté de pratique<sup>17</sup> en proposant régulièrement des clubs de lecture sur des sujets spécifiques. Les novices observent des professionnels de la santé plus experts qui jouent le rôle de modèles ou de champions. Le mentorat ou le coaching sont proposés pour soutenir des compétences spécifiques et développer une identité professionnelle.</p> <p>Le DPC encourage la création de groupes de soutien permanents qui sont interdisciplinaires et/ou interprofessionnels.</p>

17 Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Medicine as a Community of Practice: Implications for Medical Education. *Academic Medicine*. 2018;93(2):185-191. 10.1097/ACM.0000000000001826

<b>Théories / modèles d'apprentissage</b>	<b>Définition de l'apprentissage</b>	<b>Processus de l'apprentissage</b>	<b>Facteurs influençant l'apprentissage</b>	<b>Exemples de conception d'activités de DPC fondées sur la théorie</b>
<p>Théorie de l'apprentissage des médecins et du changement<sup>18</sup></p> <p>Pour plus de détails, voir l'<a href="#">Annexe 4</a></p>	L'apprentissage est un processus qui conduit au changement.	Approche graduelle du changement.	L'apprentissage et le changement sont généralement déclenchés par des forces personnelles, professionnelles et sociales.	<p>Les évaluations des besoins fondées sur cette théorie permettront de recueillir des données sur les besoins perçus et non perçus par les médecins. Les activités de DPC pertinentes seront adaptées aux divers besoins des médecins. Suivant l'approche par étapes du changement, la mise en œuvre des changements dans la pratique des médecins variera.</p> <p>Les prestataires de DPC doivent inclure dans le développement des activités de DPC la consultation des pairs en tant que ressource pertinente que les médecins consultent habituellement.</p>

<b>Théories / modèles d'apprentissage</b>	<b>Définition de l'apprentissage</b>	<b>Processus de l'apprentissage</b>	<b>Facteurs influençant l'apprentissage</b>	<b>Exemples de conception d'activités de DPC fondées sur la théorie</b>
<p>Le modèle PRECEDE</p> <p>Pour plus de détails, voir l'<a href="#">Annexe 5</a></p>	L'apprentissage est considéré comme le développement de réponses adaptées à des stimuli externes.	Interaction et adaptation constantes de l'apprenant à un environnement d'apprentissage spécialement conçu (mise en scène).	<p>Les facteurs prédisposants sont les connaissances, les attitudes, les valeurs et les perceptions. Les facteurs de renforcement aident à maintenir le nouveau comportement et fournissent une rétroaction. Les facteurs favorables sont les compétences individuelles et l'accès et la disponibilité des ressources.</p>	Les planificateurs de l'éducation doivent examiner les facteurs susceptibles d'être modifiés et prendre en compte les facilitateurs et les obstacles au changement <sup>19</sup> .

18 Fox RD, Mazmanian PE, Putnam RW. Changing and Learning in the Lives of Physicians. New York: Praeger, 1989.

19 Mann KV, Lockyer, J. Applying educational theory to Practice in Continuing Professional Development. in Rayburn WF, Turco MG, & Davis DA (eds). Continuing Professional Development in Medicine and Health Care. Better Education, Better Patient Outcomes. 2018 (pp.3-16). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Théories / modèles d'apprentissage	Définition de l'apprentissage	Processus de l'apprentissage	Facteurs influençant l'apprentissage	Exemples de conception d'activités de DPC fondées sur la théorie
<p>Le modèle COMB-B</p> <p>Pour plus de détails, voir l'<a href="#">Annexe 6</a></p>	<p>L'apprentissage entraîne un changement de comportement déclenché par les capacités, la motivation et les opportunités.</p>	<p>Le processus consiste à faire correspondre les capacités individuelles et les opportunités découlant de l'environnement social et physique.</p>	<p>La capacité est définie comme l'aptitude psychologique et physique de l'individu à s'engager dans l'activité concernée. Elle inclut les connaissances et les compétences requises.</p> <p>L'opportunité est définie comme l'ensemble des facteurs extérieurs à l'individu qui rendent le comportement possible.</p> <p>La motivation comprend la prise de décision, les processus habituels et la réaction émotionnelle qui peuvent être influencés par des facteurs intrinsèques ou extrinsèques.</p>	<p>L'activité de DPC pourrait se concentrer sur le développement d'un environnement d'apprentissage qui prend en compte ces trois facteurs interdépendants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Évaluer les lacunes dans les connaissances des apprenants et les compétences requises pour appliquer le code d'éthique à la pratique clinique.</li> <li>2. Déterminer des stratégies pour déclencher la motivation intrinsèque des participants à s'engager dans l'apprentissage du nouveau code d'éthique en le reliant à l'identité professionnelle.</li> <li>3. Évaluer des situations concrètes où les nouvelles connaissances peuvent être appliquées avec succès, en tenant compte des obstacles et des facteurs favorables au changement.</li> </ol> <p>Les prestataires de DPC sont encouragés à développer des interventions de DPC en tenant compte des autres acteurs et parties prenantes du système de soins de santé, en créant des liens avec l'évaluation de la qualité et la sécurité des patients<sup>20</sup> et en se conformant aux normes éthiques telles que le Code d'éthique du CQDCPM<sup>21</sup>.</p>

20 Schumacher DJ, Carraccio C, Englander R. One Process, Many Names: Learning and Improvement as the Core of Physician Practice. *Academic Medicine*. 2017;92(9):1357.

21 [https://cqdcpc.ca/tool/httpcqdcpc-cawp-contentuploads202009code-ethique\\_cqdcpc\\_fr\\_vf-rev2020-pdf/](https://cqdcpc.ca/tool/httpcqdcpc-cawp-contentuploads202009code-ethique_cqdcpc_fr_vf-rev2020-pdf/)

Théories / modèles d'apprentissage	Définition de l'apprentissage	Processus de l'apprentissage	Facteurs influençant l'apprentissage	Exemples de conception d'activités de DPC fondées sur la théorie
<p>L'apprentissage des médecins en quatre étapes</p> <p>Pour plus de détails, voir l'<a href="#">Annexe 7</a></p>	<p>L'apprentissage revient à résoudre des problèmes mal définis qui se présentent dans la pratique.</p>	<p>Analyser, évaluer, apprendre et acquérir de l'expérience.</p>	<p>Développement de l'esprit critique de l'individu.</p> <p>Maitrise de stratégies métacognitives efficaces (savoir ce que je ne sais pas).</p> <p>Disponibilité de ressources d'apprentissage appropriées.</p>	<p>Les prestataires de DPC doivent développer une activité en tenant compte du fait que tous les apprenants ne sont pas au même stade. Il y a trois étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certains explorent simplement un nouveau domaine. Ils cherchent à trouver des éléments qui les aideront dans leur pratique.</li> <li>2. Certains sont conscients qu'ils ont besoin de s'améliorer et qu'ils doivent trouver dans quel domaine. Ils s'évaluent de manière critique.</li> <li>3. D'autres disent : « Je sais que j'ai du mal à prescrire des antibiotiques et j'ai besoin d'en savoir plus sur ce sujet. » Ils commencent par une phase d'apprentissage.</li> </ol> <p>D'autres encore, ceux qui ont acquis une nouvelle compétence et de nouvelles connaissances et qui sont prêts à les appliquer dans la pratique clinique, ils passent à la dernière phase.</p>

<b>Théories / modèles d'apprentissage</b>	<b>Définition de l'apprentissage</b>	<b>Processus de l'apprentissage</b>	<b>Facteurs influençant l'apprentissage</b>	<b>Exemples de conception d'activités de DPC fondées sur la théorie</b>
<p>Théorie de l'autoévaluation éclairée et de la rétroaction (R2C2)</p> <p>Pour plus de détails, voir l'<a href="#">Annexe 8</a></p>	<p>L'apprentissage est associé à une autoévaluation issue d'un cycle itératif de validation externe.</p>	<p>L'apprentissage est un processus qui consiste à interpréter des données sur ses propres performances et à les comparer à des normes externes.</p>	<p>Des stratégies appropriées pour donner et recevoir une rétroaction.</p> <p>Des environnements d'apprentissage ouverts, sans jugement et sécuritaires.</p>	<p>Le modèle de rétroaction à 360 degrés sur les performances implique la collecte de données pour évaluer la pratique et promouvoir l'apprentissage, ainsi que l'autosurveillance continue de la pratique clinique quotidienne à partir de sources multiples.</p> <p>Par exemple, le questionnaire du CMC : évaluation à 360° qui intègre une variété de sources pour fournir une rétroaction au médecin, de la part des patients, des pairs et des superviseurs. Une formation est nécessaire pour recevoir et fournir cette rétroaction<sup>22</sup>.</p>

<b>Théories / modèles d'apprentissage</b>	<b>Définition de l'apprentissage</b>	<b>Processus de l'apprentissage</b>	<b>Facteurs influençant l'apprentissage</b>	<b>Exemples de conception d'activités de DPC fondées sur la théorie</b>
<p>Théorie de l'apprentissage et de l'enseignement</p> <p>Pour plus de détails, voir l'<a href="#">Annexe 9</a></p>	<p>L'apprentissage est cumulatif et l'apprentissage de certaines compétences contribue à l'apprentissage de compétences plus complexes.</p>	<p>Cette théorie globale des processus d'apprentissage établit un lien entre chaque phase des processus cognitifs de base de l'apprentissage avec le type de tâche d'apprentissage et de l'instruction.</p>	<p>La nécessité d'un environnement structuré capable de fournir une rétroaction immédiate pour l'ajustement et la correction.</p> <p>Le contexte d'apprentissage doit faciliter le transfert vers le contexte de la pratique.</p>	<p>Les conditions d'apprentissage de Robert Gagné fournissent un ensemble de neuf étapes spécifiques qui reflètent la séquence dans laquelle les informations sont reçues de l'environnement, traitées et enregistrées dans la mémoire à long terme par les apprenants.</p> <p>Les prestataires de DPC pourraient développer des activités de DPC en ligne, guidées par cette théorie de l'instruction par étapes.</p>

22 Sargeant J, Mann K, Manos S, et al. R2C2 in Action: Testing an Evidence-Based Model to Facilitate Feedback and Coaching in Residency. Journal of graduate medical education. 2017;9(2):165-170. 10.4300/JGME-D-16-00398.1





# LA CIBLE





# LA POPULATION CIBLE

La population cible est le groupe spécifique d'apprenants pour lequel l'activité de DPC sera conçue, développée et déployée. Il est important, dès sa conception, de préciser la population cible, de connaître ses caractéristiques et de rechercher les facteurs susceptibles de favoriser sa participation et son apprentissage.

Il existe une grande variété d'activités de DPC et certaines peuvent être plus appropriées que d'autres en fonction de la population cible. La population cible peut être des médecins de famille, des médecins spécialistes, mais aussi d'autres professionnels de la santé. Plus spécifiquement, l'activité peut s'adresser à des professionnels exerçant dans des champs d'exercices variés, tels qu'en centre d'hébergement, à l'urgence, en milieu urbain, en milieu rural ou encore, en centre tertiaire.

La population cible doit être prise en compte tout au long du processus de développement de l'activité de DPC, particulièrement lors de :

- la composition du comité scientifique (afin d'assurer une représentativité de la population cible au sein du comité);
- l'étude des besoins éducatifs;
- la création et la formulation des objectifs;
- la sélection des activités pédagogiques utilisées;
- l'élaboration et la validation du contenu;
- la sélection des personnes-ressources;
- l'évaluation de l'activité.

Le médecin travaille de plus en plus en équipes composées de plusieurs professionnels de la santé. Il est donc important de tenir compte de cette réalité et d'inclure ces autres professionnels de la santé dans la planification et le déploiement de certaines activités de DPC.

## L'ÉTUDE DES BESOINS

### Le besoin éducatif : une définition

Un besoin éducatif est défini comme l'écart entre la pratique clinique actuelle et celle qui est attendue<sup>23</sup>. La pratique clinique repose sur la compétence du médecin. Cette compétence fait référence à des connaissances (savoir), à des habiletés (savoir-faire) et à des attitudes (savoir-être).

Les besoins éducatifs peuvent être individuels ou collectifs selon qu'ils soient identifiés pour un individu ou un groupe (médecins d'une association, d'un hôpital, d'un département, etc.). Le besoin collectif peut se composer d'une multitude de besoins individuels. L'activité sera planifiée en fonction des besoins de la majorité. Ainsi, plus le groupe est homogène, plus il sera facile de déterminer les besoins collectifs.

Il faut aussi clairement distinguer un besoin éducatif d'un sujet d'intérêt. Beaucoup d'organismes ne font pas cette distinction. Un sujet d'intérêt est un champ ou un domaine de pratique médicale auquel le médecin s'intéresse particulièrement et pour lequel il peut avoir ou non développé une certaine expertise. Il s'agit

---

23 Jean P. Pour une planification méthodique des activités de formation. Pédagogie médicale. 2001;2:7.

certainement d'un facteur de motivation interne puissant. Étant intéressé par un sujet, un médecin participe volontiers à plusieurs activités sur le sujet. Il a peut-être, en revanche, des lacunes dans d'autres domaines qui nécessitent une mise à jour. Quoique l'organisateur doive considérer les intérêts des participants, il doit cependant cerner clairement les besoins éducatifs ressentis, démontrés, normatifs, institutionnels et sociétaux.

## Les types de besoins éducatifs

Les activités de DPC doivent répondre à des besoins qui auront été définis préalablement. Il convient de distinguer cinq types de besoins principaux :

### Les besoins ressentis (perçus)

Un besoin ressenti, ou un besoin perçu, se définit par l'écart entre les compétences que le médecin décèle chez lui et celles qu'il désire posséder. Comme le rapporte Pierre Jean : « C'est lorsque l'on devient conscient de ses lacunes que naissent le désir et l'énergie d'apprendre ». Il s'agit donc de besoins que le médecin définit lui-même, à partir des lacunes qu'il perçoit dans l'exercice de sa profession, grâce au sens autocritique et à l'aptitude à l'autoévaluation, qu'il a développés.

Il faut distinguer le concept d'étude des besoins individuels et l'étude des besoins collectifs. Ces derniers sont le plus souvent recherchés par l'organisateur de DPC d'activités collectives.

#### *Besoins ressentis individuels*

Le médecin, individuellement, mettra en évidence ses besoins éducatifs via notamment :

- un questionnement personnel issu de son travail quotidien;
- un questionnement découlant de ses lectures ou au moment de la complétion de questionnaires d'autoévaluation;
- ses rencontres avec les collègues.

*EXEMPLE : Dans sa pratique régulière à l'urgence, le médecin ressent de l'insécurité lorsqu'il doit intuber un patient. Il souhaite améliorer ses habiletés d'intubation endotrachéale afin de réduire cette insécurité ressentie.*

#### *Besoins ressentis collectifs*

Les moyens permettant de mettre en évidence les besoins collectifs sont notamment :

- des enquêtes d'opinion (sondages);
- des groupes de discussion (*focus group*);
- les techniques nominales de groupe;
- les commentaires transmis, notamment via les questionnaires d'évaluation, par les participants à la suite d'une activité de DPC;
- les attentes des participants lors d'une activité de DPC ou au moment de l'inscription à celle-ci.

## Les besoins démontrés

Les besoins démontrés découlent de l'écart entre les compétences actuelles du médecin et celles recommandées par les experts ou des normes de soins établies. L'étude de ces besoins repose sur la nécessité de parfaire les compétences d'un groupe de professionnels selon les avancées réalisées en recherche<sup>24</sup>. Cette étude de besoins

24 Labesse M-E, Aubé D, Institut national de santé publique du Québec, Direction recherche, formation et développement. Cadre de référence sur l'analyse de besoins de formation: volet formation continue. Québec: Recherche, formation et développement, Institut national de santé publique du Québec; 2008.

considère généralement des besoins collectifs, car on ne souhaite pas cibler spécifiquement une personne ayant des écarts. La recherche des besoins démontrés individuels est guidée par les organismes de contrôle pour la mise en œuvre d'un programme de remédiation personnalisé (stage, tutorat ou mentorat).

Les moyens ou les données permettant de mettre en évidence les besoins démontrés collectifs sont notamment :

- les rencontres informelles avec des médecins consultants;
- les questionnaires de connaissances, qui devraient être spécifiques et rédigés en fonction des activités professionnelles des médecins auxquels ils s'adressent;
- les données provenant des programmes d'autoévaluation;
- les rapports : des comités hospitaliers ou d'établissements, d'évaluation de l'exercice professionnel ou des comités de l'amélioration continue de la qualité globale;
- les commentaires et la rétroaction (*feedback*) des patients eux-mêmes, notamment les patients partenaires, concernant la relation médecin-patient et leur expérience de soins;
- la rétroaction des pairs et des autres professionnels de la santé;
- les rapports d'événements et d'incidents critiques;
- les données issues du dossier médical électronique (DMÉ);
- les recommandations du coroner à la suite d'une investigation ou d'une enquête publique;
- les cas médico-légaux et les données issues d'organismes de protection médicale<sup>25</sup>;
- les données sociosanitaires et épidémiologiques;
- les résultats des projets de recherche ou d'érudition sur l'évaluation de la qualité de l'acte;
- les données émanant d'organismes d'agrément ou de contrôle, par exemple le Collège des médecins du Québec.

*EXEMPLE : Le comité d'évaluation de l'exercice médical du CMDP a révisé les trente derniers dossiers de réanimation à l'urgence. Il a constaté une mauvaise utilisation de la médication dans plus de la moitié des cas. Il soumet donc ce besoin au comité de DPC.*

Le tableau suivant présente un résumé des principales méthodes employées lors de l'étude des besoins ressentis et démontrés. Une description plus exhaustive de ces méthodes apparaît plus loin dans la présente section.

Tableau 2. Types de besoins éducatifs et méthodes d'étude employées

Méthodes employées	Types de besoins éducatifs	
	Besoins ressentis	Besoins démontrés
L'enquête d'opinion (sondage)	√	
Les groupes de discussion (focus group)	√	
Les rencontres entre collègues	√	
La technique nominale de groupe et la technique de Delphi	√	
Le remue-méninges	√	
Les programmes d'autoévaluation	√	√
L'évaluation des activités antérieures	√	√
La révision et l'analyse des dossiers		√
Les attentes des participants	√	

25 Grant J. Learning needs assessment: assessing the need. BMJ [Internet]. 19 janv. 2002 [cité 20 avril 2021];324(7330):156-9. Disponible sur: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.324.7330.156>

## Les besoins normatifs

Les besoins normatifs découlent de la recherche et du développement constant de la science et de la technologie applicable à la médecine. Ils sont définis par des experts au sein d'associations professionnelles et savantes ou des milieux de formation et de recherche. Leur intégration dans une activité de DPC vise à favoriser la mise à jour des connaissances selon le progrès de la recherche médicale. Ils se présentent sous forme de lignes directrices, de protocoles de soins ou de guides de pratique.

*EXEMPLE : Un médecin exerçant à l'urgence suggère de suivre les nouvelles lignes directrices de l'ADVANCE CARDIAC LIFE SUPPORT (ACLS) en matière de réanimation cardiorespiratoire.*

## Les besoins institutionnels

Les besoins institutionnels sont les besoins auxquels désire répondre l'organisme responsable de l'activité éducative – un centre hospitalier, un établissement de santé, une association professionnelle ou un organisme d'enseignement – en tenant compte des objectifs qu'il poursuit dans le domaine de DPC. Ces besoins sont donc influencés par la vocation même de l'établissement ou de l'organisme.

*EXEMPLE : La directrice des soins infirmiers et le médecin responsable de l'urgence ont adopté un nouveau protocole de distribution des tâches de chaque intervenant lors d'arrêts cardiorespiratoires à l'urgence. Ils désirent en informer les différents intervenants.*

## Les besoins sociétaux

Les besoins de la société en matière de santé (ou besoins sociétaux) peuvent être définis comme étant « ce dont requièrent les personnes, les familles, les collectivités et les populations à l'échelle du continuum de soins pour parvenir au bien-être physique, cognitif, émotionnel, social et spirituel, en tenant compte des grands déterminants de la santé (p.3)»<sup>26</sup>. Ce type de besoins s'identifie selon la perspective des contextes locaux, communautaires ou internationaux. En prenant en compte les valeurs, la culture, les déterminants sociaux, les facteurs démographiques ou les données d'incidence et de prévalence, l'intervention au niveau des besoins sociétaux vise la réduction des écarts entre collectivités privilégiées et défavorisées, ainsi que la promotion de l'équité en santé.

Le concept de responsabilité sociale, défini par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dès 1995<sup>27</sup> a incité les facultés de médecine partout au Canada à adopter des mécanismes formels pour tenir compte et s'adapter aux besoins changeants de la collectivité<sup>28</sup>. L'OMS définit la responsabilité sociale des facultés de médecine comme étant « l'obligation d'axer leurs activités d'enseignement, de recherche et de services sur les préoccupations prioritaires en matière de santé de la communauté, de la région et de la notion qu'elles ont le mandat de servir ». Ce concept a d'ailleurs été intégré dans le processus d'agrément des facultés de médecine et d'autres institutions de santé.

En se basant sur le concept de responsabilité sociale, le contenu de l'activité de DPC devrait donc être axé sur les besoins prioritaires de santé de la collectivité ciblée, selon une perspective systémique en tenant compte des enjeux de pertinence, de qualité, d'efficacité et d'équité propres à notre système de santé<sup>29</sup>.

26 Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Définir les besoins de la société en matière de santé – définition et guide du Collège royal, avril 2012 <https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/health-policy/societal-health-needs-definition-and-guide-f.pdf>

27 Boelen & Heck, 1995 <https://iris.who.int/>

28 AFMC, 2001 <https://www.afmc.ca/resources-data/social-accountability/future-of-medical-education-in-canada/>

29 Boelen, Grand'maison, Ladner & Pestiaux, 2008 <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2008/04/pmed20080368/pmed20080368.html>

*EXEMPLE : des médecins envisagent d'offrir des soins à une population autochtone. Plutôt que de reproduire le modèle de soins qu'ils connaissent, ils intègrent, à leur comité local d'amélioration de la qualité, deux représentants autochtones pour bien saisir les distinctions existantes entre le modèle de santé occidental et celui plus holistique des autochtones, en ce qui a trait à leurs besoins au niveau social, spirituel, mental et communautaire. Cette intervention permettra donc le développement d'un modèle prenant en charge les problèmes prioritaires vécus par les patients autochtones (pertinence), respectueux des particularités culturelles des communautés ciblées (qualité), en misant sur les partenariats possibles avec les acteurs locaux (efficience) pour diminuer l'effet des préjugés et de la discrimination vécue par ces populations (équité).*

## Les méthodes employées dans les études de besoins éducatifs

L'organisateur d'activités de DPC peut utiliser différentes méthodes pour cerner les besoins des participants. Il doit cependant connaître leurs utilisations, sources et modalités d'application afin d'éviter l'introduction de biais potentiels dans cette collecte des données. De plus, il importe d'exploiter plusieurs méthodes afin d'élargir les sources et la diversité des besoins.

### L'enquête d'opinion (sondage)

L'enquête d'opinion, ou sondage, se fait à l'aide d'un questionnaire écrit, en format papier ou en format électronique (formule privilégiée), distribué à la population cible ou à un échantillonnage de celle-ci, dans le but de connaître ses besoins éducatifs (« questionnaire d'étude des besoins » est un synonyme). C'est une méthode très utilisée, parmi les moins coûteuses<sup>30</sup>, et sûrement indiquée dans l'organisation de la plupart des activités éducatives. Les différentes caractéristiques et une synthèse présentant six types de questions couramment utilisées lors de la rédaction d'un questionnaire sont présentées sur la fiche en [annexe 10](#).

*EXEMPLE : Dans le but de préciser le contenu de la prochaine activité de formation qu'il planifie (demi-journée sur la réanimation cardiorespiratoire), l'organisateur fait parvenir à tous les membres du service de l'urgence le questionnaire contenant des questions fermées et ouvertes :*

#### Question fermée

*Sur une échelle de 1 à 5, dans quelle mesure ressentez-vous le besoin de participer à une activité de formation sur les thèmes suivants?*

	Pas intéressé			Très intéressé	
	1	2	3	4	5
<i>L'intubation dans l'arrêt cardiorespiratoire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>La lecture de bande de rythme d'ECG</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>L'utilisation des antiarythmiques</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30 Comment analyser les besoins en formation au sein de votre organisation [Internet]. David Vellut, 2012 [cité 20 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.davidvellut.com/analyser-les-besoins-en-formation/>

## Question ouverte

*Avez-vous besoin de formation en réanimation cardiorespiratoire? Donnez la liste de vos besoins, par ordre de priorité :*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*La lecture de bandes de rythme d'ECG est le besoin prioritaire.*

*Un exemple type de questionnaire complet est présenté en [annexe 11](#).*

## Le groupe de discussion (*focus group*)

Il s'agit d'une méthode structurée d'évaluation des besoins éducatifs, spécifiques à un thème ou à un champ particulier d'activités, par plusieurs petits groupes de discussion. Les modalités d'application sont présentées en [annexe 12](#).

*EXEMPLE : L'organisateur planifie un groupe de discussion en posant les questions suivantes à un groupe de médecins :*

1. Nommez trois problèmes ou les trois plus grandes difficultés cliniques au cours de la réanimation cardiorespiratoire. (Besoins ressentis)
2. La pratique a-t-elle évolué? (Mise à jour)
3. Si vous étiez un expert et que vous décidiez d'un changement, quel serait-il? Ces mêmes besoins sont-ils démontrés par un groupe d'experts?

*Les participants ont mentionné leur besoin d'une formation additionnelle concernant les manœuvres de RCR, plus particulièrement l'intubation des voies aériennes.*

## Les rencontres entre collègues

Il s'agit d'une activité, formelle ou informelle, permettant de déceler les besoins éducatifs; elle est basée sur la rencontre de deux personnes ou plus, à l'exclusion des groupes de discussion (*focus group*) et des techniques de groupes décrites ailleurs dans cette section. Il est nécessaire de colliger par écrit les informations recueillies afin de ne pas laisser place à la subjectivité quant à l'interprétation de l'importance relative de chaque besoin soulevé.

*EXEMPLES :*

1. *À la dernière réunion du service de l'urgence, le responsable de DPC a demandé aux personnes présentes de nommer leurs besoins en réanimation cardiorespiratoire. La liste sera soumise au comité organisateur de la prochaine activité.*
2. *Dans le dernier mois, quatre médecins du service de l'urgence, au cours de rencontres dans le corridor, ont mentionné désirer la tenue d'une session en ACLS; quatre médecins sur vingt-deux, est-ce représentatif? Il faut valider ce besoin par une autre méthode plus objective.*

*Après des rencontres informelles avec des collègues, le responsable du comité de DPC a perçu comme besoin éducatif le leadership du médecin au sein de l'équipe de réanimation.*

## La technique du remue-méninges

Le remue-méninges ou *brainstorming* permet un inventaire d'idées. Il est caractérisé par l'expression spontanée des idées pertinentes à un champ d'intérêt ou à un besoin au sujet duquel un groupe désire arriver à une décision. Pour une durée limitée (de 5 à 15 minutes), les idées sont présentées librement, sans critique ou commentaire, et inscrites à mesure qu'elles sont énoncées sans qu'elles ne soient modifiées d'aucune façon. Il n'est pas nécessaire que les idées soient reliées entre elles. Durant cette période d'inventaire, la quantité des idées prime sur la qualité. Cette dernière ne sera considérée que plus tard. Le remue-méninges précède souvent une discussion de groupe et cette technique est particulièrement utile :

- lorsqu'un groupe veut examiner plusieurs alternatives avant d'établir les bases d'une décision;
- lorsque plusieurs aspects d'un problème doivent être examinés avant qu'il ne soit possible de définir la solution;
- lorsqu'on recherche la participation maximale d'un groupe tout entier. Souvent les personnes qui hésitent à offrir leurs suggestions vont abandonner leur retenue si elles n'ont pas à développer ou à défendre leurs idées;
- lors de la discussion initiale au sein du comité de DPC sur les besoins ou les intérêts des futurs participants, sur les points problématiques de la pratique, sur les sujets ou les thèmes à sélectionner ou sur les objectifs à atteindre.

## La technique nominale de groupe

La technique nominale de groupe permet de recueillir et d'ordonner les besoins ressentis par un groupe. Elle a l'avantage d'être respectueuse des besoins de chacun en leur permettant de s'exprimer librement sans l'influence des leaders naturels de groupe. Elle demande un peu de préparation, mais elle est facile à utiliser.

La fiche en [annexe 13](#) présente de façon concrète tous les préparatifs nécessaires à l'utilisation de la technique nominale de groupe ainsi que les modalités d'application.

## La technique de Delphi

Cette méthode utilise une série de questionnaires pour obtenir un consensus ou suffisamment d'informations de la part d'experts qui ne peuvent se rencontrer en un seul lieu comme pour la technique nominale de groupe. Elle constitue un processus utile pour développer un consensus d'experts. Un exemple d'application :

- 1<sup>er</sup> questionnaire où on demande de répondre à une question large et ouverte. Les réponses écrites sont recueillies et les idées retenues sont regroupées;
- 2<sup>e</sup> questionnaire : on demande de répondre à une question plus spécifique et de sélectionner, parmi les idées retenues, les 10 meilleures. Les réponses écrites sont réorganisées en les regroupant;
- 3<sup>e</sup> questionnaire : on demande de détailler les 10 meilleures idées pour ainsi créer une mise en priorité lors d'un vote écrit.

## Les programmes d'autoévaluation

Les programmes d'autoévaluation permettent à l'apprenant d'évaluer le niveau de ses connaissances dans différents domaines. Ils comprennent habituellement du matériel d'examen sous forme papier crayon ou électronique ainsi que les réponses attendues, des références et parfois une bibliographie annotée. Il s'agit d'outils d'évaluation qui visent à aider le médecin à élaborer un plan de DPC personnalisé et adapté à ses besoins spécifiques. Regroupées, les données concernant les réponses erronées d'un groupe d'apprenants permettent d'évaluer des lacunes collectives<sup>31</sup>.

Cet outil d'évaluation et d'apprentissage donne une formation acceptée (normative) des connaissances, offre un matériel autosuffisant, permet la pleine autonomie de l'apprenant quant au temps de réponse, à l'horaire, au lieu, etc., et de plus, permet d'obtenir les besoins démontrés d'une population. Cependant, il fournit un taux de réponse habituellement faible, peut être limité par un biais de sélection des répondants et fournit un questionnaire d'autoévaluation non orienté vers l'apprenant.

## L'évaluation des activités antérieures

Les questionnaires d'évaluation des activités de DPC antérieures constituent une autre source d'établissement des besoins. Il est à noter que la composition même du questionnaire, notamment les éléments et questions qui doivent figurer sur la fiche d'évaluation, est adressée plus spécifiquement dans la section « L'évaluation d'une activité de DPC ». Les évaluations concernant le contenu des présentations peuvent valider des besoins de formation (pertinence, documentation, réponse aux besoins), particulièrement lorsqu'on désire répéter l'activité. De plus, dans la section « Commentaires et/ou questions ouvertes pour solliciter d'autres sujets », les participants peuvent manifester leur intérêt pour certains sujets ou activités de formation, et cette information peut devenir le point de départ d'une enquête d'opinion.

Évidemment, cet outil permet surtout à l'organisateur de connaître les besoins liés au contexte d'apprentissage dans lequel se tient l'activité (organisation, locaux, audiovisuel, conférenciers, etc.). Ces besoins influencent la qualité de l'apprentissage.

Afin de faciliter l'analyse des évaluations antérieures, il est suggéré de rédiger une grille d'analyse et de regrouper les réponses sous six rubriques :

1. Organisation : temps adéquat, respect de l'horaire, organisation générale
2. Contenu : pertinence, documentation, répond aux besoins
3. Locaux : emplacement, chauffage, encadrement matériel, stationnement
4. Audiovisuel : visibilité, qualité
5. Conférencier : communication, voix
6. Commentaires et/ou questions ouvertes pour solliciter d'autres sujets

## La révision et l'analyse des dossiers

La méthode de révision et d'analyse des dossiers patients est devenue, au cours des années, une méthode de choix pour cerner les besoins démontrés et tenter de modifier les pratiques. Il s'agit d'une méthode utile et pratique pour un groupe de praticiens homogènes, exerçant dans la même discipline ou travaillant en équipe multidisciplinaire.

---

31 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Modèle d'élaboration d'un programme d'autoévaluation [Internet]. 2021 [cité 21 avr. 2021]. Disponible sur: [www.royalcollege.ca](http://www.royalcollege.ca)

Cette méthode est limitée par la qualité de la tenue des dossiers. De plus, le dossier ne reflète pas toujours tous les éléments de l'épisode de soins. Différentes modalités peuvent servir à la révision des dossiers et à la détermination des besoins, telle l'évaluation par critères explicites, implicites ou par monitoring d'indicateurs de qualité. En établissement, le ou les comités d'évaluation de l'acte ou les comités de l'amélioration continue de la qualité globale sont d'excellentes sources de besoins éducatifs démontrés. Toutes ont un processus en partie identique et en partie distinct.

Les profils de la clientèle du médecin peuvent donner d'excellentes informations. Ainsi, les médecins ayant des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) peuvent plus facilement accéder à des statistiques sur les diagnostics et les traitements de leur clientèle, ce qui leur procure une vision personnalisée des besoins éducatifs à combler.

La fiche en [annexe 14](#) présente les étapes similaires d'utilisation ainsi que des exemples de formulaires et de protocoles d'évaluation.

*EXEMPLE : Le comité d'évaluation du CMDP a élaboré des critères d'évaluation concernant la réanimation cardiorespiratoire. Après analyse des dossiers, il en est venu à la conclusion que la médication n'était pas utilisée adéquatement, particulièrement en ce qui a trait à la classe médicamenteuse et à la posologie. Il a remis à l'organisateur de DPC les conclusions de son analyse.*

## **Les attentes des participants à une activité de DPC**

Une période est allouée au modérateur (*ce terme est un emprunt à l'anglais, mais a été maintenu, car il est d'usage courant*) ou à l'animateur d'une activité éducative après la présentation des objectifs d'apprentissage; celui-ci invite les participants à nommer leurs attentes en regard du thème choisi. Cette période peut également servir à mettre en priorité certains objectifs d'apprentissage lorsqu'ils sont trop nombreux pour le temps alloué.

On utilise couramment cette technique en début d'atelier interactif en petits groupes, mais théoriquement, elle peut servir à toute activité dont le nombre de participants n'est pas trop élevé. Le modérateur (ou le président de séance) consigne sur un chevalet à feuilles mobiles (*flip-chart*) ou électroniquement, ces attentes et les laisse à la vue de tous pendant l'activité, y revenant de temps à autre lorsqu'on aborde les besoins ainsi exprimés. Lors d'activités virtuelles, les outils de visioconférence permettent également par le biais d'une fonction de tableau blanc ou du clavardage de noter les attentes des participants.

Les participants peuvent en outre être sondés avant l'activité afin de moduler le contenu lorsque la formule s'y prête. Cet exercice favorise l'apprentissage et l'engagement.

*EXEMPLE : Après avoir présenté les objectifs de l'atelier portant sur « L'utilisation des médicaments dans la réanimation cardiorespiratoire », l'animateur s'adresse aux participants dans ces termes :*

- « Avez-vous d'autres attentes ou d'autres besoins de formation sur l'utilisation de médicaments en réanimation cardiorespiratoire?
- Désirez-vous mettre en priorité certains des objectifs énoncés?
- Prenez quelques minutes pour y penser et nous les inscrirons sur le tableau » ...

*S'il obtient peu de réponses, il peut rajouter :*

- « Si vous identifiez d'autres attentes en cours d'atelier, n'hésitez pas à nous les mentionner et nous tenterons d'y répondre ».

## Les besoins évolutifs en DPC

Le DPC doit être un reflet de l'évolution constante de la société ainsi que du contexte de pratique des médecins et de la population desservie. Une activité de DPC de qualité est adaptée à l'ensemble des besoins sociétaux pour offrir un apprentissage pertinent et innovateur. Des exemples de besoins qui découlent ou émergent de cette réalité changeante sont notamment :

- la télésanté;
- la santé environnementale;
- le bien-être et la santé des médecins;
- la sécurité culturelle et le concept de diversité-équité-inclusion;
- la santé mondiale.

## LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Les sections précédentes ont abordé les caractéristiques de la population cible, son niveau de motivation, ainsi que ses besoins éducatifs. À partir des besoins de la population cible qui ont été déterminés, la prochaine étape consiste à établir les objectifs d'apprentissage.

### Pourquoi rédiger des objectifs d'apprentissage

Une activité de développement professionnel continu (DPC) doit préciser clairement à l'apprenant, comment elle répondra à ses besoins. Que l'activité vise à modifier des comportements, à transmettre des connaissances à intégrer dans la pratique, ou encore, à développer un geste technique, il est primordial que toute l'équipe impliquée dans l'élaboration de l'activité, ainsi que tous les participants comprennent bien les résultats attendus.

Il est essentiel de définir clairement les objectifs d'apprentissage d'une activité de DPC, puisque des objectifs précis serviront de guide pour toutes les étapes de la planification de l'activité. Les objectifs d'apprentissage ont pour rôle de :

- établir une meilleure communication entre les membres du comité scientifique, afin qu'ils adhèrent à une cible commune;
- créer un fil conducteur pour élaborer un programme cohérent;
- confier un mandat plus précis aux conférenciers et aux animateurs;
- choisir des activités de formation « sur mesure » afin de répondre aux besoins déterminés;
- indiquer clairement, dans la documentation promotionnelle de l'activité, ce à quoi les participants peuvent s'attendre en s'inscrivant;
- évaluer l'activité en vérifiant auprès des participants, au moment de l'évaluation, dans quelle mesure les objectifs d'apprentissage, ont été atteints.

Les objectifs d'apprentissage sont des outils essentiels, qui ancrent la planification et le déploiement d'une activité de DPC. Ils serviront également de base à la formulation des messages clés aux participants. Par conséquent, il importe que les objectifs soient rédigés selon le domaine et le niveau de compétences attendus.

## Définition d'un objectif d'apprentissage

Voici deux façons de décrire ce qu'est un objectif d'apprentissage :

### *La définition des experts*

Un objectif d'apprentissage est habituellement une connaissance, une compétence ou une pratique mesurable que le participant devrait être en mesure d'acquérir ou de parfaire à la suite de l'activité de formation.

### *Une définition plus pratique*

L'objectif décrit les résultats que l'on veut obtenir. Quand on parle d'objectif, on ne parle pas du thème à traiter ou de la façon de l'aborder. L'objectif doit exprimer le changement recherché chez le participant.

## Niveaux d'objectifs d'apprentissage

Les objectifs d'apprentissage se répartissent en trois domaines :

1. cognitif	→	le savoir	→	connaissances, compétences
2. psychomoteur	→	le savoir-faire	→	gestes, habiletés
3. affectif	→	le savoir-être	→	attitudes

Les objectifs d'apprentissage, issus de ces trois domaines distincts, présentent des niveaux de difficulté différents. Les objectifs d'apprentissage permettent d'illustrer ces différents niveaux, allant des compétences de base attendues chez un novice, au niveau plus complexe attendu chez un professionnel d'expérience. La taxonomie des objectifs d'apprentissage permet également de classer les objectifs selon les spécificités et les niveaux de compétence attendus.

Par exemple, les objectifs d'apprentissage issus du domaine cognitif sont catégorisés en six niveaux de difficultés ou de complexité grandissante : 1) se souvenir, 2) comprendre, 3) appliquer, 4) analyser, 5) évaluer et 6) créer. Pour chaque niveau, des verbes d'action spécifiques sont suggérés pour guider la rédaction des objectifs d'apprentissage<sup>32</sup>.

## Taxonomie de bloom (révisée)

La taxonomie de Bloom est utile lors de :

- la définition d'une situation d'apprentissage ou d'évaluation;
- la rédaction de consignes;
- l'élaboration d'une grille d'évaluation;
- etc.

Dans sa taxonomie des objectifs du domaine cognitif, Benjamin S. Bloom conçoit l'apprentissage des connaissances comme un processus progressif, allant obligatoirement du concret à l'abstrait.

Ainsi, l'apprentissage est plus concret aux niveaux élémentaires (1,2,3) et plus abstrait aux niveaux supérieurs (4,5,6).

Pour effectuer les apprentissages associés à un niveau taxonomique donné, il faut préalablement avoir atteint les objectifs des niveaux précédents. Lors de l'élaboration d'une formation, il importe de choisir les niveaux taxonomiques jugés les plus appropriés pour atteindre les objectifs visés.

32 Taxonomie de Bloom (domaine cognitif), Bureau de soutien à l'enseignement, Université Laval, <https://www.enseigner.ulaval.ca> date de consultation : mars 2022

Créée à l'origine en 1956, la classification a fait l'objet d'une mise à jour en 2001. La **taxonomie de Bloom révisée** s'inspire plutôt de l'approche par compétences, que de l'approche par objectifs. Elle y apporte également d'importants changements : trois niveaux ont été renommés et deux ont été déplacés. De plus, la structure hiérarchique des niveaux taxonomiques est beaucoup moins rigide que la taxonomie originale (voir figure 2)<sup>33,34,35</sup>.

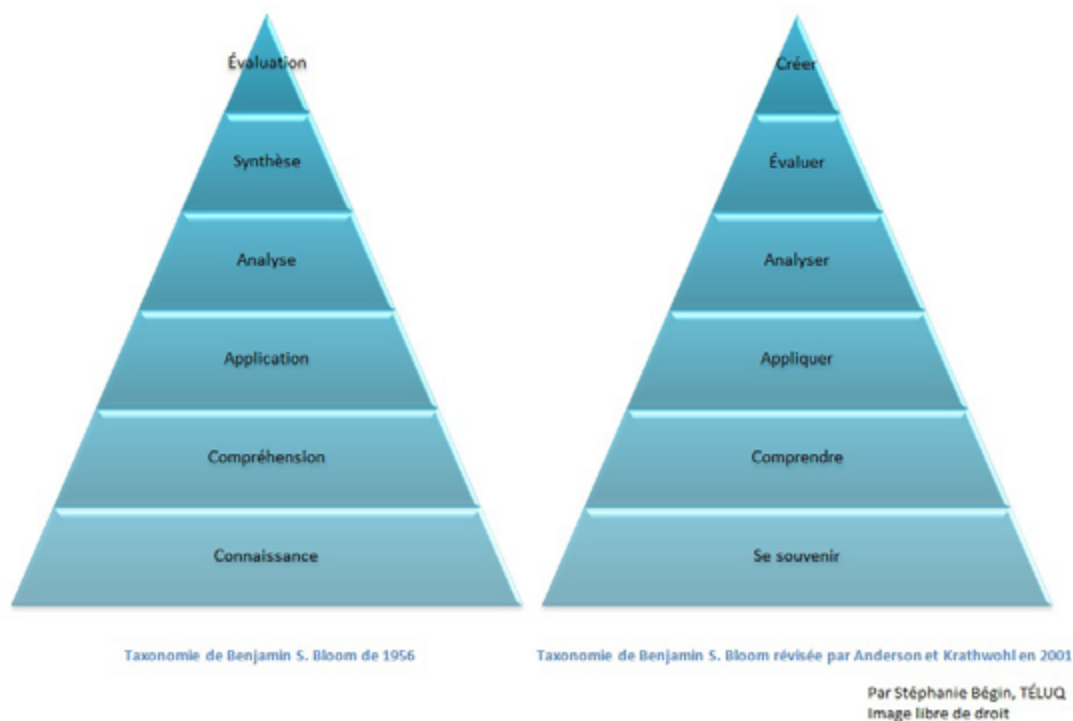


Figure 2. Comparaison de la taxonomie de Bloom

## Critères de formulation des objectifs d'apprentissage

Un objectif d'apprentissage doit avant tout être utile et pertinent pour l'apprenant. Il doit nommer clairement le résultat souhaité. Il doit aussi être réalisable dans le cadre de l'activité proposée<sup>36,37</sup>.

Un objectif d'apprentissage doit :

- être centré sur l'apprenant;
- refléter les résultats de l'évaluation des besoins (pertinence);
- nommer ce que l'apprenant sera en mesure d'acquérir (mesurable);
- cibler clairement les résultats souhaités en lien avec le contenu de l'activité (spécifique);
- utiliser un verbe d'action qui décrit les comportements souhaités;
- indiquer le temps visé pour le résultat souhaité.

33 Académie d'Aix-Marseille (2012). *Taxonomie de Bloom révisée par Anderson*: un article très court qui résume le changement, la révision de Anderson et coll. <http://www.lyc-etoile.ac-aix-marseille.fr/spip/spip.php?article155>

34 Cantin, J., Frigon, Nathalie. (2010). Taxonomie révisée de Bloom. Exemples de progression des processus cognitifs en intégrant les TIC. Repéré à : <http://recit.org>

35 Anderson LW, Krathwohl DR, eds. *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives* (Complete Edition). New York, NY : Longman ; 2001.

36 Conseils pratiques – rédiger des objectifs d'apprentissage, Collège des médecins de famille du Canada, janvier 2018.

37 Aide-mémoire [https://ernest.hec.ca/video/DAIP/pdf/Coup\\_de\\_Pouce\\_Pedagogique\\_1\\_Cibler\\_et\\_formuler\\_des\\_objectifs\\_d\\_apprentissage.pdf](https://ernest.hec.ca/video/DAIP/pdf/Coup_de_Pouce_Pedagogique_1_Cibler_et_formuler_des_objectifs_d_apprentissage.pdf)

Le choix du verbe dans la formulation de l'objectif est primordial : c'est lui qui nous aide à déterminer si l'objectif décrit un comportement observable.

Viser haut! Soyez clairs! Une activité de DPC a toute son utilité lorsqu'elle offre aux participants un apprentissage concret, applicable et pertinent.

**Éviter** des verbes ambigus, non mesurables et peu descriptifs:

- Apprendre
- Comprendre
- Savoir
- Apprécier
- Se familiariser avec
- Étudier

Utiliser plutôt des verbes qui décrivent réellement ce que votre programme offre aux participants : un apprentissage applicable dans la pratique professionnelle (voir tableau 3)<sup>38</sup>.

Tableau 3. Suggestions de verbes d'action pour la rédaction d'objectifs d'apprentissage

CATÉGORIES	VERBES D'ACTIONS ASSOCIÉES			
<b>SE SOUVENIR</b>	choisir décrire définir énumérer établir	examiner identifier illustrer indiquer localiser	mémoriser mesurer nommer rappeler réciter	reconnaître rédiger reproduire sélectionner souligner
<b>COMPRENDRE</b>	associer choisir classer comparer contraster	déduire distinguer expliquer formuler identifier	illustrer indiquer interpréter interroger juger	justifier nommer opposer représenter résumer
<b>APPLIQUER</b>	affirmer articuler calculer changer choisir	compléter construire démontrer enseigner expliquer	montrer prédire rapporter relier sélectionner	transférer trouver utiliser
<b>ANALYSER</b>	associer catégoriser choisir combinaison commenter	conclure connecter contraster corrélérer dérivé	déterminer différencier généraliser illustrer organiser	préciser résumer
<b>ÉVALUER</b>	affiner argumenter attaquer critiquer décider	défendre déterminer évaluer éviter hiérarchiser	juger noter recadrer réviser sélectionner	soutenir valoriser
<b>CRÉER</b>	collaborer concevoir créer démontrer	développer écrire former formuler	imaginer inventer modifier organiser	préparer rédiger

38 Exemples à ne pas faire <https://knowledgeone.ca/concevoir-des-objectifs-dapprentissage-clairs/?lang=fr>

## Exemple - Comment formuler un objectif d'apprentissage

Votre comité scientifique aimerait offrir un atelier pour améliorer la communication entre les pharmaciens en communauté et l'équipe médicale en GMF. La population cible regroupe les médecins de famille et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) des GMFs de votre région, ainsi que les pharmaciens. Votre évaluation des besoins, faite auprès des médecins, des pharmaciens et des IPS de la région, a fait ressortir les éléments suivants :

- Plusieurs médecins et IPS ne connaissent pas les ordonnances collectives utilisées par les pharmaciens en communauté.
- Les pharmaciens estiment ne pas être souvent sollicités par les médecins et les IPS de la région pour un suivi conjoint pour certaines médications nécessitant un ajustement de dose.
- Tous ces professionnels trouvent que les télécopies sont un mode de fonctionnement qui n'est pas efficace.

Vous débutez par un **premier jet** d'objectifs d'apprentissage possible pour cet atelier :

- Se familiariser avec le travail des pharmaciens.
- En apprendre plus sur les médicaments pour lesquels un suivi conjoint pourrait être fait.
- Comprendre la communication entre professionnels de la santé.

Après relecture de ces objectifs, vous remarquez que :

- Les verbes ne décrivent pas ce que les participants pourront faire à la fin de l'activité. Ces verbes ne visent pas très haut dans la hiérarchie de la taxonomie de Bloom.
- Il manque de spécificité et de précisions concernant les sujets qui seront abordés et les résultats souhaités. Les objectifs sont vagues et ne reflètent pas les sujets précis qui ont été repérés par l'étude de besoin.

Pour cet atelier, des besoins d'apprentissage ont été déterminés et doivent être transposés en objectifs afin de s'assurer que l'atelier soit pertinent pour les participants et de présenter un contenu qui sera utile dans leur pratique. Aussi, cet atelier vise à aller plus loin que de se limiter à informer les participants. Il vise un changement de comportement professionnel. Les objectifs doivent refléter cette ambition.

Voici des objectifs pertinents et spécifiques qui reflètent mieux les besoins d'apprentissage des participants :

***À la fin de cet atelier, le participant sera en mesure de :***

- ***Décrire*** les ordonnances collectives utilisées par les pharmaciens en communauté dans leur pratique.
- ***Nommer*** les classes de médicaments pour lesquels un suivi conjoint avec le pharmacien serait bénéfique.
- ***Développer*** des stratégies pour améliorer la communication entre médecins/IPS et pharmaciens, quant à l'utilisation des ordonnances collectives.

# LES STRATÉGIES





# LE CHOIX DES MÉTHODES ÉDUCATIVES

## Principes généraux et formats

### Considérations générales

Les méthodes éducatives en développement professionnel continu (DPC) comprennent toutes les interventions qui aident le participant à atteindre ses objectifs et à planifier ses apprentissages. La conférence, considérée comme une présentation magistrale, a longtemps occupé une place importante parmi les différentes méthodes de DPC. Même si elle est encore largement utilisée, de nombreuses autres méthodes sont offertes afin de répondre à la diversité des objectifs éducatifs et des préférences de chacun.

Il est bien établi que le DPC « conduit à une plus grande amélioration de la performance des médecins et des résultats pour les patients si elle est **plus interactive**, utilise une **diversité de méthodes**, implique des **expositions multiples**, est **plus longue**, et si elle est **axée sur les résultats qui sont considérés comme importants par les médecins**<sup>39</sup>. »

S'appuyant sur les principes de la conception pédagogique, les méthodes éducatives doivent être alignées sur des théories ou des modèles spécifiques pour atteindre des objectifs d'apprentissage précis (voir section sur « Les fondements théoriques »). Les différentes méthodes éducatives proposent des outils pédagogiques variés qui seront choisis en fonction des objectifs pédagogiques visés. L'organisateur de DPC ou le médecin doit déterminer la méthode la plus appropriée selon les objectifs fixés et son environnement éducatif. Pour ce faire, il revoit chacun des objectifs d'apprentissage en se posant la question suivante : « Quelle(s) est/sont la/les méthodes les plus appropriées à l'atteinte des objectifs d'apprentissage des participants? ».

Lors du choix de la méthode éducative, le responsable de DPC doit tenir compte de la population cible en termes de caractéristiques d'apprentissage et de préférences des méthodes d'apprentissage. Son choix dépendra également des ressources humaines, matérielles et financières. L'organisateur peut recourir aux services de personnes plus expérimentées pour enrichir ses choix de méthodes éducatives en utilisant des méthodes multiples et plus complexes<sup>40</sup>. Idéalement, les activités de DPC devraient utiliser plusieurs formats (p. ex. : présentiel et virtuel) et proposer une combinaison de méthodes d'apprentissage formelles (p. ex. : des conférences, ateliers) et informelles (p. ex. : rétroaction par les pairs, rappels, lectures, etc.)<sup>41</sup>.

Les principes qui sous-tendent les méthodes d'apprentissage utilisées restent les mêmes, quel que soit le format.

---

39 Cervero RM, Gaines JK. The impact of CME on physician performance and patient health outcomes: an updated synthesis of systematic reviews. *J Contin Educ Health Prof.* 2015 Spring;35(2):131-8.

40 Davis DA, Barnes BE, Fox RD. *The Continuing Professional Development of Physicians: From research to Practice.* American Medical Association. Chicago, Ill.2003.

41 Samuel A, Cervero RM, Durning SJ, Maggio LA. Effect of Continuing Professional Development on Health Professionals' Performance and Patient Outcomes: A Scoping Review of Knowledge Syntheses. *Acad Med.* 2021 Jun 1;96(6):913-23.

## Formats

### *Présentiel*

Les activités de DPC collectives se déroulent, le plus souvent, en présentiel. Les participants doivent se présenter afin de faire leurs apprentissages dans un lieu qui est soit leur milieu de travail ou un autre endroit proposé par l'organisateur de DPC.

Ces activités permettent non seulement l'apprentissage des concepts ciblés, elles permettent également aux participants d'échanger avec leurs collègues sur certains aspects de l'exercice professionnel. Ces activités en présentiel permettent aussi à l'organisateur de DPC d'offrir, parallèlement aux activités de DPC, des activités ludiques, sportives ou culturelles. Ces activités ne seront toutefois pas incluses dans les heures de formation continue, mais elles encouragent l'esprit d'équipe et la collégialité. De plus, il est bien connu que certains apprentissages (inclus ou non inclus au programme de formation) se font en dehors des heures de formation par des discussions informelles entre les participants. D'ailleurs, de nombreuses études ont démontré l'importance des aspects sociaux des rencontres de DPC<sup>42</sup>.

Plusieurs études ont rapporté le manque de consensus quant à la valeur des méthodes en présentiel, certaines études décrivant des avantages et d'autres, des facteurs limitatifs au présentiel. Encore aujourd'hui, les méthodes de DPC en présentiel sont les activités les plus populaires chez les médecins. Ce qui est clairement démontré est l'efficacité des méthodes interactives et la multiplicité des activités pour un apprentissage de qualité.

Déjà en 1989, Robert Fox mentionnait que les médecins en début d'exercice participaient à des méthodes en présentiel afin de démontrer aux collègues qu'ils faisaient désormais partie du groupe. D'autres médecins plus âgés participaient également aux méthodes en présentiel afin de démontrer qu'ils faisaient toujours partie du groupe. Ainsi, la présence aux activités de DPC permet de se professionnaliser<sup>43</sup>.

### *Virtuel synchrone*

Grâce à la technologie, de nombreuses méthodes et activités collectives se déroulent maintenant en virtuel, en direct. Pour certains médecins présentant des limitations de déplacement, pour des raisons de santé ou familiales, ces méthodes ont l'avantage de se dérouler directement du lieu de travail ou à partir du domicile. De nombreux organisateurs de DPC proposent des activités, principalement des conférences magistrales, de façon virtuelle synchrone soit de jour ou de soir.

Il est connu que les facteurs qui ont un impact sur l'apprentissage en ligne comprennent : l'interaction et la collaboration entre les apprenants et les facilitateurs, la prise en compte de la motivation et des attentes des apprenants, l'utilisation d'une technologie conviviale et le fait de placer les apprenants au centre de l'apprentissage<sup>44</sup>.

Les méthodes éducatives utilisées lors d'activités virtuelles sont les mêmes que celles utilisées en présentiel, mais elles doivent être adaptées. Par exemple, certaines activités en virtuel proposent une interactivité entre les participants grâce à des sous-groupes de discussion virtuels. D'autres activités en virtuel permettent aux

---

42 Allen LM, Hay M, Armstrong E, Palermo C. Applying a social theory of learning to explain the possible impacts of continuing professional development (CPD) programs. *Med Teach*. 2020 Oct.;42(10):1140-1147.

43 Fox RD, Mazmanian PE, Putnam RW, eds. *Change and learning in the Lives of Physicians*. New York, NY: Praeger Publishing; 1989.

44 Regmi, K., Jones, L. A systematic review of the factors – enablers and barriers – affecting e-learning in health sciences education. *BMC Med Educ* 20, 91 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02007-6>

participants de poser leurs questions en direct au conférencier, ou encore de voter en temps réel sur des questions spécifiques adressées par le conférencier pendant la formation. Au fil des années, de nombreuses plateformes et logiciels ont été développés afin de permettre cette interactivité en mode synchrone.

Bien que le format virtuel soit très apprécié, il peut être difficile de maintenir l'attention du participant pendant de nombreuses heures. Par conséquent, il est important de moduler le rythme de la formation en y intégrant différents éléments visuels et participatifs qui permettront de briser le rythme de l'activité. Par exemple, après 15 à 20 minutes consécutives, il est recommandé de faire un changement dans la méthode utilisée et d'offrir une pause après trois heures de visionnement<sup>45</sup>.

### ***Virtuel asynchrone sans interactivité***

Les méthodes virtuelles asynchrones se sont développées au début via des émissions de télévision puis via des plateformes informatiques. Lors d'une activité virtuelle asynchrone, le participant peut visionner une présentation à toute heure du jour ou de la nuit, quel que soit son emplacement. Les activités sont généralement de courtes durées, entre 30 et 90 minutes.

### ***Virtuel asynchrone avec interactivité***

Certaines plateformes permettent aux participants d'interagir pendant l'activité éducative. Un espace ou forum d'échanges offre aux participants de rédiger leurs questions ou commentaires et ces informations sont transmises aux personnes-ressources pendant un temps défini. Certaines plateformes permettent également aux participants d'échanger entre eux. D'autres plateformes offrent aux participants, une fois l'activité terminée, une séance virtuelle interactive avec la ou les personnes-ressources.

### ***Méthodes hybrides***

De nombreuses activités de DPC en présentiel ont été transformées graduellement en format virtuel ou en des activités hybrides (certains participants en présentiel et d'autres en virtuel synchrone). Ces méthodes offrent aux participants l'option de se déplacer pour assister à la formation, ou d'assister à distance en virtuel. Les méthodes hybrides présentent un défi supplémentaire pour les conférenciers et les modérateurs qui doivent conjuguer avec des participants autant en présentiel qu'en virtuel. Cependant, une récente méta-analyse a démontré que les activités virtuelles multiméthodes amélioraient l'apprentissage des participants comparativement aux activités purement en présentiel<sup>46</sup>. Les différents formats des activités de DPC avec les avantages et limitations sont présentés en [annexe 15](#).

## **Choix des méthodes selon le type d'objectif éducatif**

### ***Acquérir des connaissances***

Le tableau ci-dessous présente certaines caractéristiques pouvant favoriser l'acquisition, la rétention et l'utilisation de nouvelles connaissances. L'utilisation de plusieurs activités en séquence permettra de réunir la majorité de ces caractéristiques.

---

45 Mcleod PJ, Mcleod AH. If formal CME is ineffective, why do physicians still participate? *Medical Teacher*. Vol 26 (2), 2004:184-186.

46 Vallée A, Blacher J, Cariou A, Sorbets E. Blended Learning Compared to Traditional Learning in Medical Education: Systematic Review and Meta-Analysis *J Med Internet Res* 2020;22(8):e16504

Tableau 4. Caractéristiques pouvant favoriser l'acquisition, la rétention et l'utilisation de nouvelles connaissances

- Le stimulus de départ qui motive le participant.
- La perception claire de l'objectif visé qui sert de fil conducteur à la démarche intellectuelle.
- La réactivation du savoir antérieur auquel sont arrimés les nouveaux concepts.
- La situation d'apprentissage réaliste et similaire à celle où le nouveau concept devra être utilisé dans l'exercice.
- La possibilité pour le participant d'être actif afin de s'appropriier les connaissances et d'atteindre des niveaux plus élevés de complexité.
- L'application du nouveau savoir à des situations nouvelles.
- La possibilité de progresser à son propre rythme et la rétroaction immédiate sur l'acquisition des connaissances.

La conférence magistrale, le symposium, le panel et le colloque font partie des méthodes collectives. Les méthodes individuelles comprennent l'interview, la lecture, l'écoute de balados, le club de lecture, les modules de formation en ligne, les vidéos préenregistrées et les outils informatiques à la décision clinique. Parmi les méthodes qui développent la capacité d'utiliser l'information acquise, on retrouve le débat, le séminaire, le forum, l'atelier interactif, la discussion de cas, le tutorat et le stage clinique.

### ***Développer des habiletés***

Plusieurs méthodes d'apprentissage constituent ce qu'on appelle les fondements de l'apprentissage technique. Ces méthodes sont : la démonstration détaillée d'une technique et de ses composantes, l'occasion de pratiquer le geste sous observation et la rétroaction immédiate sur la performance. La démonstration, l'atelier technique sur simulateur, avec des modèles ou des patients standardisés, ainsi que le stage clinique regroupent ces méthodes.

### ***Intégrer de nouveaux comportements***

La présence d'un modèle de rôle lors d'un stage clinique ou d'un jeu de théâtre, la discussion de groupe ou le témoignage favorisent le développement d'habiletés de communication, d'attitudes et l'adoption de nouveaux comportements. Ces méthodes d'apprentissage produisent un impact plus significatif qu'un long discours. Les activités à privilégier selon l'objectif à atteindre sont présentées en [annexe 16](#).

## **Choix des méthodes selon le type de compétence visée**

La méthode d'acquisition des compétences doit tenir compte du type de compétence qui est visé. Les méthodes sont variées et doivent être adaptées à la compétence.

Par exemple, plusieurs activités ou méthodes permettent l'acquisition d'une compétence relativement simple basée sur de nouvelles connaissances. Pour la mise à jour d'une compétence basée sur le savoir, le savoir-être et le savoir-faire, il est recommandé d'intégrer deux à trois méthodes afin de bien intégrer les compétences. Finalement, pour une nouvelle compétence très complexe, différentes méthodes en simultanées ou en séquence dans le temps devront être privilégiées.

## **Les différentes méthodes éducatives en DPC**

Une grande variété de méthodes, de techniques éducatives et d'activités peuvent être mises à profit en DPC. Certaines méthodes peuvent être utilisées en combinaison ou en séquentiel, ce qui accroît les apprentissages.

Certaines méthodes s'adressent à des groupes de participants et d'autres méthodes proposent des activités individuelles. Certaines méthodes permettent l'atteinte d'objectifs de connaissances (savoir), d'autres permettent l'atteinte d'habiletés psychomotrices (savoir-faire) et d'autres pour des changements d'habiletés relationnelles ou de comportements (savoir-être).

# Les méthodes de groupes

## Les méthodes présentées à des groupes

Ces méthodes sont utilisées pour transmettre de l'information à un grand groupe. La communication est principalement à sens unique. Le participant n'exerce aucun contrôle sur le déroulement de l'activité, qui est planifié par le conférencier, l'organisateur de DPC et son comité scientifique, d'où l'importance de bien préciser les objectifs auxquels la personne-ressource doit adhérer.

### *La conférence magistrale*

Présentation sur un sujet déterminé, soigneusement préparée et présentée par une personne-ressource qualifiée. La durée de la conférence varie habituellement de 20 à 90 minutes. Elle peut s'accompagner d'un complément audiovisuel et peut être présentée en présentiel ou en virtuel.

Cette méthode sert surtout à présenter de l'information nouvelle, une mise à jour de certains concepts ou pour présenter le point de vue ou l'expérience d'un expert. Elle est davantage appropriée pour les aspects théoriques. Même si elle est basée sur une approche méthodique qui inclut l'analyse des besoins, son efficacité est totalement tributaire de l'expertise et des qualités de communicateur du conférencier. Elle est basée sur les objectifs, l'horaire et le format exigés par le comité scientifique ou l'organisateur de DPC.

La conférence magistrale a évolué au fil du temps. Les conférenciers intègrent de plus en plus à leurs présentations des éléments qui permettent aux participants d'interagir. Les conférenciers modifient ainsi le rythme de leur conférence en intégrant des photos, des vidéos, des cas cliniques avec des questions à répondre en grands ou en petits groupes et des sondages par un système de réponses numériques, etc. Une fiche résumée est en [annexe 17](#) pour plus de détails.

### *Le symposium*

Série de conférences interreliées présentées par deux à cinq personnes-ressources qualifiées qui abordent différents aspects d'un même sujet ou des sujets étroitement reliés. L'utilité du symposium vient de la complémentarité des points de vue présentés. À la fin du symposium, un conférencier présentera une revue et une analyse des principaux concepts abordés et une conclusion des différentes présentations.

### *Le débat*

Présentation magistrale où chacune des personnes-ressources, appelées panélistes, présente une vue divergente sur un sujet controversé ou sur un concept qui n'a pas fait l'objet d'un consensus clair. Chaque panéliste doit présenter sa position dans un temps bien défini, généralement entre 10 à 30 minutes. La discussion doit se faire dans un climat respectueux. Chacun des panélistes doit posséder une habileté oratoire équivalente afin d'éviter les biais de présentation. Un modérateur expérimenté contribuera au succès de cette activité.

### *Le panel (table ronde)*

Groupe de trois à six personnes qui discutent d'un sujet prédéterminé devant un auditoire. Un animateur oriente la discussion, pendant 15 et 45 minutes. Il arrive souvent que le panel soit suivi d'un forum pour permettre la participation de l'auditoire.

Comme pour le débat, la table ronde doit se faire dans un climat respectueux et chacun des panélistes doit posséder une habileté oratoire équivalente afin d'éviter les biais de présentation. Une fiche résumée est en [annexe 18](#) pour plus de détails.

### ***Le colloque***

Panel modifié qui comprend trois ou quatre représentants de la population cible et trois ou quatre experts. Sous la direction d'un modérateur, les représentants de la population cible posent ou soulèvent des questions ou émettent des opinions pour obtenir en retour celles des experts. Ce format permet d'orienter les experts vers les préoccupations de l'auditoire. Cette activité nécessite un modérateur d'expérience et habile afin de s'assurer que les objectifs sont couverts, que la discussion évolue de façon logique et que le temps est respecté.

### ***L'interview***

Activité où une à deux personnes-ressources répondent aux questions d'un intervieweur. L'intervieweur peut être un représentant de la population cible ou un intervieweur expert qui présente des questions prédéfinies.

### ***Séminaire***

Groupe de 5 à 15 personnes qui discutent d'un sujet précis sous la direction d'une personne experte du contenu. Les exposés sont préparés et présentés par les participants à tour de rôle. Cette activité nécessite une préparation importante à l'avance de la part des participants.

### ***Présentations orales (ou présentations libres) successives***

Brèves présentations magistrales successives de 10 à 20 minutes présentées par différents conférenciers. Les présentations sont généralement regroupées selon une thématique. Une période de questions à l'auditoire suit la présentation magistrale. Généralement, les présentations orales sont regroupées pour former un congrès. Les présentations orales peuvent se dérouler au même moment, en simultané dans différentes salles, ou encore être présentées de façon successive dans une même salle. Les participants peuvent changer de salle entre chaque présentation. Cette activité permet aux conférenciers de présenter leur projet de recherche, des idées novatrices ou encore de nouvelles procédures ou compétences. Le participant est ainsi exposé à plusieurs sujets sur une courte période.

### ***Affiches et affiches interactives***

Méthode éducative dont le contenu est présenté par le biais d'affiches regroupées dans une grande salle. Les affiches doivent respecter le format scientifique, prédéterminé par l'organisateur. Un processus d'évaluation par les pairs, sous la coordination du comité scientifique, assure la sélection des affiches qui répondent aux critères de qualité et qui seront présentées lors de l'activité de DPC.

Pour l'organisateur de l'activité de DPC, la présentation par affiches nécessite une certaine coordination quant aux espaces requis, aux coûts et à l'intégration d'un temps consacré aux visites des affiches dans le programme de l'activité. Une plage horaire sera assignée à chaque auteur d'affiche pour garantir sa présence devant l'affiche et répondre aux questions des participants. Une fiche en [annexe 19](#) présente 12 trucs pour réussir une affiche.

La séance d'affiches interactives apporte un volet participatif au programme. Sous la direction d'un modérateur, l'auteur de l'affiche est invité à présenter le contenu de son affiche pendant cinq minutes, puis à répondre aux questions des participants. De 6 à 10 affiches sont ainsi présentées de façon successive à des petits groupes de 6 à 15 participants. Une fiche en [annexe 20](#) détaille les avantages, les limites et l'organisation d'une séance d'affiches.

## Stratégies d'activités interactives

Les méthodes dites interactives invitent les participants à échanger entre eux ou avec une personne-ressource ou un expert. Elles permettent aux participants de faire le lien entre les concepts théoriques présentés dans le cadre d'une présentation magistrale et l'expérience clinique. L'interaction favorise l'application des connaissances acquises à des situations cliniques. La fiche en [annexe 21](#) présente différents moyens de stimuler l'interaction.

### *L'atelier interactif*

En petits groupes de trois à huit personnes, l'activité consiste à solutionner un problème ou à répondre à des questions à partir d'un cas clinique, pendant environ 30 à 120 minutes. Animée par une personne-ressource ou un expert, cette activité incite les participants à participer, un élément essentiel de la réussite de l'activité.

### *Le forum*

Discussion libre de 15 à 60 minutes entre l'auditoire et des personnes-ressources, sous la direction d'un modérateur. Il ne s'agit pas d'une période de questions et réponses, mais d'une discussion qui ouvre la voie à des commentaires, à des suggestions, à des informations et qui permet de soulever de nouveaux enjeux. Le modérateur doit être expérimenté afin de bien diriger les échanges. La fiche en [annexe 22](#) détaille les avantages et limites de son utilisation.

### *Discussion de cas*

Un animateur et un expert présentent un cas clinique et les participants, en petits groupes de trois à huit, échangent entre eux pour répondre aux questions ou solutionner le cas. L'activité se déroule pendant une période de 30 à 120 minutes. Cette activité permet de mettre à profit l'expérience des participants et l'apprentissage par l'interaction avec les autres participants sous la direction d'un animateur. L'expert doit partager son savoir et son expérience. La fiche en [annexe 23](#) détaille les avantages et limites de son utilisation.

### *La classe inversée*

La classe inversée est une méthode éducative en DPC dans lequel la formation (en présentiel, en virtuel ou hybride) et les travaux à faire à la maison (devoirs) sont inversés dans leur ordre chronologique de déroulement. À titre d'exemple, des capsules vidéo ou un module de formation peuvent être visionnés ou effectués par les participants avant la séance de formation; le temps de formation est, quant à lui, consacré aux exercices pratiques, aux questions et aux discussions entre les participants et l'expert.

### *Le club de lecture*

Les participants discutent d'un article et commentent les forces et les faiblesses du contenu scientifique et clinique pendant une période de 45 à 90 minutes. Cette activité présente l'avantage de répartir les efforts entre les collègues, d'obtenir un avis critique des articles lus et de lier les apprentissages à la pratique. Les apprenants, souvent des étudiants en médecine et des résidents, sont appelés à participer à ce type d'activité afin de parfaire leurs connaissances. La fiche en [annexe 24](#) présente 12 suggestions pour réussir une activité de formation en petit groupe.

## Les méthodes de développement du savoir-faire

Ces méthodes sont utiles à l'apprentissage d'habiletés techniques manuelles ou de communication. Le participant doit être actif et s'impliquer dans l'activité. Des mannequins, des simulateurs ou des patients modèles peuvent être mis à profit afin de favoriser l'apprentissage.

### *La démonstration*

Méthode éducative qui illustre la pertinence d'une action ou d'une technique dans une situation clinique bien précise. La démonstration peut être effectuée sur un mannequin, un patient modèle, un simulateur ou une vidéo. Elle comprend une description du « comment » et une explication du « pourquoi » de chacun des gestes techniques. Un atelier technique peut suivre la démonstration afin de favoriser l'apprentissage.

### *L'atelier technique*

Méthode où les participants effectuent, sous supervision directe, une technique, une procédure, une manipulation ou une action sur un mannequin, un simulateur ou un patient modèle. Il est essentiel pour les participants de recevoir une rétroaction immédiate de leur performance. Des correctifs sont proposés au besoin. Les gestes sont pratiqués jusqu'à l'atteinte du niveau de maîtrise visé. Le participant peut être filmé durant sa performance, pour mieux se visualiser et analyser seul ou avec d'autres sa performance, afin de déterminer des façons de s'améliorer. Des grilles de corrections peuvent être utilisées pour analyser chacun des gestes techniques.

Les centres de simulation permettent d'intégrer différentes méthodes éducatives. Ainsi, pour des compétences complexes alliant des connaissances, des habiletés techniques et même du savoir-être, les centres de simulation permettent de jumeler la démonstration passive à une activité interactive sur simulateur en haute-fidélité pour des gestes techniques avec rétroaction. Des patients modèles peuvent être mis à profit pour enseigner les habiletés de communication et le savoir-être, toujours avec une rétroaction.

La simulation offre aux apprenants la possibilité de pratiquer dans un environnement sécuritaire et permet d'allouer du temps pour la rétroaction, qui permet de favoriser les apprentissages. Les simulations permettent d'exposer les participants à des événements de soins aigus qui surviennent occasionnellement, tout en permettant une interaction avec l'équipe de soins, et ce sans courir le risque de mettre la sécurité des patients en danger. Il faut prendre en compte les limitations suivantes :

- certaines techniques ou procédures ne se prêtent pas au cadre d'un atelier;
- l'activité doit se limiter à un très petit groupe pour permettre une rétroaction adéquate, elle exige un moniteur expert habile à donner une rétroaction et elle nécessite la prévision de suffisamment de temps.

## Les méthodes d'apprentissage des habiletés relationnelles et de savoir-être

Les méthodes de jeu de rôle et de simulation réelle permettent l'acquisition de nouvelles habiletés relationnelles. Elles sont particulièrement utiles pour clarifier les valeurs et les attitudes. Elles permettent d'expérimenter de nouveaux comportements.

## ***Le théâtre***

Méthode de simulation animée par les acteurs d'un événement pour illustrer les dimensions affectives d'une situation clinique. Grâce à un scénario bien défini qui répond aux objectifs visés, le théâtre permet d'éveiller l'auditoire à une problématique délicate, d'illustrer des erreurs de communication, de véhiculer ou de renforcer des messages clés ou encore de provoquer des réactions. Cette activité peut se dérouler en présentiel ou en virtuel. Les saynètes doivent être courtes et dynamiques. Elles sont généralement suivies de jeux de rôles avec un acteur ou un patient modèle afin de permettre aux participants de mettre en pratique les bons comportements ou les bonnes habiletés relationnelles.

## ***Le jeu de rôle***

Méthode de simulation effectuée à l'aide d'un scénario bien défini, crédible et qui répond aux objectifs visés par l'entremise d'acteurs ou de patients modèles. Les participants jouent à tour de rôle le rôle d'acteur, d'observateur ou d'analyste. Un participant doit agir à titre d'acteur. Le rôle qu'il doit jouer doit lui permettre d'exercer les habiletés ou les comportements visés. Le rôle doit être actif, mais sans risquer de placer le participant sur la défensive ou l'humilier. Il est donc important de créer un climat d'apprentissage sécuritaire pour le participant. Un encadrement, un support et une rétroaction doivent être proposés. Des grilles de corrections peuvent être utilisées afin d'offrir une rétroaction aux participants. Les jeux de rôle peuvent se dérouler dans différents contextes que ce soit à l'intérieur d'un amphithéâtre d'un hôtel ou même dans des centres de simulation. La fiche en [annexe 25](#) détaille les modalités d'application du jeu de rôle.

## **Les méthodes individuelles**

Le médecin peut participer à différentes méthodes individuelles pour son DPC : livres, revues, discussion avec un collègue, modules de formation en ligne, vidéos préenregistrées, programme de lectures dirigées, stage ou tutorat clinique auprès d'un collègue, mentorat, coaching, utilisation d'outils à la décision clinique, préparation de conférences, etc.

Parmi toutes ces méthodes, certaines sont opportunistes, d'autres planifiées. Elles peuvent être réalisées de façon autonome ou avec l'aide de collègues, afin de permettre au médecin d'approfondir ses connaissances, d'aiguiser ses habiletés ou de modifier un comportement. Les lectures dirigées, le tutorat clinique et le stage clinique sont des exemples. Il est souhaitable que le médecin utilise une approche méthodique pour la sélection de ses activités individuelles. En effet, il est important de ne pas uniquement choisir des activités portant sur ses sujets d'intérêt, mais aussi d'évaluer des activités pouvant répondre à ses besoins afin de corriger certaines difficultés ou maintenir certains acquis fragiles dans sa pratique. Les méthodes qui suivent sont particulièrement indiquées pour les médecins désirant poursuivre leur DPC sur une base individuelle.

### ***Visite médicale (Academic Detailing)***

La visite médicale (ou encore *academic detailing*) est une activité individuelle de DPC dans laquelle un professionnel de la santé expérimenté et bien informé rend visite à un clinicien sur son lieu de travail pour une discussion individuelle, ou en petit groupe, sur un sujet sélectionné. Par exemple, un pharmacien qui rend visite à un médecin pour discuter de pharmacothérapie<sup>47</sup>. Ceci fournit des informations pratiques, fondées sur des données probantes, sur un sujet donné, à un moment précis et dans un lieu qui convient au participant.

47 Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care*. 2001;39:112-145. b) Satterlee WG, Eggers RG, Grimes DA. Effective medical education: insights from the Cochrane library. *Obstet Gynecol Surv*. 2008;63(5):329-333. doi:10.1097/OGX.0b013e31816ff661

Cette méthode est reconnue pour être le plus puissant modificateur des pratiques quant à la pharmacothérapie chez les médecins<sup>48</sup>.

### **Lecture**

L'abondance des écrits scientifiques et le développement rapide des connaissances médicales peuvent créer un sentiment de dépassement chez le médecin. Il est donc nécessaire de planifier des méthodes qui lui permettront de suivre l'évolution des données probantes pour une meilleure mise à jour de ses connaissances.

- a) Lectures de revues ciblées en lien avec son exercice
  - Choisir quelques revues scientifiques pertinentes à sa pratique et s'abonner à un système d'alerte de l'éditeur. Ceci permettra au médecin d'être informé lorsqu'une nouvelle revue est disponible ou lorsqu'un article pertinent est publié.
- b) Lectures dirigées
  - Après avoir cerné ses besoins et ses objectifs d'apprentissage, le médecin est jumelé à un tuteur qui le guide dans ses lectures. Ces lectures dirigées peuvent être très générales ou spécifiques. Des rencontres régulières sont planifiées afin de discuter des articles lus et faire des liens avec la pratique. Cette méthode est indiquée pour un médecin qui désire faire un retour à l'exercice après un arrêt ou pour celui qui désire mettre à jour certaines connaissances. Les rencontres aux deux à quatre semaines varient d'une à deux heures. Le tuteur vérifie l'acquisition des connaissances, donne certains exemples ou présente des situations cliniques et nuance certains aspects afin d'enrichir l'acquisition et rendre l'information pratique.

### **Balados**

Un balado (podcast) est un fichier audio préenregistré, parfois vidéo, qui traite d'un sujet précis dans un mode « entrevue », avec un expert interviewé. Très populaire pour certains, cette méthode d'apprentissage permet au médecin de parfaire ses connaissances en vaquant à d'autres occupations (activité physique, lors de transports, etc.). Le médecin doit s'abonner à une émission de balados à partir d'une application de baladodiffusion sur un appareil mobile (téléphone, tablette, etc.). Ce type d'activité peut servir de déclencheur à une démarche de DPC supplémentaire. Les sociétés savantes canadiennes, américaines ou européennes ainsi que les universités sont les organisations qui offrent le plus souvent ce type d'activité.

### **Coaching, mentorat, tutorat et stage**

Ces méthodes de DPC ont l'avantage d'être investies dans la pratique du médecin en exercice. Ces quatre méthodes proposent des modalités différentes (voir tableau 5) pour répondre aux besoins du médecin<sup>49</sup>. Il est important pour le médecin de :

- bien cerner ses besoins;
- déterminer ses objectifs d'apprentissage;
- déterminer le programme qui répondra à ses besoins;
- recruter des personnes-ressources d'expérience, autant pour la qualité de leur enseignement que pour la pertinence de leur champ d'expérience en lien avec celui du médecin;
- déterminer la structure et l'horaire des rencontres;
- mesurer l'atteinte des objectifs visés.

48 Davis DA, Thomson MA, Oxman AD et coll. Changing Physician Performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA 1995;274 :700-5. b) Soumerai SB, Avorn J. Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. JAMA 1990;263(4) : 549-556. c) Bloom BS. Effects of continuing medical education improving physician clinical career and patient health: a review of systematic reviews. Int J Technol Assess Health Care. 2005; 21(3):380-385

49 Babik JM, Luther VP. Creating and Presenting an Effective Lecture. J Contin Educ Health Prof. 2020 Winter;40(1):36-41.

Tableau 5. Quatre méthodes individuelles de DPC

	<b>Coaching</b>	<b>Mentorat</b>	<b>Tutorat</b>	<b>Stage clinique</b>
<b>Cible</b>	Développement de compétences permettant le développement professionnel.	Transfert de connaissances et d'expériences afin de permettre au mentoré d'avancer aux plans personnel et professionnel.	Transposition des connaissances, compétences ou attitudes.  Cette activité n'est pas utilisée pour les habiletés techniques.	Acquisition de connaissances, d'habiletés techniques, de comportements ou de compétences avec transposition des acquis dans un exercice pratique.
<b>Résultats visés pour le médecin</b>	Améliorer sa performance professionnelle dans son rôle en fonction d'objectifs administratifs ou de carrière et de résultats mesurables.	Recevoir conseils et guidance de la part d'un collègue d'expérience. Partage d'expériences et échanges d'idées.	Être accompagné dans l'apprentissage de compétences ou l'acquisition de savoir-être selon un processus de progression déterminé.  Généralement, le médecin demeure responsable des actions faites auprès de ses patients.	Être observé, supervisé et corrigé dans ses actes professionnels pour l'apprentissage d'habiletés cliniques, techniques, comportementales, relationnelles ou de compétences complexes.
<b>Type de lien intervenant-médecin</b>	Le coach peut être le superviseur du médecin ou encore un autre professionnel rémunéré.  La relation coach/coaché a une durée définie dans le temps.	Le mentor n'a pas de lien hiérarchique avec son mentoré. Le mentor est habituellement bénévole. La relation mentor-mentoré n'est pas à sens unique. La relation mentor-mentoré n'a pas de durée définie et peut se poursuivre dans le temps.	Le tuteur est choisi pour ses compétences dans l'expertise choisie et pour ses qualités pédagogiques. Il joue un rôle de superviseur et d'évaluateur.	Le maître de stage est choisi pour ses compétences dans l'expertise requise par les objectifs et par ses qualités pédagogiques. Il joue un rôle de superviseur et d'évaluateur.
<b>Exemples</b>	Développer ses habiletés de superviseur, obtenir un avis externe sur la perfection d'une compétence administrative, pédagogique ou relationnelle, etc.	Assumer de nouvelles responsabilités au sein de son organisation, joindre une nouvelle équipe, début de pratique, etc.	Améliorer des connaissances, des compétences ou des habiletés relationnelles.	Améliorer les compétences cliniques (anamnèse et examen physique), les habiletés techniques et relationnelles.

Quelques exemples :

## TUTORAT

**Objectif** : Guider le médecin dans la rédaction de ses dossiers cliniques, dans sa démarche clinique quant au diagnostic, au traitement ou au suivi de ses patients. Le tutorat offre au médecin un apprentissage portant sur sa pratique.

**Déroulement** : Dans le cadre des rencontres avec le tuteur, le médecin présente quelques-uns de ses dossiers (quatre ou cinq) afin de recevoir une rétroaction tant au niveau de la tenue de ses dossiers que de la qualité de son exercice pour le domaine visé. Le tuteur peut proposer des lectures spécifiques et complémentaires. Les rencontres, hebdomadaires ou mensuelles, se déroulent sur une période de deux à six mois. Chaque rencontre est d'une durée de deux à trois heures.

## STAGE

**Objectifs types** : Favoriser l'acquisition d'une nouvelle procédure ou d'une technique, réviser ou mettre à jour une démarche clinique générale ou spécifique, ou encore corriger certaines habiletés relationnelles erronées ou acquérir un nouveau domaine d'exercice ou lors d'un retour à l'exercice. Le participant joue un rôle de résident et n'a généralement pas la responsabilité des patients qui sont évalués dans le cadre du stage.

**Déroulement** : Le participant est affecté à un maître de stage qui exerce dans le champ visé par les objectifs. Le participant effectue les actes sous la supervision directe et la rétroaction du maître de stage. Le stage peut se dérouler à temps partiel à raison d'une journée ou deux par semaine ou à temps complet (cinq jours par semaine). Le stage peut se dérouler sur quatre semaines ou même jusqu'à un an. Le stage s'effectue souvent dans un milieu clinique différent de celui du participant.

### *Modules de formation en ligne*

L'apprentissage en ligne (ou *E-learning*) désigne l'ensemble des méthodes permettant l'apprentissage par voie électronique. Parmi les différentes méthodes possibles, les modules de formation en ligne offrent aux médecins un grand éventail d'avantages, mais aussi certaines limitations.

- **Avantages** : dotées d'une grande accessibilité (24/7 et en tout lieu), ces activités peuvent être interrompues puis reprises à tout moment. Elles sont efficaces, car elles permettent au participant d'interagir avec le contenu. Elles offrent des évaluations formatives et sommatives, minimisent l'impact sur l'environnement (moins de déplacements), permettent de gagner du temps, sont modulables au rythme d'apprentissage de l'apprenant, et permettent parfois l'interaction avec des collègues et formateurs par le biais de forums. L'apprenant peut revenir sur une section autant de fois qu'il le désire afin de consolider ses apprentissages ou simplement consulter le contenu pour revoir ses connaissances.
- **Désavantages** : utilisé seul, ce type d'activité offre peu de possibilités d'interaction avec des collègues. Elles requièrent une motivation personnelle et un minimum de compétences technologiques. L'interaction avec les experts de contenu se fait de façon asynchrone uniquement. La problématique pour tout organisateur de DPC est la mise à jour de la liste des modules accessibles. Il faut réviser régulièrement la liste afin de retirer les modules désuets, mettre à jour les modules encore pertinents qui nécessitent des ajustements et conserver ceux qui sont encore adéquats.

Afin que les modules de formation en ligne puissent être accrédités par un organisme reconnu, ces modules doivent démontrer qu’elles respectent les mêmes critères pédagogiques, administratifs et éthiques que les activités en présentiel. Pour ce faire, les modules de formation en ligne sont habituellement hébergés sur une plateforme de gestion des apprentissages qui permet de donner accès aux participants et aux documents associés, de générer une liste de participation, de suivre le parcours d’apprentissage des médecins participants, d’évaluer l’activité et de faire des suivis sur le transfert de connaissances.

Finalement, les données rapportées dans la littérature démontrent que l’apprentissage en ligne est à tout le moins aussi efficace que les approches d’apprentissage traditionnelles. Les méthodes en ligne sont supérieures à l’absence totale de formation continue pour améliorer le comportement des professionnels de la santé<sup>50</sup>. Les résultats varient en fonction de la compétence enseignée et de l’approche d’apprentissage utilisée.

### ***Outils à la décision clinique***

Les outils d’aide à la décision clinique guident les médecins en temps réel dans la révision des signes ou symptômes, dans l’établissement du diagnostic, dans la pertinence de certains examens diagnostiques et dans le choix des traitements. Les recommandations s’appuient sur un vaste éventail de lignes directrices et autres données probantes. En l’intégrant à des systèmes (p. ex. : dossiers médicaux électroniques), il est possible d’utiliser une aide décisionnelle dans le cadre de sa pratique clinique. En utilisant ces outils, le médecin est amené à parfaire sa pratique selon les plus récentes lignes directrices des sociétés savantes. À titre d’exemple, l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS) propose un large éventail d’outils basé sur leurs guides de pratique.

### ***La communauté virtuelle de pratique et les réseaux sociaux***

La communauté de pratique est une méthode éducative permettant à des praticiens ayant un exercice similaire de se soutenir dans leur apprentissage. Au cœur du concept, il y a un apprentissage en interaction avec les autres. L’efficacité d’une communauté de pratique est liée à son niveau d’engagement et d’interaction entre les participants. Les participants de la communauté approfondissent leurs connaissances et leurs compétences en interagissant sur une base régulière et à long terme via un média social choisi. La communauté de pratique s’appuie sur trois principes :

- un domaine d’activité commun ;
- une formation partagée ;
- une communication régulière.

## **Bonnes pratiques d’enseignement pour les présentations magistrales**

Il est essentiel pour l’organisateur de DPC et les conférenciers de mettre en place des pratiques reconnues pour favoriser l’acquisition des connaissances.

De nombreux organisateurs de DPC et professionnels de la santé connaissent peu les principes qui guident la création et la présentation de conférences efficaces. Pour planifier une activité de DPC de grande qualité, il est important de revoir brièvement la théorie de la formation de la mémoire, de l’apprentissage et de l’enseignement efficace<sup>51</sup>. Le processus d’apprentissage comporte trois composantes essentielles : l’**attention**, la **compréhension** et l’**intégration**.

50 Peter M. Sinclair, Ashley Kable, Tracy Levett-Jones, Debbie Booth, The effectiveness of Internet-based e-learning on clinician behaviour and patient outcomes: A systematic review, International Journal of Nursing Studies, Volume 57, 2016, Pages 70-81.

51 Denman M. How to create memorable lectures. Cent Teach Learn Newsl. 2005;14:1–6. b) Kuldass S, Ismail HN, Hashim S, et al. Unconscious learning processes: mental integration of verbal and pictorial instructional materials. Springerplus. 2013;2:105.

1. **Attention** : il faut d'abord capter l'attention de l'auditoire. Le présentateur peut débiter son activité de formation par des questions, des mises en situation, des anecdotes personnelles, des citations fortes ou des illustrations.
2. **Compréhension** : pour favoriser une meilleure compréhension du contenu, le présentateur peut créer une « feuille de route » d'apprentissage qui décrit les titres et les sections de sa présentation.
3. **Intégration** : pour imprégner la mémoire à long terme, le présentateur doit également favoriser l'intégration en créant des occasions pour les participants de relier les nouvelles informations aux informations existantes, par l'application et la révision. Par exemple, le présentateur peut :
  - utiliser des exemples cliniques pour illustrer ses propos ou pour tester l'application de nouvelles connaissances;
  - terminer la présentation avec des messages clés ou des suggestions pour mettre en pratique les apprentissages;
  - fournir des documents ou suggérer des ressources supplémentaires.

Parmi les meilleures pratiques, on peut noter les « quatre as » proposés par Bulger et al. favorisant la rétention des informations<sup>52</sup>.

1. **Enseignement fondé sur les résultats** (*outcome-based teaching*) - Il est recommandé que la personne-ressource ait toujours à l'esprit le résultat de sa conférence. À titre d'exemple, le présentateur devrait se demander :
  - que devraient apprendre les participants de moi?
  - à quel(s) besoin(s) de formation ma conférence doit-elle répondre?
2. **Clarté** - La présentation devrait être bien organisée et concise. Le présentateur peut utiliser :
  - des objectifs d'apprentissage démontrables;
  - un plan de présentation clair;
  - des questions pour stimuler l'attention des participants;
  - etc.
3. **Engagement** - La présentation devrait être une conversation au lieu d'une discussion unidirectionnelle. Il est souhaitable d'utiliser des techniques pour stimuler l'apprentissage actif chez les participants.
4. **Enthousiasme** - Le présentateur doit démontrer un intérêt marqué pour le sujet; il doit être lui-même et s'amuser. Il doit partager son expertise avec enthousiasme et compétence pédagogique.

### ***L'apprentissage actif pour favoriser l'engagement des participants***

L'apprentissage actif est un élément clé pour maintenir l'engagement des participants et favoriser la rétention des apprentissages. Afin de choisir la bonne méthode, il est important de :

- Créer un environnement sécuritaire d'apprentissage. Le déroulement de l'activité et ce qui est attendu des participants doivent être présentés. Pour les grands groupes, un petit jeu-questionnaire d'introduction peut être utilisé.
- Bien connaître l'audience. Certaines techniques plus ludiques pourraient ne pas convenir à une grande audience.

---

52 Bulger S, Mohr D, Walls R. Stack the deck in favor of your students by using the four aces of effective teaching. *J Eff Teach.* 2002;5.

- Considérer la limite d'attention des participants. Organiser l'activité éducative en sections de 15 à 20 minutes. Différentes modalités éducatives peuvent être utilisées en alternance afin de rendre l'apprentissage actif. Les études ont rapporté que l'attention des participants diminue de façon importante 10 à 18 minutes après le début d'une présentation magistrale.

Il existe plusieurs techniques pour favoriser un apprentissage actif chez les participants. Le tableau suivant résume les plus répandues.

Tableau 6. Techniques les plus répandues pour favoriser l'apprentissage actif

Techniques	Exemples	Trucs pour la mise en oeuvre
<b>Échanges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Période de questions et réponses avec la personne-ressource (après ou pendant l'activité).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir un minimum de 25% de temps pour les échanges avec la ou les personnes-ressources.</li> <li>• Prévoir un modérateur pour les grands groupes.</li> </ul>
<b>Ateliers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création de petits groupes de travail.</li> <li>• Travail de réflexion individuel ou avec pair(s).</li> <li>• Discussions en petits groupes.</li> <li>• Résolution de cas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre le temps de bien transmettre les instructions aux participants lorsque des petits groupes sont formés.</li> <li>• Assigner un responsable par petit groupe pour diriger les discussions ou rapporter les résultats des échanges.</li> <li>• La personne-ressource ou l'animateur peut demander aux participants de : <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ réfléchir et de partager leur expérience;</li> <li>◇ répondre à des questions;</li> <li>◇ discuter des éléments les moins clairs de la présentation avec un pair.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Questionnaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Main levée.</li> <li>• Utilisation de cartons.</li> <li>• Systèmes de vote électronique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très utiles pour les grands groupes.</li> <li>• Il faut varier le type de questions (V/F, questions à choix multiples, etc.).</li> <li>• Prévoir un plan de contingence si un problème informatique survient.</li> </ul>
<b>Jeux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Jeopardy</i>, charade, bingo, trouver l'erreur, accumuler des points durant l'activité, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les apprentissages.</li> <li>• Utiliser la créativité de la personne-ressource.</li> <li>• N'est pas approprié pour des présentations magistrales.</li> </ul>

### Formation par concordance

Le raisonnement clinique est un élément essentiel pour poser le bon diagnostic et proposer le plan de traitement adéquat. La formation par concordance vise à guider les médecins dans la réflexion de leur pratique actuelle, à évaluer leurs lacunes et à actualiser certaines compétences<sup>53</sup>. La formation par concordance est un instrument d'évaluation du raisonnement en contexte d'incertitude. Elle permet aux participants :

- d'évaluer leur raisonnement clinique, leur perception visuelle ou leur professionnalisme;
- de mesurer et confronter leur raisonnement clinique, leur perception ou leur professionnalisme en se comparant à un panel d'experts.


### Exemple d'une vignette développée en formation par concordance :

Explications	Vignette
<i>Situation clinique problématique avec des éléments incomplets.</i>	Une jeune femme de 22 ans, accompagnée de son mari, consulte pour des métrorragies abondantes faites de sang rouge et de douleurs abdominales importantes. Elle ne prend aucune contraception depuis six mois, car elle désire un enfant. Elle déclare avoir eu ses règles il y a six semaines.
<i>Une hypothèse de départ suivie de l'ajout d'une nouvelle information.</i>	<b>Question 1</b>  Votre hypothèse de départ est : une grossesse extra-utérine.  Et vous obtenez : une image évoquant un caillot intra-utérin à l'échographie.
<i>Les participants doivent indiquer dans quelle mesure la nouvelle information influence leur hypothèse de départ sur une échelle à points. Ensuite, les participants peuvent comparer leur réponse avec celles d'un panel d'expert avec leurs explications.</i>	L'impact sur votre hypothèse de départ est :  a) Fortement négatif b) Négatif c) Ne change rien d) Positif e) Fortement positif

### Autodétermination

La motivation joue un rôle important qui incitera les médecins à participer à des activités de DPC et à maintenir leur engagement lors d'une activité de formation continue. La théorie de l'autodétermination peut servir de cadre pour expliquer les facteurs influençant la motivation (voir figure 3).

53 Pour plus d'information, voir : <https://www.cpass.umontreal.ca/recherche/axes-de-recherches/concordance/fpc/> (consulté le 9 février 2022)

Taxonomie de la théorie de l'autodétermination						
Motivation	ABSENCE DE MOTIVATION	MOTIVATION EXTRINSEQUE				MOTIVATION INTRINSEQUE
Style de régulation	Absence de régulation	Régulation externe	Régulation introjectée	Régulation identifiée	Régulation intégrée	Régulation intrinsèque
						
Exemples	Ne veut pas participer à une activité de DPC	Le comportement dépend de <b>récompenses</b> ou <b>sanctions placées</b> (ex.: obtenir des crédits/heures de formation, participer à une activité de DPC imposée, formation se déroulant dans un endroit bucolique, etc.)	Le médecin <b>intériorise les contraintes</b> qui étaient, à l'origine, externes (ex.: sentiment de pression externe, se sentir coupable de ne pas assister à une activité de DPC, etc.)	<b>Acceptation</b> de l'importance de participer à une activité de DPC (ex.: médecin participe à une activité car il reconnaît qu'il est important de maintenir et de parfaire ses compétences)	Le comportement est en <b>cohérence avec les valeurs</b> du médecin (ex.: un médecin participe à une activité de DPC car il perçoit les bienfaits potentiels sur la qualité des soins à ses patients)	Intérêt, satisfaction et joie à participer à une activité de DPC

Source : <https://selfdeterminationtheory.org/>

Figure 3. Taxonomie de la théorie de l'autodétermination

L'organisateur de DPC peut se servir de ce cadre conceptuel pour déterminer les facteurs qui influencent la motivation des participants tels que :

- l'octroi d'heures d'évaluation de la pratique lors d'un congrès (*régulation externe*);
- l'accessibilité au lieu physique (*régulation externe*) grâce à la présence d'un stationnement ou à un mode de transport collectif, lieu agréable, etc.;
- l'opportunité de revoir des collègues (*régulation introjectée*);
- l'accessibilité à des conférenciers experts et de renom ou des thèmes pertinents (*régulation intégrée*), qui permettront au médecin de répondre à un besoin perçu important de formation.

## LES RESSOURCES

De nombreuses personnes-ressources sont impliquées dans le continuum de réalisation d'une activité de DPC. Qu'il s'agisse des membres du comité organisateur ou du comité scientifique, des conférenciers ou des modérateurs, les personnes-ressources assument des responsabilités clés et doivent être sélectionnées en fonction des compétences précises que nous présentons dans cette section. Des patients partenaires peuvent également être impliqués au sein d'un comité scientifique afin qu'ils puissent partager leur savoir expérimental et contribuer au contenu de l'activité de formation.

### Les ressources humaines

Les comités impliqués dans la planification et la réalisation d'une activité de DPC sont le comité organisateur et le comité scientifique. Cette section aborde les rôles et responsabilités des personnes qui composent ces comités.

#### Le comité organisateur

Le Comité organisateur est responsable de la planification et de la réalisation d'une activité de DPC. Il doit tenir compte de la mission et des objectifs que s'est fixés l'organisation en matière de DPC. Il est également responsable du budget de l'activité.

Le comité organisateur exerce ses responsabilités en étroite collaboration avec le comité scientifique de l'activité. Il a un droit d'interrogation et de recommandation, mais n'a pas de pouvoir de décision en ce qui concerne le contenu et les personnes-ressources de l'activité de DPC.

Les membres du comité organisateur doivent présenter les aptitudes professionnelles et les compétences suivantes :

- conscience professionnelle, rigueur et sens des responsabilités en regard de la qualité de leur exercice professionnel (leader d'opinion);
- aisance à communiquer et à exprimer leurs besoins éducatifs aux membres du comité scientifique;
- volonté à promouvoir une médecine de qualité pour l'amélioration des soins aux patients;
- capacité à travailler en équipe et à s'acquitter des responsabilités qu'on leur confie.

Le nombre de membres qui composent le comité organisateur peut varier en fonction de la complexité de l'activité de DPC. Des ressources administratives peuvent également se joindre au comité organisateur. Il est important de souligner qu'un membre du comité scientifique peut faire partie du comité organisateur, mais pas l'inverse.

## Le comité scientifique

Le comité scientifique est responsable de l'élaboration du contenu scientifique de l'activité de DPC. Il a le mandat de veiller au respect des règles éthiques et à l'application de l'approche méthodique. Le comité scientifique est indépendant; une exigence primordiale qui lui permet d'exercer un contrôle visant à gérer plus facilement les conflits d'intérêts, les préjugés ou les pressions de toutes les sources.

Le comité scientifique s'assure que le droit d'interrogation du comité organisateur est maintenu tout au long du processus. Le comité scientifique peut consulter toute personne qu'il juge nécessaire, en gardant sa pleine autonomie.

Avant le déroulement d'une activité de formation, le comité scientifique doit réviser les éléments de contenu pour s'assurer que celui-ci soit exempt de biais, tels que les biais commerciaux. La responsabilité d'assurer un contenu équilibré, c'est-à-dire non biaisé et nuancé, relève conjointement du comité scientifique et des personnes-ressources engagées.

Les membres du comité scientifique doivent être représentatifs de la population cible, tant au niveau des champs de pratique, de sa dimension géographique, qu'au niveau de l'équité, de la diversité et de l'inclusion. Aucun représentant d'entité commerciale, par exemple l'industrie pharmaceutique, ne peut siéger au comité scientifique. Ils peuvent toutefois exercer un rôle de soutien logistique au sein du comité organisateur.

## Les personnes-ressources

Un conférencier expert et habile communicateur, et un modérateur expérimenté qui anime la période de questions avec aisance sont assurément un gage de succès pour une activité de DPC. Choisir des personnes-ressources d'expérience est déterminant.

### *Le conférencier*

Le conférencier doit se distinguer par son expertise clinique et ses habiletés de communication. Le profil du conférencier et les compétences professionnelles recherchés sont sa capacité :

- de répondre aux objectifs pédagogiques déterminés par le comité scientifique;
- de s'exprimer avec facilité et savoir synthétiser l'information;

- d'adapter le contenu de sa présentation aux besoins de la population cible;
- de porter un regard critique sur les études scientifiques;
- d'être attentif aux réactions des participants.

Le conférencier doit présenter un contenu pédagogique organisé et synthétisé, en s'appuyant sur les plus récentes données probantes publiées et sur les lignes directrices des sociétés savantes. Sa présentation doit conclure sur trois ou quatre messages clés pour les participants. La fiche en [annexe 26](#) offre quelques conseils pratiques pour le conférencier.

### *Le modérateur*

Le modérateur est responsable de veiller au bon déroulement de l'activité de DPC, au respect de l'horaire et à la gestion de la période de questions, moment charnière de l'activité favorisant l'interaction entre les participants et le conférencier. Le modérateur doit être représentatif de la population cible.

Le modérateur doit présenter les aptitudes professionnelles et les compétences suivantes :

- conscience professionnelle, rigueur et sens des responsabilités en regard de la qualité de l'exercice professionnel;
- aisance à communiquer, reformuler et transmettre les questions des participants au conférencier, dans un souci de clarification des informations reçues;
- capacité de synthèse et de conclure sur le contenu présenté;
- habiletés telles que la diplomatie et le respect;
- être un bon gardien du temps.

Les différentes interventions du modérateur dans le continuum d'une activité de DPC sont :

- **Accueillir les conférenciers** : le modérateur s'assure que le conférencier connaît bien le déroulement de l'activité de DPC et le moment précis de son intervention, incluant la période de questions. Il partage les modalités du déroulement de l'activité, ainsi que les conventions qui seront utilisées pour gérer le temps.
- **Lancer et conclure l'activité** : à sa première intervention, le modérateur doit se présenter, décrire brièvement le thème et la pertinence de l'activité et en expliquer le déroulement. Il présente aux participants les messages techniques tels que les changements à l'horaire, les informations concernant les locaux, l'octroi des attestations de participation, etc. En fin d'activité, il remercie les participants et rappelle l'importance de remplir le formulaire d'évaluation.
- **Présenter et remercier les conférenciers** : le modérateur doit présenter le conférencier de façon brève et relativement uniforme d'un conférencier à l'autre. La présentation du conférencier comprend une sélection de faits saillants tirés de son curriculum vitae abrégé, suivis de deux ou trois points pertinents en lien avec le sujet de la présentation. Entre chaque conférence, le modérateur se charge des transitions, idéalement en faisant le lien entre les présentations. Il doit donc être familiarisé avec les objectifs et le contenu du programme.
- **Assister les conférenciers sur le plan technique** : le modérateur est responsable des aspects techniques du déroulement des présentations. Il doit donc se familiariser avec l'équipement de base et savoir comment joindre rapidement le technicien qui pourra l'aider en cas d'urgence.
- **Contrôler l'horaire** : le modérateur est le « gardien du temps » de l'activité de DPC. Cette responsabilité est fondamentale. Les conférences doivent débuter à l'heure. Le modérateur doit informer les

conférenciers de la façon prévue pour marquer le compte à rebours de la fin de la présentation. Le modérateur doit être en mesure d'intervenir avec doigté et fermeté au besoin afin de mettre fin à la présentation lorsque le conférencier ne respecte pas le temps qui lui a été accordé afin d'éviter de sacrifier la période de questions.

- **Veiller à l'environnement physique et au maintien d'un climat d'apprentissage sécuritaire** : le modérateur doit être sensible aux réactions des participants et faire les ajustements requis lorsque nécessaire. Il doit, par exemple, modifier la température de la salle, ajuster le son ou minimiser les bruits ambiants, afin d'optimiser le niveau d'attention des participants.
- **Animer la période de questions** : la période de questions représente souvent un défi pour le modérateur. Habituellement elle se déroule en quatre étapes : initier en y indiquant les règles du jeu, donner la parole aux participants, donner la parole au conférencier et mettre fin à la période de questions. Idéalement, le modérateur devrait préparer quelques questions en prévision de l'activité afin d'éviter d'être pris au dépourvu en cas de manque d'interactivité de la part des participants.

Le modérateur ne doit pas exprimer ses opinions en lien avec le contenu présenté par le conférencier. Il ne doit pas non plus commenter ou encore juger les questions posées par les participants.

### ***L'animateur***

L'animateur intervient particulièrement lors d'un atelier interactif. Tout comme le modérateur, il doit être représentatif de la population cible.

Les tâches de l'animateur avant, pendant et après l'activité de DPC sont essentiellement les mêmes que celles du modérateur. Mais dans un contexte où l'interaction occupe une place prépondérante, l'animateur doit assurer une vigilance constante, partager et refléter les opinions des participants.

L'animateur doit :

- créer une atmosphère d'accueil propice à l'apprentissage;
- décrire les différentes tâches attendues des participants;
- s'assurer d'un déroulement harmonieux de l'activité;
- s'assurer que le conférencier respecte le déroulement prévu et répond aux questions des participants, tout en présentant de façon pratique les concepts et les messages clés;
- connaître les techniques de base en animation.

La fiche en [annexe 27](#) offre quelques conseils sur l'animation en petits groupes.

L'animateur doit faire abstraction de ses connaissances et de ses opinions pour se mettre totalement au service des participants. Par conséquent, il doit éviter de jouer à l'expert ou prendre trop de place par rapport à l'expert ou aux participants.

Les organisations fournisseurs d'activités de DPC ont fréquemment des banques de personnes-ressources pour assumer les rôles de conférenciers, modérateurs et animateurs. Ces personnes sont souvent sélectionnées à partir des résultats d'évaluations d'activités de DPC antérieures.

Le rôle des personnes-ressources que sont l'expert, l'intervieweur, le panéliste et le président de séance ont été décrits par Goulet & collab. (2005)<sup>54</sup>.

## Sollicitation et lettres d'entente

Le comité organisateur de l'activité de DPC ne peut en aucun cas transférer à une organisation commerciale la responsabilité des dépenses liées aux déplacements, à l'hébergement et aux autres frais ou honoraires versés aux membres du comité scientifique, aux conférenciers, aux modérateurs ou aux animateurs. Cette responsabilité doit être assumée par le comité organisateur de l'activité de DPC.

Les conditions et les fins associées quant à l'implication d'une personne-ressource doivent être documentées par écrit au moyen d'une entente signée par l'organisateur de l'activité et la personne concernée. Lorsque l'activité de DPC est enregistrée pour une présentation en différé, l'autorisation et la libération de droits de la part du conférencier doivent être obtenues au préalable pour la mise en ligne du matériel éducatif.

## Obligation de divulgation des conflits d'intérêts

Toute personne-ressource impliquée dans le développement ou dans la présentation d'un contenu éducatif est tenue de divulguer ses conflits d'intérêts réels, potentiels ou apparents. Les membres des comités, les conférenciers, les animateurs et les modérateurs doivent remplir un formulaire de déclaration de conflits d'intérêts (un exemple est fourni en [annexe 28](#)) et divulguer les conflits aux participants. Le formulaire de déclaration des conflits d'intérêts est une description écrite de toutes les relations d'une personne avec les organisations à but lucratif ou sans but lucratif au cours des deux années précédentes y compris :

- sa participation à des comités consultatifs ou des bureaux de conférenciers;
- le financement reçu, la ou les participations à des recherches cliniques;
- les brevets sur un médicament, un produit ou un appareil;
- tout autre investissement ou toute autre relation qu'un participant raisonnable et bien informé pourrait considérer comme un facteur d'influence sur le contenu de l'activité de DPC.

Les membres des comités organisateur et scientifique ont la responsabilité d'évaluer les conflits d'intérêts, de les gérer ou de mettre en place des mécanismes permettant de les mitiger au besoin. L'évaluation et la gestion des conflits d'intérêts potentiels ont pour but d'assurer l'équilibre, l'objectivité et la rigueur scientifique de l'activité de DPC. Le Code d'éthique du CQDPCM décrit le processus et les exigences pour la collecte des données, ainsi que la gestion des conflits d'intérêts et leur divulgation aux participants.

Les conférenciers doivent faire une déclaration de conflits d'intérêts au début de leur présentation, qu'ils aient ou non une relation à divulguer, à l'aide d'une diapositive. La déclaration de conflits d'intérêts des membres du comité scientifique et des autres personnes-ressources doit être précisée dans le cahier du participant.

Toute personne qui omet de divulguer ses conflits d'intérêts ne peut participer à titre de membre d'un comité scientifique, conférencier, modérateur ou animateur d'une activité de DPC accréditée.

## L'atténuation des biais avant (comité scientifique) ou pendant la présentation

Le comité scientifique est tenu de revoir les formulaires de déclaration de conflits d'intérêts des personnes-ressources avant l'activité afin d'évaluer s'il y a des biais potentiels.

Si un formulaire est remis par un conférencier au moment de l'activité, cette responsabilité sera assumée par le modérateur. Le modérateur doit mentionner cette information lors de la présentation et demander au conférencier de faire sa déclaration devant l'audience. Tout biais commercial identifié durant la présentation doit être abordé par le modérateur durant la période de questions.

Les organisateurs de l'activité de DPC peuvent prévenir ou atténuer tout risque de conflits d'intérêts en :

- choisissant des membres du comité scientifique, des conférenciers, des animateurs et des modérateurs qui n'entretiennent pas de relations avec l'organisation liée au contenu;
- informant les conférenciers et animateurs que le contenu du programme ne peut pas être modifié et qu'il doit être présenté tel qu'il a été approuvé;
- prenant toutes les mesures pour s'assurer que les appellations génériques soient utilisées autant que possible pendant l'activité de DPC.

Lorsqu'un conflit d'intérêts est identifié, les organisateurs de l'activité de DPC doivent déterminer s'il est possible de le gérer ou de l'atténuer. S'il est impossible de le faire, les mécanismes de mitigation peuvent inclure de :

- choisir un autre conférencier pour présenter la partie du contenu qui pose un problème;
- faire en sorte que le conférencier qui fait l'objet d'un conflit ne présente qu'un rapport des données acceptées par les experts scientifiques, sans fournir de recommandations;
- limiter les sources de recommandations à celles qui sont basées sur des données probantes;
- faire réviser les documents éducatifs (la présentation et le résumé aux participants) par des pairs (ou d'autres instances indépendantes), afin de s'assurer que toutes les études scientifiques référencées dans le contenu éducatif sont conformes aux normes généralement reconnues;
- modifier le sujet principal de l'activité de DPC.

Que faire lorsque les participants ont mentionné dans leur évaluation qu'il y avait un conflit d'intérêts ou un biais ?

- lors de la réunion du comité scientifique après l'activité de DPC, valider l'apparence de conflit avec les membres du comité qui ont assisté à la présentation le jour de l'activité;
- documenter la conclusion du comité scientifique dans le procès-verbal;
- faire un suivi avec le conférencier, si applicable.

## Les ressources financières

Dans les premières étapes de la planification d'une activité de DPC, il est essentiel de déterminer le budget de l'activité. Le budget identifie les revenus présumés et les dépenses attendues. Il permet de fixer des objectifs réalistes et de gérer de façon efficace les ressources humaines, matérielles et logistiques.

### La planification budgétaire

Le comité organisateur est responsable d'établir le budget de l'activité de DPC et d'assurer son respect. C'est au comité organisateur que revient la tâche de déterminer le tarif d'inscription et de rechercher d'autres sources de revenus qui pourraient être requises. Il a aussi la tâche de déterminer la hauteur de toutes les dépenses qui seront autorisées pour réaliser l'activité de DPC. Ces dépenses incluent les frais de location des salles et du matériel audiovisuel, les honoraires qui seront versés aux différentes personnes-ressources impliquées dans l'activité de DPC et les frais de gestion pour assurer la coordination de l'activité, au besoin. Les grandes étapes du processus budgétaire sont la planification du budget, le suivi et le respect des dépenses, la conciliation des revenus et la compilation des dépenses.

La portée de l'activité de DPC, ou encore ses limites est fixée par le comité organisateur en fonction des objectifs identifiés. Les aspects suivants doivent être précisés lors de la planification budgétaire :

- les délais (le temps dont on dispose pour organiser l'activité de DPC);
- les livrables : les tâches à accomplir et celles à ne pas accomplir;
- la disponibilité des ressources : l'équipe dont on dispose pour planifier l'activité de DPC;
- les contraintes de temps : un temps de réalisation trop court pourrait signifier davantage de ressources et un dépassement budgétaire;
- la capacité budgétaire.

Le bilan financier d'une activité passée, en termes de nombre de participants, coûts des dépenses et dépassements de certaines dépenses, est une donnée historique très utile pour planifier le budget d'une activité de DPC. À partir de ces informations, les revenus d'inscription ou autres sources de financement sont déterminés et toutes les dépenses sont estimées le plus fidèlement possible.

Le tableau ci-contre est un modèle de budget permettant d'estimer les revenus d'inscription en fonction du nombre de participants et de colliger les différents coûts de réalisation d'une activité de DPC.

Tableau 7. Exemple d'un budget pour une activité de DPC

REVENUS			
Inscriptions	Nombre	Tarif	Total
Médecin	45	250 \$	11 250 \$
Résident	10	125 \$	1 250 \$
Étudiant	5	75 \$	375 \$
Retraité	5	75 \$	375 \$
Autres professionnels de la santé	5	75 \$	375 \$
Sous-total Inscriptions :	70		13 625 \$
Location de kiosques			10 000 \$
Subvention à visée éducative			0 \$
<b>TOTAL REVENUS :</b>			<b>23 625 \$</b>
DÉPENSES			
Honoraires			
Membres des comités			3 000 \$
Conférenciers			4 500 \$
Sous-total Honoraires :			7 500 \$
Salles et audiovisuel			
Location des salles			3 350 \$
Audiovisuel sur place			1 550 \$
Boissons et repas	70	55 \$	3 850 \$
Sous-total Salle et AV :			8 750 \$
Programme			
Graphisme et impression			850 \$
Préparation et envoi postal			1 250 \$
Sous-total Programme :			2 100 \$
Autres frais			
Frais de carte de crédit (2,5%)	0,025		341 \$
Transport et hébergement			0 \$
Gestion de projet			4 599 \$
Sous-total Autre frais :			4 940 \$
<b>TOTAL DÉPENSES :</b>			<b>23 290 \$</b>
<b>SURPLUS (DÉFICIT) :</b>			<b>335 \$</b>

## Le financement

Les revenus d'inscription constituent souvent la source la plus importante de financement. Une planification budgétaire précise permettra d'obtenir le montant présumé des revenus d'inscription, grâce à une simulation basée sur le nombre de participants attendus et les tarifs d'inscription. Lorsque le revenu d'inscription est insuffisant pour couvrir toutes les dépenses, d'autres sources de revenus seront nécessaires.

Les revenus tirés de la location d'espaces kiosques sont des revenus de commandite fort utiles. Qu'il s'agisse d'une compagnie de l'industrie pharmaceutique, du domaine médical ou d'une compagnie de produits et services non médicaux, les revenus de commandite sont offerts par une organisation tierce en échange d'une visibilité pendant le déroulement de l'activité de DPC.

Les revenus qui proviennent d'une subvention à visée éducative peuvent être reçus sous la forme de dons, de biens, par exemple des photocopies de documents destinés aux participants, ou de services, par exemple la traduction d'un programme de formation ou les services audiovisuels. Ces dons, biens ou services, sont accordés par une organisation tierce pour la réalisation de l'activité de DPC, en échange d'une visibilité lors de l'activité de DPC.

Dans les deux cas, qu'il s'agisse de revenus de commandite ou de subvention à visée éducative, une lettre d'entente viendra préciser les modalités d'utilisation du financement pour la réalisation de l'activité de DPC et la visibilité qui sera offerte à l'organisation tierce en échange du financement. Le Code d'éthique du CQDPCM précise les modalités de visibilité qui respectent le code d'éthique et les règles encadrant la divulgation des contributions financières d'une organisation tierce lors de la réalisation d'une activité de DPC. La section traitant des ressources matérielles et logistiques pour les organisateurs présente des exemples et certaines règles qui encadrent la visibilité.

## Les dépenses

Les dépenses peuvent être regroupées en quatre grandes classes : les honoraires des comités et des conférenciers, les frais de location des salles et de l'audiovisuel, la promotion du programme de l'activité (frais de graphisme et envoi postal) et finalement les frais de gestion de projet. Des frais d'accréditation peuvent s'ajouter si l'organisme qui organise l'activité de DPC n'est pas un organisme accrédité. Ces frais doivent être prévus au budget.

Les frais de gestion de projet incluent le temps des ressources impliquées dans la planification des rencontres des comités organisateur et scientifique, la correspondance aux conférenciers, la réservation des salles et des services d'audiovisuels, le soutien administratif pour l'inscription des participants, ainsi que le temps consacré en soutien pendant la réalisation de l'activité de DPC. Après la réalisation de l'activité de DPC, les ressources en gestion de projet seront responsables de compiler les formulaires d'évaluation de l'activité de DPC et d'assurer l'envoi des attestations de présence aux participants.

Il peut s'avérer utile de prévoir un montant pour les imprévus, soit 5 à 10% du total des dépenses. Cette marge de manœuvre budgétaire permettra de faire face aux dépenses sous-estimées ou encore à celles qui n'ont pas été prévues au budget.

Un budget détaillé et bien conçu sera un outil précieux pour la planification et la réalisation de l'activité de DPC. Approuvé par le comité organisateur et communiqué adéquatement aux personnes-ressources engagées à sa réalisation, il servira de balise pour maîtriser les dépenses et assurer le succès de l'activité.

## L'échéancier de réalisation de l'activité de DPC

Afin de respecter le budget approuvé et l'échéancier, il peut s'avérer utile de préciser les tâches à réaliser et l'avancement du projet dans un outil spécialement dédié à cette gestion, par exemple le diagramme de Gantt. Les tâches des différents comités et des personnes-ressources impliquées dans la planification et la réalisation de l'activité sont positionnées en ordonnée et les échéances en abscisse. La figure ci-contre est un exemple de diagramme de Gantt.

Qu'il s'agisse d'une activité de petite envergure ou de plus grande envergure, le diagramme de Gantt permet de déterminer par exemple les tâches à accomplir (et exclure celles à ne pas accomplir), de suivre la progression des tâches réalisées et de prévoir tout retard dans la planification de l'activité de DPC qui pourrait engendrer un dépassement budgétaire. La planification rigoureuse de toutes les étapes de l'activité de DPC découle du budget. Le suivi des tâches réalisées et l'atteinte des échéanciers témoignent du respect du budget.

Titre de l'activité de DPC :			Réalisé à ce jour:								
Tâches	Date début	Date fin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	Mars
<b>Comité organisateur</b>											
Réflexion sur la pertinence	Juill.	Août									
Choix de date, lieux et format	Juill.	Août									
Détermination du budget	Août	Août									
Etc.											
<b>Comité scientifique</b>											
Analyse des besoins	Août	Sept.									
Révision des évaluations passées	Août	Sept.									
Identification des conférenciers	Août	Sept.									
Etc.											
<b>Équipe de projet</b>											
Communication aux conférenciers	Sept.	Févr.									
Confirmation de l'audiovisuel/salles	Sept.	Déc.									
Ouverture des inscriptions	Nov.	Févr.									
Promotion du congrès	Nov.	Févr.									
Réalisation de l'activité	Févr.	Févr.									
Compilation des évaluations	Févr.	Mars									
Envoi des attestations de présence	Mars	Mars									

Figure 4. Exemple d'un diagramme de Gantt

## Les ressources matérielles et logistiques pour les organisateurs

Planifier une activité de DPC implique un certain nombre d'étapes clés et des critères logistiques qui contribueront au succès de l'activité. La section qui suit propose des conseils sur la logistique pour les organisateurs. L'activité de DPC doit respecter les règles d'éthique et les modalités pédagogiques, qu'elle se déroule en mode virtuel ou en présentiel. Il est également souhaitable de planifier l'activité de DPC en y intégrant la notion d'écoresponsabilité. Plusieurs méthodes permettront d'atteindre ces objectifs. Voici quelques exemples :

- choisir un emplacement accessible et près des transports en commun;
- vérifier que le lieu dispose d'un système de tri précisant les types de déchets collectés;
- favoriser les traiteurs locaux situés le plus près du lieu de l'activité de DPC et qui appliquent aussi la notion d'écoresponsabilité;
- évaluer les besoins en nourriture pour minimiser les pertes et éviter les produits à usage unique.

## Les réservations de salles dans un hôtel

L'utilisation de salles dans un hôtel implique souvent un engagement en termes de bloc de chambres que l'organisateur de l'activité de DPC sera tenu de combler lors de la tenue de l'activité. Les frais de nourriture et de boissons seront facturés à l'organisateur de l'activité de DPC pour le nombre de participants prévu au contrat. Le contrat précisera les salles requises, le nombre de participants, le montant total de nourriture et de boissons, ainsi que le nombre de chambres exigé par l'hôtel pour la durée de l'activité de DPC. Advenant une annulation de l'activité, des frais de résiliation du contrat seront facturés à l'organisateur de l'activité de DPC.

Quelques semaines avant l'activité de DPC, il conviendra de confirmer le nombre de participants et procéder à une dernière vérification des arrangements. Selon les délais prévus au contrat de l'activité de DPC, le nombre de participants sera confirmé et les arrangements finalisés.

Les salles de réunion ou de formation, situées dans des centres de congrès ou des hôtels, ont l'avantage d'offrir des salles de formation sans obligation de bloc de chambres. L'organisateur de l'activité de DPC ne sera donc pas tenu de combler un nombre déterminé de chambres, mais des frais de location de salles lui seront facturés.

## L'espace de formation (plateforme virtuelle ou lieux physiques)

L'espace de formation, lieu physique ou virtuel où se déroule l'activité de DPC, doit être distinct de l'espace corporatif ou commercial. L'espace de formation doit offrir un environnement sécuritaire pour les participants et favoriser les apprentissages et le développement des compétences professionnelles de l'apprenant.

Voici quelques points à considérer :

- La dimension de la salle doit être appropriée au nombre de participants. Il est préférable d'avoir une salle petite, mais remplie, plutôt qu'une grande salle qui semble vide. Plusieurs établissements (CLSC, centres hospitaliers, cliniques médicales) disposent de salles de réunion appropriées à la tenue d'activités éducatives.
- Il existe différents modèles de positionnement des chaises et des tables pour une activité de DPC. Le style école (tables et chaises) permet aux participants de déposer leur tablette ou leur ordinateur sur une table afin de prendre des notes pendant la formation. Le style théâtre (fauteuils seulement) permet d'accueillir davantage de participants. Pour des petits groupes de 15 à 20 personnes, une disposition en U ou une répartition des participants autour de tables regroupant de 5 à 7 personnes est recommandée. Cette disposition favorise l'interaction.
- Le positionnement adéquat de l'accueil aux participants est essentiel. L'accueil est le premier contact pour le participant.
- Une signalisation efficace permettra aux participants de se déplacer facilement sur le site, et ce, à partir de divers points d'entrée dans l'édifice. Outre l'emplacement des salles de formation, penser à inclure les directions vers la salle des exposants, les toilettes, les aires de pause-santé, la sortie et autres. Le lieu et l'horaire des différentes activités, ainsi que le programme de la journée peuvent être affichés.

Pendant les pauses, il convient de choisir un endroit à l'extérieur des salles de formation, suffisamment grand pour accueillir tous les participants, afin d'offrir des rafraîchissements et favoriser les interactions entre les participants.

## L'espace des exposants

L'espace des exposants est une zone commerciale ou corporative. Cet espace offre aux commanditaires la visibilité attendue, prévue au contrat de commandite. L'espace des exposants doit être situé dans un endroit

distinct des salles de formation (espace de formation). Le kiosque permet au commanditaire d'afficher son logo et ses produits, dans un environnement invitant et qui favorise les échanges avec les participants.

Les conditions d'utilisation de l'espace des exposants doivent être documentées par écrit au moyen d'une entente signée entre le comité organisateur de l'activité et le commanditaire, et ce, même pour les activités se déroulant en format virtuel.

Il faut établir à l'avance la disposition de cette salle et la répartition des exposants, afin de respecter le Code d'éthique du CQDPCM.

### ***Espace des exposants virtuel***

- Un espace des exposants virtuel (kiosque virtuel) offre aux commanditaires une visibilité similaire à celle en présentiel et doit respecter de la même façon le Code d'éthique du CQDPCM.
- Cet espace virtuel doit être accessible dans une fenêtre ou page web distincte de celle se rapportant au programme de formation accrédité.
- L'accès à cet espace corporatif virtuel doit nécessiter une action volontaire du participant, qui choisira d'accéder ou non à cet espace, en cliquant sur un lien menant vers l'espace des exposants.

## **Le soutien technique aux conférenciers et aux participants**

La personne-ressource responsable du soutien technique a la responsabilité de constituer la liste des équipements, le matériel et les fournitures qui seront nécessaires à la réalisation de l'activité de DPC, qu'elle soit en mode présentiel ou virtuel.

Pour l'équipement audiovisuel, il peut s'agir d'un ordinateur portable, d'un micro-casque ou d'un micro-cravate (également appelé microphone lavallière ou *lapel-clip*) pour le conférencier, ainsi qu'un ou plusieurs microphones à main que les participants utiliseront lors de la période de questions, une minuterie pour le modérateur, un moniteur, un écran ou un tableau, par exemple un tableau géant à feuilles mobiles (flip chart) [avec feuilles de rechange], un pointeur et une caméra vidéo (webdiffusion), s'il y a lieu.

La personne-ressource responsable du soutien technique doit également s'assurer de la disponibilité des équipements et du matériel, dont le matériel pédagogique. Une organisation méthodique et des vérifications à l'aide de listes de vérification peuvent être utiles. Plusieurs fournisseurs ou compagnies en audiovisuel peuvent apporter un soutien pour tout le volet technique dans la réalisation de l'activité.

## **La promotion de l'activité**

La promotion de l'activité de DPC est une étape importante dans le processus de planification. Un outil promotionnel doit être invitant, clair et concis afin de capter l'attention d'éventuels participants. Il est préférable de privilégier les communications électroniques à celle en mode papier pour promouvoir l'activité de DPC afin d'adopter de bonnes pratiques en matière d'écoresponsabilité.

L'outil promotionnel doit préciser : la population cible, le titre et les objectifs pédagogiques, la date et l'heure, le format (présentiel ou virtuel), le libellé d'accréditation, l'identification de l'organisateur de l'activité de DPC, ainsi que la mention du subventionnaire si l'activité a bénéficié d'une subvention à visée éducative.

La promotion de l'activité de DPC peut être réalisée à l'aide de courriels de masse, d'un affichage sur Internet, dans les réseaux sociaux, ou encore par l'envoi postal du programme.

La promotion de l'activité est habituellement réalisée en plusieurs étapes, débutant plusieurs mois à l'avance avec une simple annonce de l'événement afin de permettre aux intéressés de bloquer cette date à leur horaire. Au fil du temps, le dépliant promotionnel sera distribué, suivi du programme scientifique détaillé. Le programme est remis au moment de l'activité; il permet de confirmer l'horaire, les sujets et d'informer les participants des changements apportés à la dernière minute.

De plus, l'annonce de la programmation scientifique détaillée doit comprendre les éléments suivants :

- le titre de l'activité;
- la population cible;
- la date;
- le nom des membres du comité scientifique de l'activité;
- les objectifs d'apprentissage;
- les méthodes pédagogiques;
- l'horaire détaillé de la journée : titre et heure de présentation des séances, objectifs spécifiques, nom des conférenciers, etc.;
- l'accréditation de l'activité.

Le Code d'éthique du CQDPCM précise des balises quant à l'affichage des noms des partenaires commerciaux, qu'ils soient subventionnaires ou commanditaires.

- Les documents transmis aux participants dans l'espace des exposants peuvent préciser les noms des partenaires, aux couleurs corporatives, ainsi que leur logo.
- Les documents transmis aux participants dans l'espace de formation doivent être exempts de logos.
- Les diapositives diffusées dans l'espace de formation pendant les pauses doivent préciser les noms de tous les partenaires subventionnaires ou commanditaires, énumérés au même endroit, et avoir la même police de caractères, sans logo. Ces remerciements ne doivent pas être associés à une partie spécifique de l'activité de DPC.

L'information concernant les activités sociales doit être distincte du programme scientifique, conformément au Code d'éthique du CQDPCM.

## **Le processus de demande et d'attribution de crédits de l'activité**

### *Avant l'activité*

L'organisateur de l'activité de DPC peut faire une demande d'accréditation à un organisme reconnu par les collègues médicaux.

Plusieurs organismes de DPC au Québec peuvent accréditer des programmes de formation afin que les heures de formation collective soient reconnues au sens que lui donne le Collège des médecins du Québec. Ces organismes peuvent avoir des procédures ou des critères légèrement différents. Toutefois, ils doivent respecter le Code d'éthique du CQDPCM au Québec et la Norme nationale<sup>55</sup> en DPC lorsqu'offert également dans le reste du Canada. Voici quelques exemples de renseignements et de documents exigés par les organismes accréditeurs :

- la liste des membres du comité scientifique doit être représentative de la population cible;
- la population cible doit être clairement indiquée;
- l'étude des besoins doit être présentée;

---

55 Norme nationale [www.royalcollege.ca/](http://www.royalcollege.ca/)

- les objectifs d'apprentissage doivent être clairement énoncés et être mesurables, atteignables et correspondre à l'évaluation des besoins;
- le programme de l'activité de DPC ou l'invitation doit préciser le nombre d'heures ou de crédits attendus pour l'activité;
- le contenu du programme doit démontrer qu'il a été élaboré de façon objective;
- la méthode utilisée pour favoriser l'interactivité (c'est-à-dire étude de cas, questionnaires, discussions en petits groupes, activités de simulation, systèmes de réaction de l'auditoire, etc.) doit être précisée;
- les formulaires de déclarations de conflits d'intérêts doivent être annexés à la demande d'accréditation;
- le budget de l'activité de DPC et les sources de financement attendues doivent être identifiés afin de s'assurer qu'elles seront suffisantes;
- les activités sociales prévues doivent être annoncées afin de démontrer qu'elles n'interfèrent pas avec le contenu scientifique de l'activité.

Certains critères additionnels et des modalités d'application peuvent varier selon les organismes. Par exemple, certains organismes accréditeurs pourraient demander les résultats de l'évaluation de l'activité antérieure, un exemplaire du certificat de participation, ou encore les références qui appuient la présentation.

### ***Pendant l'activité***

Pour les activités de DPC en présentiel, la présence des participants doit être documentée à l'aide d'outils électroniques ou par une liste, accompagnée des signatures des participants à leur arrivée. Afin de respecter ces critères, lorsque l'activité se déroule en mode virtuel, la plateforme doit être en mesure de générer un rapport des présences (rapport de connexion).

### ***Après l'activité***

Une évaluation de l'activité de DPC doit être complétée par les participants. Le comité organisateur doit conserver les formulaires d'évaluation dûment remplis ou un résumé des réponses pendant au moins un an, advenant que l'activité fasse l'objet d'une vérification. Il n'est pas obligatoire de remettre la copie de l'évaluation aux conférenciers. Le comité organisateur jugera de l'information à transmettre au conférencier afin de lui fournir une rétroaction constructive à des fins de perfectionnement.

Enfin, la liste des présences doit être transmise sur demande de l'organisme accréditeur, afin que les participants puissent obtenir leurs crédits de formation.

## **Les bonnes pratiques en DPC**

Le CQDPCM a élaboré des guides sur les bonnes pratiques pour l'organisation et l'accréditation d'une activité de DPC. Ces documents sont disponibles sur [www.cqdpcm.ca](http://www.cqdpcm.ca)

# LES DROITS D'AUTEUR

Dans vos activités de DPC, avez-vous déjà utilisé une image, une vidéo, un guide appartenant à autrui. Avez-vous déjà partagé des photos, diagrammes, questionnaires ou encore un document de référence dont vous n'étiez pas l'auteur?

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, il est important de vous familiariser avec l'étendue et les limites associées au droit d'auteur, ainsi qu'avec les moyens permettant l'utilisation d'œuvres appartenant à autrui en toute légalité. La reproduction non autorisée d'une œuvre appartenant à autrui, partielle ou complète, constitue une violation du droit d'auteur même si l'on en mentionne l'origine. Une telle utilisation est donc passible de poursuites.

## Notions de base

*Qu'est-ce qu'un droit d'auteur ?*

La *Loi sur le droit d'auteur*<sup>56</sup> (la « Loi ») prévoit deux composantes particulières : les droits moraux et les droits économiques. En premier lieu, les droits **moraux** permettent d'attribuer l'œuvre au titulaire du droit d'auteur et de contester toute tentative de modification de l'œuvre en question. Les droits moraux ne peuvent être vendus ou donnés. Toute renonciation aux droits moraux doit obligatoirement être faite par écrit pour être valide.

En second lieu, des droits **économiques** exclusifs sont aussi accordés au titulaire d'une œuvre. Le détenteur du droit d'auteur est le seul pouvant autoriser ou exercer de tels droits. Autrement dit, le droit d'auteur offre au détenteur de ce droit, ou son représentant, un droit exclusif lui permettant de produire, reproduire, publier, exécuter, transformer, adapter, ou traduire la totalité ou une partie importante de l'œuvre protégée sous la forme matérielle de son choix et d'en tirer profit sur le plan commercial. Contrairement aux droits moraux, les droits économiques peuvent être cédés, par l'entremise d'une cession ou d'une licence.

*Quelles sont les œuvres protégées par les droits d'auteurs ?*

La *Loi sur le droit d'auteur* protège les œuvres originales sous différentes formes dont leur production provient du domaine littéraire, scientifique ou encore, artistique. Les catégories principales protégées sont notamment :

- les œuvres littéraires, comprennent par exemple un roman, un article scientifique, un mémoire, une thèse, un questionnaire, un formulaire, un rapport de recherche, un tableau, une traduction, une présentation visuelle, ou encore une conférence (discours, allocution, etc.);
- les œuvres dramatiques : une pièce de théâtre, un film ou une chorégraphie;
- les œuvres musicales : des partitions musicales ou compositions musicales avec ou sans paroles;
- les œuvres artistiques : un croquis, une photo;
- les compilations : un arrangement d'œuvres, un ensemble de données ou de bases de données.

*EXEMPLE en DPC*

*Pour illustrer votre propos lors d'une présentation en DPC, vous avez créé vous-même des schémas démontrant l'effet d'une molécule sur le traitement d'une condition particulière. Cette œuvre serait considérée comme une œuvre littéraire au sens de la Loi et serait protégée par le droit d'auteur.*

## L'utilisation légale d'une œuvre protégée

Que faire pour utiliser une œuvre protégée par le droit d'auteur sans enfreindre la *Loi sur le droit d'auteur* ? La permission préalable de l'auteur est nécessaire.

### La cession des droits d'auteurs et la licence d'utilisation

L'auteur ou son représentant peut transférer partiellement ou intégralement ses droits d'auteur à autrui. Les conditions liées à la cession du droit d'auteur sont normalement rédigées dans un contrat de cession. Pour que la cession du droit soit valide, elle doit être mise par écrit et signée par le titulaire du droit d'auteur et la personne qui souhaite utiliser ou posséder le droit d'auteur (cessionnaire).

L'octroi d'une licence d'utilisation est une solution alternative à la cession partielle ou totale du droit d'auteur et permet à une tierce partie d'utiliser une œuvre protégée sous certaines conditions. En fait, la licence est une autorisation permettant à un tiers de poser un acte qui est normalement réservé au titulaire du droit d'auteur. Toutefois, aucun transfert de propriété n'est effectué et l'œuvre demeure la propriété intellectuelle du titulaire du droit d'auteur.

Dans les deux cas, le fait d'accorder une cession ou une licence permet au titulaire du droit d'auteur d'obtenir une compensation financière pour la vente (dans le cas d'une cession) ou la location (dans le cas d'une licence) de son œuvre.

Exemples :

- **Cession partielle** : un chercheur ayant rédigé un nouvel article scientifique peut céder son droit d'auteur à un éditeur pour que celui-ci reproduise son œuvre dans plusieurs langues différentes en échange d'une compensation monétaire. Le cas échéant, le chercheur conserve les autres droits économiques relatifs à son œuvre, mais accepte de céder les droits de traduction à la maison d'édition.
- **Cession totale** : un cardiologue rédige un recueil de textes en cardiologie pédiatrique et transfère la totalité de ses droits économiques à une maison d'édition. À l'exception des droits moraux, la maison d'édition possède les mêmes droits que possédait le médecin avant qu'il ne cède ses droits.
- **Licence exclusive** : un chercheur peut accorder une licence exclusive à une compagnie permettant à cette dernière de reproduire le dernier article scientifique de ce chercheur sur Internet. Le cas échéant, le chercheur ne pourra plus reproduire cet article scientifique sur Internet puisque ce droit appartient maintenant à la compagnie en question. Il conservera toutefois, tous les autres droits d'auteurs associés à son œuvre.
- **Licence unique** : le même chercheur peut aussi accorder à cette même compagnie une licence unique lui permettant de reproduire son article scientifique sur Internet. Dans cette situation, le chercheur ne peut pas permettre à une autre compagnie de reproduire son article scientifique sur Internet, mais pourrait le faire lui-même.
- **Licence non exclusive** : cette licence n'offre pas de monopole et permet à un chercheur d'accorder un même droit à plusieurs individus. Le cas échéant, plusieurs compagnies détentrices d'une licence pourraient reproduire le même article scientifique sur leur site Web.

Les droits de reproduction, d'adaptation et de traduction sont tous des droits pouvant être transférés par l'entremise d'une cession ou d'une licence.

## Les droits de reproduction

La reproduction d'une photo, vidéo, présentation, article scientifique ou autre, sans autorisation, peut constituer une violation des droits d'auteurs et donner lieu à des poursuites judiciaires.

Les actions suivantes relèvent du droit de reproduction et sont réservées exclusivement au titulaire du droit d'auteur :

- photocopier un ouvrage et le distribuer aux participants à une conférence;
- télécharger des photos sur Internet et les inclure dans une présentation PowerPoint lors d'une formation;
- utiliser, au soutien de sa présentation lors d'une conférence, le document PowerPoint préparé par une autre personne.

Toute reproduction partielle ou complète d'une œuvre protégée par le droit d'auteur doit être autorisée par le détenteur du droit et confirmée par écrit pour être valide.

## Les droits d'adaptation

Le droit d'adaptation est le droit de modifier ou de transformer une œuvre originale. Au même titre que le droit de reproduction, le droit d'adaptation nécessite l'approbation écrite du titulaire du droit pour être valide.

## Les droits de traduction

La Loi offre une protection aux traductions d'œuvres originales. L'autorisation écrite du titulaire du droit est nécessaire pour la traduction de l'œuvre originale. Il est important de noter que les traductions sont elles aussi protégées par les droits d'auteurs puisqu'elles sont considérées comme des œuvres originales.

### *EXEMPLE en DPC*

*L'organisateur de DPC qui traduit un questionnaire d'évaluation de l'anglais au français devra donc obtenir l'autorisation du détenteur des droits du questionnaire original pour en publier la traduction, mais détiendra des droits d'auteurs sur la traduction. L'utilisateur subséquent de ce questionnaire traduit devra obtenir l'autorisation des deux auteurs.*

## L'utilisation équitable

En règle générale, la reproduction d'une œuvre est interdite sans l'approbation de l'auteur ou du créateur de l'œuvre. Il existe toutefois certaines exceptions à cette règle générale, notamment l'exception en matière « d'utilisation équitable ». L'utilisation équitable est permise aux fins d'étude privée, de recherche, d'éducation, de parodie, de satire, de critique, de compte rendu ou de communication des nouvelles.

Les limites de l'utilisation équitable ne sont pas clairement définies par la Loi sur les droits d'auteurs. Pour déterminer si une utilisation est équitable, il est nécessaire d'examiner le but de l'utilisation, la nature de l'utilisation, l'ampleur de l'utilisation, les solutions de rechange à l'utilisation, la nature de l'œuvre et l'effet de l'utilisation sur l'œuvre. L'utilisateur d'une œuvre qui satisfait à cette exception n'a donc pas à obtenir la permission du détenteur des droits. Cependant, vu les complexités de la détermination de l'utilisation équitable, l'organisateur de DPC devrait obtenir un avis avant de présumer que son utilisation d'une œuvre protégée par des droits d'auteurs bénéficie de cette exception.



# L'ÉVALUATION





## L'évaluation d'une activité ou d'un programme de DPC

Les promoteurs du développement professionnel continu (DPC) sont tenus d'évaluer toutes les activités ou les programmes de formation qu'ils offrent. Il est important de faire la distinction entre l'évaluation d'une activité ou d'un programme de DPC, abordée dans cette section, et une « activité d'évaluation de l'exercice », présentée dans le chapitre 3. La présente section aborde une approche systématique à l'évaluation de programmes, le raisonnement de l'évaluation, des façons de la réaliser et les personnes qui devraient le faire.

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) définit une « activité d'évaluation de l'exercice » comme une activité de formation continue qui vise à permettre au médecin d'évaluer son exercice, par le biais d'un regard externe accompagné d'une rétroaction ou par le biais d'une activité d'autoévaluation réalisée sur une base individuelle ou en groupe. Plusieurs options s'offrent aux médecins afin de cumuler, durant une période de référence, le minimum requis de 10 heures de participation à des activités d'évaluation de l'exercice<sup>57</sup>. Ces différentes options sont présentées au chapitre 3.

L'évaluation d'une activité ou d'un programme de DPC, notamment son impact sur l'apprentissage et sur le comportement des médecins, repose, entre autres, sur des considérations d'efficacité, c'est-à-dire : est-ce que la formation a amené les changements ou effets désirés chez les apprenants? Bien que cette question soit très importante, il n'en demeure pas moins qu'une évaluation complète et méthodique des activités ou programmes de DPC est souvent négligée.

**Une activité de DPC** est définie comme toute formation sur un sujet déterminé, dont la durée et le format peuvent varier. Le contenu reflète l'ensemble des compétences reconnues par la communauté médicale comme partie intégrante des sciences médicales, de la science clinique et de la pratique médicale. Les activités de DPC peuvent être individuelles ou collectives (par exemple, une conférence).

**Un programme de DPC** est défini comme un ensemble d'activités de DPC s'adressant au même public cible. Les programmes de DPC portent sur toutes les compétences reconnues par la profession médicale (par exemple, une série de cours ou un programme de lectures dirigées).

Une activité de DPC est généralement plus courte qu'un programme qui comporte plusieurs activités étalées dans le temps.

Pour mesurer l'impact et la qualité d'une activité ou d'un programme de DPC, plusieurs aspects doivent être pris en compte au-delà de la réussite des apprenants. Il est conseillé que l'évaluation d'une activité et la conception pédagogique soient menées en parallèle; un conseil qui est malheureusement souvent ignoré.

**Le Cadre élargi d'évaluation des résultats (CÉÉR)** (*Expanded Outcomes Framework*) de Moore<sup>58</sup>.

Le cadre le plus utilisé pour planifier et évaluer l'impact des activités de développement professionnel continu est le cadre élargi d'évaluation des résultats<sup>59</sup> (dérivé du modèle classique en quatre étapes de Kirkpatrick<sup>60</sup>)

57 Les activités d'évaluation de l'exercice – Comment s'y reconnaître? Capsule no 4 sur la formation continue obligatoire des médecins. [www.cmq.org](http://www.cmq.org) (consulté le 9 décembre 2021).

58 Moore DE, Chappell K, Sherman L & Vinayaga-Pavan M. A conceptual framework for planning and assessing learning in continuing education activities designed for clinicians in one profession and/or clinical teams, *Medical Teacher*. 2018; 40:9, 904-913, DOI: [10.1080/0142159X.2018.1483578](https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1483578)

59 Moore, D, Green, JS & Gallis HA (2009) Achieving Desired Results and Improved Outcomes: integrating Planning and Assessment Throughout Learning Activities. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(1):1-15.

60 Kirkpatrick D. *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. San Francisco: Berrett-Koehler; 1998.

qui guide la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des activités du DPC (Figure 5). Il couvre sept niveaux et différents résultats qui doivent être alignés avec les objectifs de l'activité ou d'un programme du DPC.

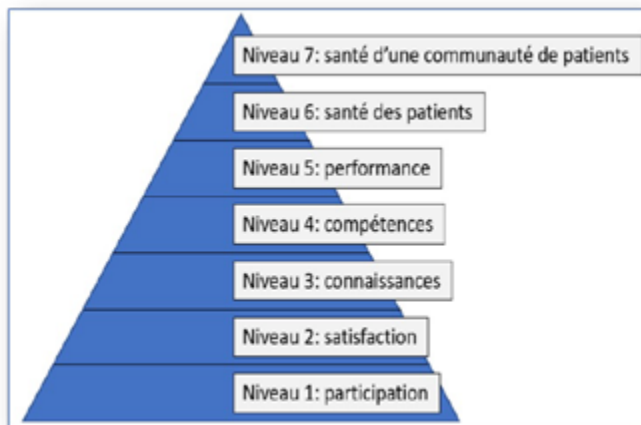


Figure 5. Cadre élargi des résultats

- Le CÉÉR intègre les étapes d'apprentissage et un modèle de conception pédagogique efficace, le modèle : Préparer – Activer - Renforcer (*Predisposing -Enabling- Reinforcing PRECEDE*)<sup>61</sup>.
- L'évaluation des besoins, **l'évaluation formative**<sup>62</sup> et **l'évaluation sommative**<sup>63</sup> sont achevées tout au long afin d'assurer l'efficacité de la planification et de l'évaluation.
- Les stratégies pour guider la planification des activités de DPC sont :
  - ◇ commencez en pensant à la fin et aux résultats souhaités;
  - ◇ prenez compte des étapes de l'apprentissage du médecin;
  - ◇ concentrez-vous sur les problèmes cliniques et les connaissances qui peuvent être utilisées dans la pratique;
  - ◇ fournissez des opportunités de pratique pour augmenter la compétence et faites une rétroaction immédiate dans la mesure du possible.

La mesure de la faisabilité et de la fidélité des résultats constitue deux niveaux supplémentaires dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions éducatives<sup>64</sup>. Nous avons ajouté ces niveaux au CÉÉR de Moore (tableau ci-dessous). L'évaluation de la fidélité des interventions est désormais reconnue comme une procédure d'assurance qualité menant à une mise en œuvre réussie<sup>65</sup> et efficace. Le tableau 8 présente des exemples de mesures objectives et subjectives pour chacun des niveaux.

61 Green, LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An educational and Environmental Approach. Toronto, ON: Mayfield Publishing Group 1991.

62 L'évaluation formative consiste à contrôler ce qu'un clinicien ou une équipe clinique apprend et peut faire au cours d'une activité d'apprentissage alors qu'ils progressent vers la réduction ou l'élimination de l'écart identifié par l'évaluation des besoins (référence 5 p. 905).

63 L'évaluation sommative mesure ce qu'un clinicien ou une équipe clinique sait et peut faire après avoir participé à une activité d'apprentissage et le compare à ce qu'un clinicien ou une équipe clinique devrait savoir et être capable de faire pour fournir les meilleurs soins possibles aux patients (ibid, p. 905).

64 Gearing, RE et al. (2011) Major ingredients of fidelity: a review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. Clinical Psychology Review 31 79-88.

65 Alvarez Monjaras M. 2019 D. Clin.Psy thesis (volume 1). University College London. [https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10083112/14/Volume1\\_AlvarezMonjaras2019.pdf](https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10083112/14/Volume1_AlvarezMonjaras2019.pdf)

Tableau 8. Adaptation du Cadre élargi des résultats qui intègre deux niveaux supplémentaires : faisabilité et fidélité

NIVEAUX/Résultats	Description	Source de données : Mesures	Exemples
Faisabilité	<p>Dans le cadre de l'évaluation des programmes, la faisabilité est une norme d'évaluation qui stipule que les procédures d'évaluation doivent être efficaces, politiquement viables, relativement faciles à mettre en œuvre et adéquatement financées<sup>66</sup>. La faisabilité est un résultat des approches d'évaluation visant l'amélioration des programmes et la responsabilisation.</p>	<p>L'utilisation de diverses méthodes d'évaluation qualitatives et quantitatives permettant de recueillir des données auprès des parties prenantes, incluant toutes les personnes et tous les groupes impliqués dans les choix liés à la conception, à la planification, au financement, au recrutement de personnel et à la mise en œuvre d'un programme.</p>	<p><b>Les questions à se poser :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le budget couvre-t-il toutes les étapes du développement ?</li> <li>2. Les ressources sont-elles adéquates et disponibles ?</li> <li>3. À qui devons-nous rendre des comptes ?</li> <li>4. Dans quelle mesure est-il possible de réaliser cette activité dans le délai imparti en utilisant les ressources disponibles ?</li> </ol>
Fidélité <sup>67</sup>	<p>La fidélité de l'intervention fait référence à la mesure dans laquelle les composantes des activités de DPC sont mises en œuvre conformément aux protocoles établis.</p>	<p>Un questionnaire évaluant toutes les étapes et les phases de l'intervention selon une adaptation du Guide de la fidélité de l'intervention (<i>Comprehensive Intervention Fidelity Guide</i>).</p> <p>Des données longitudinales sur chacune des étapes de mise en œuvre<sup>68</sup> : exploration, installation, mise en œuvre initiale et mise en œuvre complète.</p>	<p><b>Suivi de la fidélité d'une activité de DPC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quel est le taux d'abandon des participants ?</li> <li>2. Quels sont les scores obtenus dans l'atteinte d'un type spécifique de compétence clinique ?</li> <li>3. Niveau de changement dans les attitudes des participants pendant l'activité de DPC.</li> </ol> <p><b>Post-mortem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En examinant la mise en œuvre de l'activité de DPC, dans quelle mesure avons-nous réussi à mettre en œuvre toutes les phases comme prévu ?</li> <li>2. Quelles sont les principales divergences entre la planification et la mise en œuvre de l'intervention de DPC ?</li> <li>3. Quelles sont les principales leçons apprises qui seront utiles pour améliorer la prochaine itération de l'activité de DPC ?</li> <li>4. Quels sont les principaux obstacles et facteurs permettant d'atteindre un niveau élevé de fidélité ?</li> </ol>

66 Stufflebeam, DL. & Shinkfield, AJ (2007) Evaluation Theory, Models, and applications. San Francisco CA: Jossey Bass.

67 Gearing, RE et al. (2011) Major ingredients of fidelity: a review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. *Clinical Psychology Review* 31 79-88.

68 Bertram RM, Blasé KA, Fixsen DL. Improving Programs and Outcomes: Implementation Frameworks and Organization Change. *Research on Social Work Practice* 2015 vol 24(4) 447-487

NIVEAUX/Résultats	Description	Source de données : Mesures	Exemples
Participation <b>Niveau 1</b>	Le nombre de participants qui ont assisté à l'activité de DPC.	Le registre des présences.	
Satisfaction <b>Niveau 2</b>	La satisfaction définit dans quelle mesure les attentes des participants ont été satisfaites.	<i>Subjectif</i> : Un questionnaire rempli par les participants après une activité de DPC évaluant les objectifs d'apprentissage, le style d'enseignement du présentateur, la pertinence, etc.	<i>Subjectif</i> Un questionnaire mesurant le niveau de satisfaction concernant le format et l'organisation d'un cours modulaire en ligne sur le diabète.  Un exemple est fourni en <a href="#">annexe 29</a> .
Apprentissage : Connaissances déclaratives <b>Niveau 3A</b>	Le degré auquel les participants indiquent ce que l'activité de DPC leur a permis d'acquérir en termes de nouvelles connaissances (« quoi »).	<i>Objectif</i> : Tests de connaissances avant et après la formation.  <i>Subjectif</i> : Autoévaluation du gain de connaissances.	<i>Objectif</i> Un prétest et un post-test évaluant les connaissances des médecins de famille en lien avec les lignes directrices sur le dépistage du diabète.  <i>Subjectif</i> Les formulaires d'évaluation remplis par les participants après une activité de DPC devraient inclure 3 points : 1. le respect du Code d'éthique du CQDPCM; 2. la divulgation par le présentateur de ses conflits d'intérêts, réels ou potentiels, avant de commencer sa présentation; 3. la présence ou non de biais commerciaux durant l'activité.
Apprentissage : Connaissances procédurales <b>Niveau 3B</b>	Le degré auquel les participants indiquent être capables de faire, ce que l'activité de DPC voulait qu'ils fassent (« comment »).	<i>Objectif</i> : Tests d'habiletés avant et après l'activité.  <i>Subjectif</i> : Autoévaluation de la compétence.	<i>Objectif</i> Prétest et post-test évaluant les compétences des médecins de famille en matière d'administration d'injections épidurales de stéroïdes pour les douleurs lombaires.

NIVEAUX/Résultats	Description	Source de données : Mesures	Exemples
Apprentissage <sup>69</sup> : Valeurs, attitudes, intentions <b>Niveau 3C</b>	Le degré auquel les participants indiquent ce que l'activité de DPC leur a permis d'acquérir en termes de nouvelles valeurs, attitudes et intentions.	<i>Objectif</i> : Tests d'habiletés avant et après l'activité.  <i>Subjectif</i> : Autoévaluation de la compétence : intention de changer, attitudes, valeurs et intentions.	<i>Objectif</i> Prétest et post-test évaluant la sensibilisation des médecins aux valeurs et attitudes concernant l'équité, la diversité et l'inclusion dans leur pratique clinique.  Atelier de DPC utilisant le jeu de rôle pour sensibiliser les médecins à l'équité, la diversité et l'inclusion dans les soins aux patients.
Compétence <b>Niveau 4</b>	La mesure par laquelle les participants <b>montrent</b> , dans un cadre éducatif, comment faire ce que l'activité de DPC voulait qu'ils soient capables de faire dans leurs pratiques.	<i>Objectif</i> : Observation dans un cadre éducatif.  <i>Subjectif</i> : Autoévaluation de la compétence.	<i>Objectif</i> Au cours d'un atelier de DPC, les médecins effectueront un pré-post test pratique pour évaluer leurs compétences en matière d'administration d'injections épidurales de stéroïdes pour les douleurs lombaires. Les médecins doivent démontrer leurs compétences acquises et/ou confirmées. Un retour d'information est fourni par des instructeurs experts.
Performance <b>Niveau 5</b>	Le degré auquel les participants <b>font</b> ce que l'activité de DPC voulait qu'ils soient capables de faire dans leurs pratiques.	<i>Objectif</i> : Observation de la performance dans le cadre des soins aux patients; dossiers des patients; bases de données administratives.  <i>Subjectif</i> : Autoévaluation de la pratique; intention de changer.	<i>Objectif</i> Après une intervention de DPC, les médecins démontrent qu'il y a eu réduction de la prescription d'opiacés chez 15 de leurs patients.  <i>Subjectif</i> Après une activité de DPC axée sur la prescription d'opiacés, les médecins remplissent une mesure après six mois pour démontrer les changements <b>signalés</b> dans leur pratique clinique. L'outil s'intitule « Outil d'engagement au changement » ( <i>Commitment To Change Tool</i> ).

69 Billett S. 2009. Conceptualizing learning experiences: contributions and mediations of the social, personal, and brute. *Mind Cult Act.* 16:32–47

NIVEAUX/Résultats	Description	Source de données : Mesures	Exemples
Santé du patient <b>Niveau 6</b>	Le degré auquel l'état de santé des patients s'améliore grâce à des changements dans le comportement des participants en matière de pratique.	<p><i>Objectif</i> : Les mesures de l'état de santé enregistrées dans les dossiers des patients ou dans les bases de données administratives.</p> <p><i>Subjectif</i> : La déclaration par le patient de son état de santé.</p>	<p><i>Objectif</i> En utilisant les dossiers médicaux électroniques, les preuves montrent une réduction de l'hémoglobine A1c dans un intervalle de 6,5 à 7,0<sup>70</sup>. Voir autres exemples<sup>71,72</sup>.</p>
Santé de la communauté <b>Niveau 7</b>	Le degré auquel l'état de santé d'une population de patients s'améliore grâce à des changements dans le comportement des participants en matière de pratique.	<p><i>Objectif</i> : Données et rapports épidémiologiques.</p> <p><i>Subjectif</i> : Autoévaluation par la communauté.</p>	<p><i>Objectif</i> Le taux de mortalité infantile et le nombre de décès survenus chez des enfants de moins d'un an au cours d'une année, divisés par le nombre de naissances vivantes au cours de la même année, multiplié par 1,000<sup>73</sup>.</p> <p><i>Subjectif</i> Après l'intervention d'apprentissage, le pourcentage a diminué à 42 %, ce qui était encore supérieur au résultat souhaité de 40 %. Cela signifie que l'écart entre l'état de santé des patients atteints de DT2 n'a pas été complètement réduit.</p>

70 Buse, J. B., Bigger, J. T., Byington, R. P., Cooper, L. S., Cushman, W. C., Friedewald, W. T., Genuth, S., Gerstein, H. C., Ginsberg, H. N., Goff, D. C., Jr, Grimm, R. H., Jr, Margolis, K. L., Probstfield, J. L., Simons-Morton, D. G., & Sullivan, M. D. (2007). Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) trial: design and methods. *The American journal of cardiology*, 99(12A), 21i–33i. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2007.03.003>

71 Cervero, S. et al. Effect of Continuing professional development on health professionals' performances and patient outcomes: a scoping review of knowledge syntheses. *Academic Medicine* vol 96, (6) June 2021

72 Cervero RM, Gaines JK. The Impact of CME on Physician Performance and Patient Health Outcomes: An Updated Synthesis of Systematic Reviews. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2015;35(2):131-8.

73 AFMC Notions de santé des populations – Un cybermanuel sur les concepts de santé publique à l'usage des cliniciens. <https://phprimer.afmc.ca/fr/partie-ii/chapitre-6/>

## **CHAPITRE 3**

# **LES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION DE L'EXERCICE RECONNUES**



Pour toutes ces raisons, les choix d'activités d'apprentissage du médecin peuvent être biaisés et ne pas correspondre à ses véritables besoins [*se référer à la section sur L'étude des besoins*]. Les activités d'évaluation de l'exercice viennent compenser ces facteurs. Quand un médecin soumet sa pratique à une activité d'évaluation, il analyse des données sur sa pratique, les compare à des standards de pratique et obtient une rétroaction extérieure. Il vérifie ainsi s'il est requis de modifier sa pratique afin de maintenir un niveau adéquat pour l'aspect précis évalué. Des activités de formation ou des ajustements sont alors mis en place pour y arriver.

Au-delà des crédits ou heures accumulés, les effets d'une telle démarche visent notamment l'amélioration des soins aux patients et une plus grande satisfaction au travail.

## Termes et définitions des activités d'évaluation de l'exercice

L'évaluation de l'exercice chez un médecin est un concept encore mal défini tant au niveau théorique que pratique. Bien que la littérature abonde sur le sujet, elle reste hétérogène entourant la description et l'application des activités d'évaluation. Il importe de comprendre ce concept dans ce qu'il est et ce qu'il n'est pas afin de planifier l'organisation de telles activités.

### Concept en développement

L'abondance des écrits traitant de l'évaluation dans le cadre du DPC chez les médecins reflète l'importance que les sociétés savantes, les autorités réglementaires et la communauté scientifique y accordent. La littérature présente toutefois différentes visions ou conceptualisations de l'évaluation au travers d'une multitude de termes et d'interprétations. Dans le premier règlement du CMQ, les AEE ne sont pas définies. De plus, au moment de sa publication, il ne semblait pas exister de définition reconnue concernant ces activités ni de modalité précise pour les classer ou les reconnaître.

Au Canada, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), principales parties prenantes du DPC chez les médecins dans les autres provinces canadiennes, présentent des différences quant à la description du concept d'activité d'évaluation et aux activités actuellement reconnues.

Le CRMCC définit une activité d'évaluation comme des « Activités qui offrent aux médecins ou aux équipes de la santé des **données** et des **rétroactions** afin de faciliter **l'évaluation des besoins** dans les domaines de la connaissance, de l'aptitude, de la compétence et du rendement »<sup>79</sup>. Quant au CMFC, il définit une activité d'évaluation comme des « Activités qui **stimulent l'apprentissage** par le biais de **l'analyse de données** et **l'élaboration de commentaires** sur une personne ou un groupe (p. ex., vérification de la pratique); l'évaluation du matériel d'apprentissage peut également faire partie de cette catégorie »<sup>80</sup>. Les concepts clés partagés entre ces définitions ont été mis en évidence. Pour une liste exhaustive des activités reconnues comme AEE par chaque organisme, canadien ou québécois, il est suggéré de consulter chaque site respectif.

Dans le premier règlement du CMQ sur la formation continue des médecins, on retrouve un tableau synthèse incluant toutes les activités d'évaluation de l'exercice reconnues pour les médecins pratiquant au Québec. On y retrouve notamment les activités de simulation, d'évaluation des connaissances, d'évaluation de l'acte, d'évaluation annuelle du rendement, d'évaluation 360 degrés, etc. Le CMQ ajoute qu'il reconnaîtra « toute

79 Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Guide sommaire du Maintien du certificat. 29 mai 2019] ; Disponible sur : <http://www.royalcollege.ca/>

80 Collège des médecins de famille du Canada. Manuel Mainpro+ Un engagement soutenu envers l'apprentissage permanent. 2017 18 février 2019] ; disponible au <https://www.cfpc.ca/fr/home>

Pour le Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM), le développement professionnel continu consiste en toute démarche d'un médecin dans le but d'acquérir, de maintenir ou de parfaire ses connaissances, habiletés ou attitudes. Le développement professionnel continu (DPC) consiste en une action individuelle ou collective, basée sur un besoin ou un intérêt, qui s'inscrit dans le cycle des apprentissages et qui vise à améliorer la qualité des soins offerts à la population. Le DPC inclut l'éducation médicale continue, c'est-à-dire la formation professionnelle portant sur le cadre des compétences CanMEDS, mais également l'évaluation de l'exercice de la profession. Ce dernier concept a connu une importance grandissante dans les deux dernières décennies, mais demeure relativement récent. Bien que l'évaluation de l'exercice fasse maintenant partie intégrante du DPC chez la majorité des médecins au Québec, ses bases et ses applications demeurent en constante évolution.

## Place des activités d'évaluation de l'exercice en développement professionnel continu

Le Collège des médecins du Québec (CMQ), organisme régissant l'exercice professionnel des médecins au Québec, a mis en place son premier règlement sur la formation continue des médecins depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019. Dans ce premier règlement, tous les médecins du Québec ayant un statut de membre actif, peu importe leur spécialisation et peu importe leur champ de pratique, doivent se soumettre à ces nouvelles exigences et réaliser un minimum de 250 heures d'activités de DPC par cycle de cinq ans, incluant l'obligation d'un minimum de 10 heures d'activités d'évaluation de l'exercice (AEE). L'élaboration et la réalisation d'AEE représentent des outils importants pour le DPC des médecins. Les AEE s'inscrivent dans une tendance voulant que chaque médecin évalue son exercice comme base décisionnelle afin d'orienter son DPC et vérifier les répercussions dans sa pratique, le tout menant ultimement à de meilleurs soins.

Sans DPC et sans moment d'évaluation, les changements à la pratique médicale font en sorte que la performance diminue<sup>74</sup>. L'évolution des connaissances et des pratiques en médecine est une cause du changement dans les performances. Les conditions nécessaires afin qu'un médecin maintienne un niveau élevé de performance, lorsque les tâches sont complexes et ont une part d'incertitude, en sont une autre. La pratique d'un médecin peut également évoluer et inclure des tâches administratives, de recherche ou d'enseignement.

Plusieurs études se sont penchées sur la validité de l'autoévaluation par les médecins et ces études en arrivent à une conclusion: les médecins ont une faible habileté à s'évaluer précisément, lorsque comparés à des mesures objectives<sup>75,76,77</sup>. Par ailleurs, le rapport sommaire sur le projet *AEMC-DPC* paru en 2018 et portant sur les orientations du DPC au Canada<sup>78</sup> décrit qu'à l'heure actuelle, l'apprentissage des médecins est principalement axé sur leurs intérêts personnels et les besoins ressentis.

---

74 Handfield-Jones, R. S., et al., *Linking assessment to learning: a new route to quality assurance in medical practice*. Med Educ, 2002. 36(10): p. 949-58

75 Eva, K.W. and G. Regehr, *Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda*. Acad Med, 2005. 80(10 Suppl): p. S 46-54.

76 Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. JAMA. 2006 Sep 6;296(9): 1094-102. doi: 10.1001/jama.296.9.1094. PMID: 16954489.

77 Violato, C., Lockyer, J. Self and Peer Assessment of Pediatricians, Psychiatrists and Medicine Specialists: Implications for Self-Directed Learning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 11, 235-244 (2006).

78 Campbell et Sisler, *LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES MÉDECINS AU CANADA : UNE NOUVELLE ORIENTATION - RAPPORT SOMMAIRE SUR LE PROJET AEMC-DPC*. 2018. 24 p.

autre activité définie par un organisme agréé », c'est-à-dire l'un des huit organismes agréés par le CMQ au Québec, sans toutefois préciser les critères d'accréditation<sup>81</sup>.

Il importe donc d'élaborer une façon objective et bien définie permettant de reconnaître et de préciser les modalités d'application des AEE.

## Différence entre une activité d'évaluation et l'évaluation d'une activité de formation

L'évaluation d'une activité de formation jette un regard critique sur l'activité en question et ses retombées [se référer à la section *L'évaluation d'une activité ou d'un programme de DPC*]. Une activité d'évaluation de l'exercice, quant à elle, est une activité de développement professionnel structurée qui porte un regard critique sur les aptitudes, connaissances ou compétences du médecin pour lui permettre d'évaluer des besoins d'apprentissage ou d'ajustements à la pratique dans une visée d'amélioration des compétences et des soins aux patients.

La différence entre une activité d'évaluation et l'évaluation d'une activité de formation revient en quelque sorte à la différence entre « l'évaluation des apprentissages » et « l'évaluation pour l'apprentissage ». Ainsi, même si l'évaluation permet de déterminer les connaissances ou les compétences apprises à la suite d'une activité, cette démarche à elle seule ne constitue pas une AEE. Toutefois, si un test de connaissances, formatif ou normatif, s'inscrit dans une démarche complète d'évaluation de la pratique, il pourra en faire partie intégrante. Les autres étapes nécessaires à la reconnaissance de l'activité sont définies ci-dessous.

## Organisation et reconnaissance d'une activité d'évaluation de l'exercice

Il est possible, pour un médecin, un groupe de médecins ou autre organisme impliqué en DPC, de concevoir et d'organiser une nouvelle activité d'évaluation de l'exercice. Pour la créer ou la faire reconnaître, le Cadre d'activité d'évaluation de l'exercice de St-Jacques et Coll. peut être utilisé (figure 7). Ce cadre offre des caractéristiques opérationnelles de reconnaissance et est basé sur le modèle d'amélioration continue proposé par la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC) présenté à la figure 6.

Il est important de noter que tout comme la démarche d'accréditation d'une activité de DPC, l'organisateur d'une AEE devra soumettre sa demande à l'un des organismes agréés par le CMQ afin d'obtenir la reconnaissance officielle des heures d'AEE. La décision finale de reconnaître une AEE revient à l'organisme sollicité. La plupart des organismes agréés ont également mis à la disposition de leurs membres des activités structurées, clés en main qui répondent aux normes de reconnaissances ci-dessous.

## Modèle d'amélioration continue de la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC)

En 2016, la FOMC propose un cycle intitulé *Amélioration de l'exercice médical (AEM)*<sup>82</sup> qui s'inspire en partie du cycle de l'apprentissage selon Kolb<sup>83</sup> et de la théorie du *Self directed learning* de Knowles<sup>84</sup>.

Afin que les choix de formation répondent aux véritables besoins d'un médecin et que le plan de formation favorise de réels changements de la pratique menant à de meilleurs soins, cinq étapes sont proposées aux

81 CMQ, *Les obligations des médecins en matière de formation continue*, D. d.l. a.d. l'exercice, Editor. 2018. p. 26.

82 FOMC, *Amélioration de l'exercice médical*. 2016, Fédération des ordres des médecins du Canada p. 9.

83 Kolb, D. A., *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. 1984, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-hall.

84 Knowles, M.S., *Self-directed learning: A guide for learners and teachers*. 1975, New York, NY : Cambridge, the Adult Education Compagny.

médecins dans le cadre de leur DPC. Elles forment un cycle qui commence par la compréhension de sa pratique puis l'évaluation de celle-ci en vue d'évaluer des besoins d'apprentissage. Le cycle se termine en évaluant les résultats, pour ensuite recommencer (Figure 6). Le système d'AEM repose sur l'hypothèse que chaque médecin a des besoins d'apprentissage qui lui sont propres et qui sont largement déterminés par la nature de sa pratique [voir la section *L'étude des besoins*].

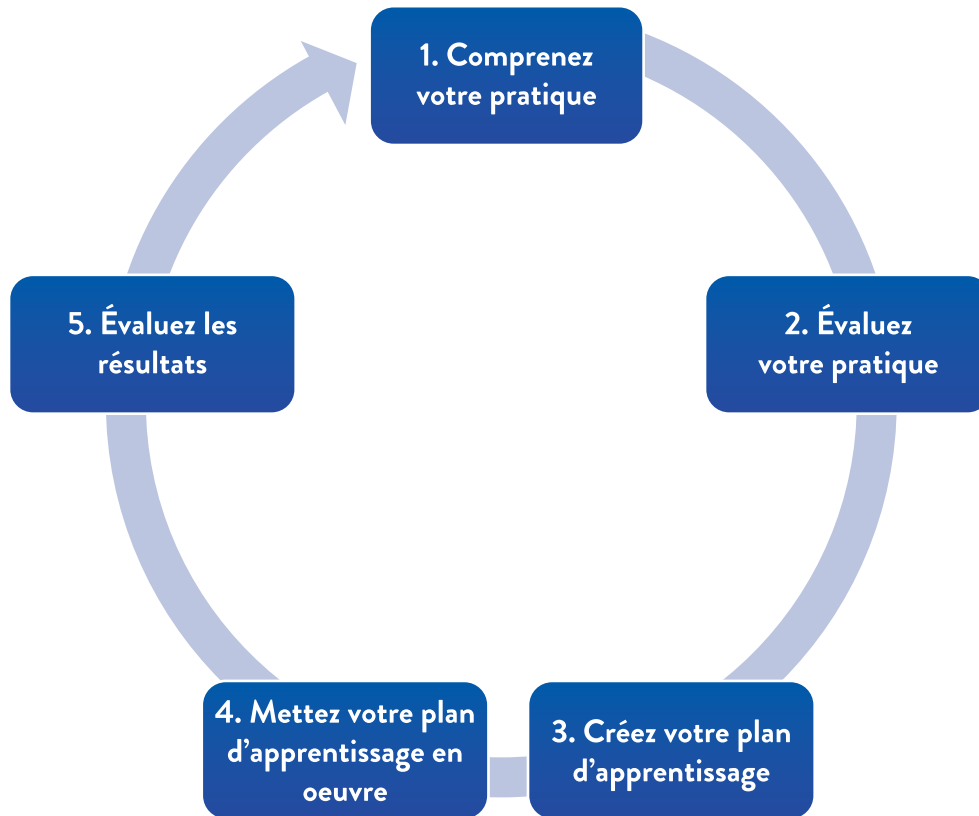


Figure 6. Modèle de l'amélioration de l'exercice médical (FOMC, 2016) \*

\*Reproduite et adaptée avec la permission de la FOMC

En 2019, neuf organismes agréés membres du CQDPCM ont participé à un projet de recherche menant à l'élaboration du Cadre d'activité d'évaluation de l'exercice de St-Jacques et Coll.<sup>85</sup>. Cette étude s'est déroulée en deux parties consécutives. La première, une recension des écrits, a permis de déterminer les caractéristiques d'une AEE et de les organiser en fonction du modèle d'AEM de la FOMC. La seconde partie, une étude de validation de contenu de type Delphi modifié à trois tours, a permis de valider la pertinence de ces caractéristiques pour la reconnaissance d'une AEE.

Tel que présenté à la figure 7, le cadre final propose la reconnaissance d'une AEE en deux temps. Les étapes 1 à 3 sont essentielles alors que les étapes 4 et 5 sont complémentaires et optionnelles.

## Étapes essentielles à la reconnaissance d'une activité d'évaluation de l'exercice

Les trois premières étapes de ce cycle ont été retenues comme essentielles afin de reconnaître une AEE autogérée par les médecins. De ces trois étapes, seule la caractéristique N (s'engager face au plan établi) n'a pas atteint les seuils de validité de contenu et n'a pas été considérée comme essentielle.

Le tableau 9 présente chacune de ces caractéristiques (A à M) dans une forme longue accompagnée d'une description opérationnelle afin de faciliter son interprétation et son application.

## Étapes complémentaires (mais optionnelles)

Il existe également des visions différentes sur l'étendue d'une activité d'évaluation. Compléter les étapes 4 et 5 permet une réévaluation servant comme mesure d'assurance qualité dans le processus de DPC. Bien que compléter les cinq étapes puisse être bénéfique, pour la majorité des organismes agréés membres du CQDPCM, les étapes 4 et 5 représentent des étapes optionnelles, mais non essentielles à la reconnaissance d'une activité d'évaluation.

La possibilité de reconnaître, au besoin, l'étape 5 représente toutefois un « bonus » pour tout médecin ou organisateur qui souhaite pousser plus loin l'application d'une AEE. Avec ce cadre de reconnaissance en deux temps, il est possible de reconnaître des heures en remplissant les exigences des étapes 1 à 3 puis, pour les médecins intéressés, d'obtenir la reconnaissance d'heures additionnelles en complétant un processus de « réévaluation » jusqu'à la fin de l'étape 5. Bien qu'optionnelle, la valeur ajoutée de l'étape 5 est indéniable et permet au médecin de juger de l'efficacité et des retombées de sa démarche.

En somme, l'étape 5 permet quant à elle d'évaluer l'atteinte des objectifs d'apprentissage ou d'ajustements fixés. Cette stratégie d'évaluation des résultats inclut la sélection d'indicateurs de réussite qui peuvent être identiques aux types de mesures déjà identifiées, venir de la même source et utiliser la même méthode ou le même outil déjà employé.

L'étape 5 (Évaluer les résultats) consiste donc à :

- Recueillir le même type de données sur la pratique du médecin ou de l'équipe de soins.
- Autoévaluer l'atteinte des objectifs fixés, la pertinence des activités d'apprentissage ou autres mesures d'ajustement mis en place et, finalement, autoévaluer l'impact des obstacles et des difficultés rencontrés.
- Réfléchir sur d'autres domaines de changements, de réévaluations ou d'interventions qui ont été identifiés durant tout le processus et qui pourraient faire l'objet d'une autre activité d'évaluation de l'exercice.

Comme pour les étapes 1 à 3, il revient à l'organisme accréditeur de reconnaître l'étape 5 ainsi que les heures reconnues accordées.

## Reconnaissance du temps consacré à une activité d'évaluation de l'exercice

Le temps consacré à une AEE peut être reconnu comme des heures d'évaluation de l'exercice telles qu'exigées dans le règlement sur la formation continue des médecins du CMQ. Il importe toutefois de distinguer ce qui est généralement reconnu ou non au sein d'une activité d'évaluation de l'exercice.

Pour un médecin participant à une AEE, le temps reconnu est généralement celui consacré à définir et examiner les données sur sa pratique ou sur celles de son groupe de même qu'à y réfléchir, c'est-à-dire :

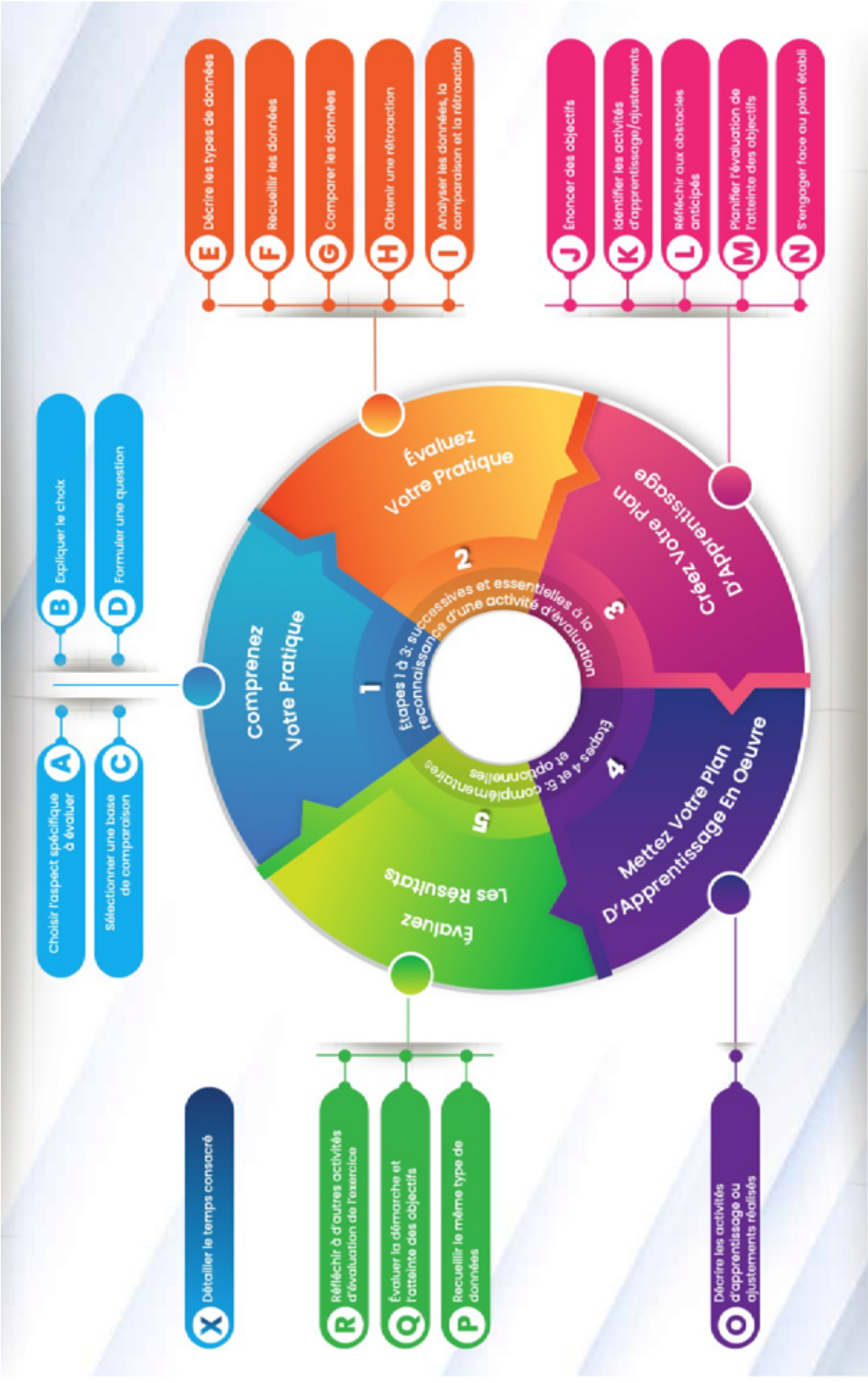


Figure 7. Cadre d'activité d'évaluation de l'exercice de St-Jacques et Coll. (St-Jacques, 2022)

- Le temps consacré à élaborer la question spécifique à laquelle il sera possible de répondre au terme de l'activité.
- Le temps consacré à déterminer les indicateurs de qualité ou les comparateurs de performance.
- Le temps consacré à la rétroaction.
- Le temps consacré à l'analyse des données et à leur comparaison.
- Le temps consacré à élaborer son plan d'apprentissage, c'est-à-dire :
  - ◇ Le temps consacré à l'évaluation des besoins d'apprentissage ou d'ajustements.
  - ◇ Le temps consacré à déterminer les stratégies d'apprentissage ou les stratégies liées aux ajustements à la pratique.

En général, le temps consacré à la cueillette de données n'est pas reconnu dans les heures dédiées à une activité d'évaluation. Les activités d'apprentissage mises en œuvre à l'étape 4 pourront quant à elles être reconnues comme des activités de développement professionnel et être comptabilisées dans les heures exigées par le CMQ, mais en fonction de la catégorie d'activité auxquelles elles appartiennent. Le temps reconnu sera déterminé avec l'organisme agréé responsable de la reconnaissance. Il est ainsi suggéré de consulter un des organismes agréés durant l'élaboration d'une AEE.

### **Considération pratique et critères d'applicabilité**

Avant de soumettre sa demande à un organisme agréé, l'organisateur d'une AEE doit s'assurer que celle-ci s'inscrit dans le champ de pratique du médecin qui y participe. Une activité peut se tenir sur une base individuelle ou en groupe, mais dans les deux cas une implication personnalisée et documentée est nécessaire lors des étapes d'évaluation, de rétroaction, de réflexion et de mise en place des mesures d'ajustement. Pour les activités de groupe, il revient donc à l'organisateur de DPC de s'assurer de l'opportunité d'implication de chacun des participants et de la possibilité de colliger et conserver les résultats de leur évaluation et de la rétroaction obtenue. Pour que l'activité d'évaluation soit perçue comme constructive, l'organisateur doit prioriser un environnement d'apprentissage sécuritaire, sans jugement où les interactions entre pairs sont valorisées et soutenues. Il est souhaitable qu'un outil réflexif soit fourni pour permettre au participant de documenter l'analyse et les ajustements de pratique proposés au terme de l'activité.

## Exemples d'organisation et reconnaissance d'activités d'évaluation de l'exercice

Le tableau 10 synthétise quelques exemples d'activités d'évaluation de l'exercice en y décrivant les étapes à suivre. Sans se limiter à ces exemples, l'organisateur de DPC peut s'en inspirer pour créer ses propres activités. Le tableau 11 présente quatre scénarios d'activités d'évaluation de l'exercice. Chacun s'accompagne des différentes étapes rencontrées. Encore une fois, ces scénarios sont à titre d'exemple et l'organisateur de DPC peut ou non s'en inspirer.

La figure 8 propose une fiche simplifiée permettant de vérifier si les caractéristiques essentielles d'une AEE sont rencontrées. Cette fiche peut servir de canevas à l'élaboration d'AEE.

Caractéristiques	Caractéristiques rencontrées ?
<b>Étape 1 : Comprenez votre pratique</b>	
A. Choisir l'aspect spécifique à évaluer	
B. Expliquer le choix	
C. Sélectionner une base de comparaison	
D. Formuler une question	
<b>Étape 2 : Évaluez votre pratique</b>	
E. Décrire les types de données	
F. Recueillir les données	
G. Comparer les données	
H. Obtenir une rétroaction	
I. Analyser les données, la comparaison et la rétroaction	
<b>Étape 3 : Créez votre plan d'apprentissage</b>	
J. Énoncer des objectifs	
K. Identifier les activités d'apprentissage/ajustements	
L. Réfléchir aux obstacles anticipés	
M. Planifier l'évaluation de l'atteinte des objectifs	

Figure 8. Fiche d'élaboration d'une activité d'évaluation de l'exercice (élaborée à partir du Cadre d'activité d'évaluation de l'exercice de St-Jacques et Coll.)

### Conclusion

Le cadre réglementaire entourant les activités d'évaluation de l'exercice a permis de propulser, de décrire et d'intégrer de façon durable ces activités au cœur de la pratique du médecin. Plusieurs outils sont maintenant disponibles et peuvent aisément s'arrimer aux stratégies d'apprentissage du clinicien et à sa pratique courante. Il est maintenant possible pour le médecin et pour les organisateurs de DPC d'élaborer et de mettre en œuvre des activités d'évaluation de l'exercice touchant toutes les sphères de la pratique d'un médecin, au-delà du volet clinique, incluant maintenant l'enseignement, la recherche et les tâches administratives. Ces activités d'évaluation de l'exercice comportent notamment des données sur la pratique, une base de comparaison, une rétroaction et un plan d'apprentissage. Avec ces éléments en main, il est possible d'imaginer et créer une variété d'activités qui permettront de soutenir le médecin dans son approche réflexive avec le but d'améliorer sa performance et ultimement la qualité des soins au patient.

Tableau 9. Caractéristiques essentielles à la reconnaissance d'une activité d'évaluation de l'exercice : forme longue et description opérationnelle

Caractéristiques	Descriptions opérationnelles
<b>Étape 1 - Comprendre sa pratique</b>	
Choisir un aspect spécifique à évaluer (A)	<i>Cet aspect peut porter sur des connaissances, des raisonnements, des comportements, des habiletés, des compétences, des issues cliniques, etc.</i>
Expliquer le choix (B)	<i>Caractéristique souvent intrinsèque. Au besoin, pour guider et expliquer le choix de l'aspect à évaluer, il est possible de s'appuyer sur les critères suivants : il s'agit d'un sujet prévalent, observable, mesurable, avec une littérature disponible, avec un potentiel d'amélioration, lié à un changement récent dans les pratiques, etc.</i>
Sélectionner une base de comparaison (C)	<i>Une base de comparaison peut inclure : Des indicateurs de qualité ou des comparateurs de performance tirés de la littérature, ou provenant de la comparaison avec d'autres médecins ou groupes de médecins ; Des mesures de rendement qui ont été examinées ou validées pour une spécialité ; Des normes professionnelles de soins ou guides de pratique.</i>
Formuler une question (D)	<i>Formuler une question spécifique à laquelle il sera possible de répondre au terme de l'analyse des données et/ou de la rétroaction recueillies. La question peut inclure : La population visée ; Les aspects de l'exercice qui seront évalués ; Les mesures qui seront faites de ces aspects.</i>
<b>Étape 2 - Évaluer sa pratique</b>	
Décrire les types de données (E)	<i>Décrire les types de données qui seront recueillies sur la pratique du médecin, du groupe de médecins ou de l'équipe de soins. Lorsqu'applicable, décrire la source, la méthode et/ou l'outil utilisé.</i>  <i>Une donnée est une mesure qualitative et/ou quantitative. Une quantité peut être un coût, un temps, un score de satisfaction, etc. Une qualité peut être, par exemple, un niveau d'appréciation sous forme d'un énoncé. Les données peuvent être recueillies par questionnaire, par revue de dossiers, par observation directe ou indirecte, etc. Les données peuvent provenir de tous les aspects de l'exercice du médecin. Les données quantitatives sont souvent présentées sous forme d'unité, de proportion, de ratio ou de taux. Les données qualitatives prennent la forme de mots ou d'énoncés. Une grille d'évaluation peut aussi lier des énoncés à un score quantitatif présentant alors des données mixtes.</i>  <i>Exemples de données quantitatives : résultats à un examen sur les connaissances, temps moyen pour la durée d'une chirurgie, nombre de patients rencontrés par demi-journée, etc.</i>  <i>Exemples de données qualitatives : appréciation globale de l'utilisation des instruments en chirurgie laparoscopique, appréciation de la remise d'une mauvaise nouvelle (globalement ou spécifiquement sur un élément en particulier, etc.).</i>  <i>Exemples de données mixtes : grille d'évaluation séparant les niveaux débutant, intermédiaire et expert, incluant un score pour chaque niveau. (p. ex. : Formulaire d'évaluation structurée objective des compétences techniques [OSATS] [Martin et coll. Objective structures assessment of technical skill (OSATS) for surgical residents. Br J Surg. 1997 Feb;84 (2) : 273-8].</i>
Recueillir et comparer les données [F et G]	<i>Recueillir les données puis les comparer à la base de comparaison initialement sélectionnée.</i>

Caractéristiques	Descriptions opérationnelles
Obtenir une rétroaction [H]	<i>Obtenir une forme de rétroaction, individuelle ou en groupe, en personne ou par écrit, auprès de collègues, de pairs ou de mentors, afin de tirer des conclusions sur les données et leur comparaison.</i>
Analyser les données, la comparaison et la rétroaction [I]	<i>Analyser les données, leur comparaison et la rétroaction obtenue, idéalement accompagnées d'un outil de réflexion, afin de déterminer et de rapporter : Les connaissances, habiletés, attitudes ou compétences qui sont et ne sont pas à jour par rapport aux données probantes actuelles ; Toute autre possibilité d'ajustement.</i>
<b>Étape 3 - Créer son plan d'apprentissage</b>	
Énoncer des objectifs [J]	<i>Énoncer des objectifs d'apprentissage ou d'ajustement, à atteindre au cours des 3 à 6 prochains mois, lorsque la réflexion a permis d'évaluer une ou des possibilités d'amélioration ou d'ajustement.</i>
Déterminer les activités d'apprentissage/ajustements [K]	<i>Déterminer les activités d'apprentissage ou autres mesures d'ajustement qui permettront d'atteindre les objectifs.</i>
Réfléchir aux obstacles et facilitateurs anticipés [L]	<i>Réfléchir sur les principaux défis, obstacles ou difficultés anticipés de même que sur les facilitateurs qui exerceront une influence sur l'atteinte des objectifs.</i>
Planifier l'évaluation de l'atteinte des objectifs [M]	<i>Planifier une stratégie permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs d'apprentissage ou d'ajustement fixés. Les indicateurs de réussite choisis peuvent être identiques aux types de mesures déjà identifiées, venir de la même source, utiliser la même méthode ou le même outil.</i>

Tableau 10. Exemples d'application des caractéristiques d'une activité d'évaluation de l'exercice pour différentes formes d'activité

Exemples d'AEE : simulation, évaluation des connaissances, évaluation de l'acte par critères implicites [type Morbidité et Mortalité], évaluation de l'acte par critères explicites, évaluation de l'enseignement, évaluation de type 360, activités de coaching, etc.

Simulation	Évaluation des connaissances	Évaluation de l'acte par critères implicites [morbidité et mortalité]	Évaluation de l'acte par critères explicites	Évaluation de l'enseignement
<b>Étape 1 - Comprendre sa pratique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir un aspect pertinent à évaluer</li> <li>• Sélectionner une base de comparaison</li> <li>• Formuler une question</li> </ul>				
<p>Évaluation d'un geste technique, évaluation de la gestion d'une situation clinique complexe, etc.</p> <p>Grille d'évaluation validée disponible ou grille de critères élaborés par le moniteur selon la littérature disponible et les données probantes.</p> <p>Quelle est la performance du participant dans cette situation rare, mais complexe?</p>	<p>Évaluation des connaissances sur un champ de la pratique médicale.</p> <p>Questionnaire dont les réponses sont issues des données de la littérature, des données probantes ou des pratiques reconnues d'experts.</p> <p>Quel est le niveau de connaissance actuel du participant sur ce sujet?</p>	<p>Évaluation de la performance clinique en analysant des dossiers. Sélection selon des critères précis préétablis [par exemple ceux liés à des issues défavorables].</p> <p>Comparaison de l'ensemble du dossier avec les pratiques professionnelles d'experts ou normes reconnues.</p> <p>Quel est le niveau de conformité?</p>	<p>Évaluation de la performance clinique en analysant un aspect précis de la pratique. Le sujet doit être simple; la littérature, claire et mesurable. L'aspect des soins abordé a le potentiel d'être amélioré.</p> <p>La base de comparaison est rédigée sous forme de critères de qualité tirés des lignes directrices, de standards de pratique ou de consensus d'experts.</p> <p>Quel est le niveau de performance?</p>	<p>Évaluation dans son rôle d'enseignant ou de conférencier incluant la qualité du matériel présenté, la qualité comme orateur, l'atteinte des objectifs, etc.</p> <p>La base de comparaison peut provenir d'un article lié aux meilleures pratiques pédagogiques ou encore d'une grille validée sur l'aspect à évaluer.</p> <p>Quels sont les forces et points à améliorer du présentateur?</p>
<b>Étape 2 - Évaluer sa pratique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrire les types de données</li> <li>• Recueillir et comparer les données</li> <li>• Obtenir une rétroaction</li> <li>• Analyser les données, la comparaison et la rétroaction</li> </ul>				

Simulation	Évaluation des connaissances	Évaluation de l'acte par critères implicites [morbidité et mortalité]	Évaluation de l'acte par critères explicites	Évaluation de l'enseignement
<p>Les données recueillies sont issues de l'évaluation directe par le moniteur des séquences selon la grille établie.</p> <p>Rétroaction par le moniteur sur le niveau de maîtrise technique ou de gestion du cas. Mise en lumière des écueils et des moyens d'y remédier.</p> <p>Analyse des résultats et mise en lumière des connaissances maîtrisées et à parfaire.</p>	<p>Les données recueillies sont les réponses aux questionnaires.</p> <p>La comparaison se fait avec le solutionnaire et, au besoin, avec les réponses des pairs.</p> <p>La rétroaction est issue de l'explication fournie pour chacune des bonnes et mauvaises réponses.</p> <p>L'analyse des écarts de pratique permet de souligner les connaissances maîtrisées et à parfaire.</p>	<p>Les données sont les informations inscrites au dossier ainsi que les explications du médecin, le cas échéant.</p> <p>La rétroaction du groupe bonifie l'analyse par l'expérience et l'expertise des participants.</p> <p>L'analyse permet de déterminer les divergences de pratique quant aux normes, la qualité de la documentation, etc.</p>	<p>Les données peuvent provenir du nombre de dossiers conformes ou non. Des critères de conformité sont établis pour chaque aspect évalué.</p> <p>La rétroaction peut se faire en groupe de médecins, lors d'une réunion, ce qui bonifie l'analyse.</p> <p>L'analyse des résultats commente la qualité des données, recherche les causes de non-conformité et permet d'établir les écarts de pratique.</p>	<p>Les données peuvent provenir de l'évaluation par les participants.</p> <p>La rétroaction peut se faire avec un pair, un mentor ou un membre de la faculté.</p> <p>La grille d'évaluation permet la collecte ainsi que la comparaison si la grille contient une description de chaque niveau.</p>

### Étape 3 - Créer son plan d'apprentissage

- Énoncer des objectifs
- Déterminer des activités d'apprentissage/ajustements
- Réfléchir aux obstacles et facilitateurs anticipés

<p>Plan d'action incluant par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation d'éléments à ajuster dans la pratique.</li> <li>• Révision des protocoles et du matériel utilisé.</li> <li>• Sélection d'activités d'apprentissage.</li> <li>• Plan de contournement des obstacles avec l'accompagnement par un pair.</li> </ul>	<p>Plan d'action incluant par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustement dans la pratique.</li> <li>• Planification de rencontres de discussion entre pairs.</li> <li>• Sélection de lectures.</li> <li>• Plan de contournement des obstacles.</li> </ul>	<p>Plan d'action incluant par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustement des protocoles locaux.</li> <li>• Ajustement des suivis.</li> <li>• Recadrage du rôle des membres de l'équipe.</li> <li>• Activités d'apprentissage.</li> <li>• Évaluation et plan de contournement des obstacles.</li> </ul>	<p>Plan d'action incluant par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommandations pour l'adhésion aux mesures d'ajustement choisies.</li> <li>• Plan de diffusion des changements de procédures ou de politiques.</li> <li>• Planification d'activités d'apprentissage collectives.</li> </ul>	<p>Plan d'action incluant par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesures d'ajustement des techniques pédagogiques ou de communication.</li> <li>• Formation supplémentaire en pédagogie, en communication ou en lien avec la matière transmise.</li> <li>• Plan de contournement des obstacles.</li> </ul>
--	--	---	---	--

Simulation	Évaluation des connaissances	Évaluation de l'acte par critères implicites [morbidité et mortalité]	Évaluation de l'acte par critères explicites	Évaluation de l'enseignement
<b>Étape 5 - Évaluer les résultats [optionnelle]</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recueillir le même type de données</li> <li>• Évaluer la démarche et l'atteinte des objectifs</li> <li>• Réfléchir à d'autres activités d'évaluation de l'exercice</li> </ul>				
Refaire l'atelier de simulation et comparer les résultats obtenus et ainsi permettre d'évaluer l'atteinte des objectifs mis en place dans le plan d'action et/ou le maintien des compétences initialement acquises.	Refaire l'examen des connaissances et comparer les résultats obtenus. Évaluer l'atteinte des objectifs mis en place dans le plan d'action.	Refaire l'étude de morbidité et mortalité et déterminer si les ajustements mis en place permettent de diminuer les issues défavorables analysées.	Le processus peut être repris ultérieurement, afin d'analyser l'évolution et l'amélioration des processus après une intervention.	Réévaluation à l'aide d'un questionnaire visant principalement les éléments travaillés pour évaluer l'atteinte des objectifs.

Tableau 11. Exemples d'organisation/reconnaissance d'activités d'évaluation de l'exercice

## 1) Activité de simulation

Caractéristiques	Exemples d'application
<b>Étape 1 - Comprendre sa pratique</b>	
Choisir l'aspect spécifique à évaluer	<i>Une équipe d'obstétriciens décide d'organiser localement une activité de simulation en réanimation néonatale.</i>
Expliquer le choix	<i>L'activité est offerte à tous ceux et celles qui travaillent en salle d'accouchement et vise à maintenir à jour la certification en réanimation néonatale habituellement nécessaire aux deux ans.</i>
Sélectionner une base de comparaison	<i>Les organisateurs décident d'utiliser la grille d'évaluation élaborée par la société reconnue offrant les lignes directrices en la matière. Il aurait été aussi possible d'élaborer une grille de critères selon la littérature disponible et les données probantes.</i>
Formuler une question	<i>Les organisateurs se demandent dans quelle mesure les équipes ont maintenu leurs performances face à ces situations rares, mais critiques et complexes.</i>
<b>Étape 2 - Évaluer sa pratique</b>	
Décrire les types de données	<i>L'activité de simulation impliquera une mise en situation pour chaque participant. Les données sont issues de l'évaluation par le moniteur. Un mannequin permettra d'évaluer le volet technique de la réanimation. Le scénario permettra d'évaluer la reconnaissance de la situation, la connaissance des algorithmes ainsi que la gestion du travail d'équipe.</i>
Recueillir et comparer les données	<i>Les organisateurs seront également les évaluateurs. Ils auront la tâche de donner les informations aux participants durant la simulation ainsi que noter, à même la grille d'évaluation, les étapes réalisées durant l'activité.</i>
Obtenir une rétroaction	<i>Pour donner suite à la mise en situation, l'évaluateur ainsi que les participants font un débriefing en soulignant les éléments réussis et corrigent certains éléments notés.</i>
Analyser les données, la comparaison et la rétroaction	<i>Les participants sont invités à évaluer, notamment, leurs connaissances et habiletés à jour ainsi que celles nécessitant un ajustement. Le moniteur offre également une rétroaction sur le niveau de maîtrise technique ou de gestion du cas et met en lumière des écueils et des moyens pour y remédier. La grille d'évaluation est laissée à chaque participant de même qu'un outil réflexif sur lequel chacun peut écrire.</i>

Étape 3 - Créer son plan d'apprentissage	
Énoncer des objectifs	<i>Certains participants ont énoncé et inscrit vouloir pratiquer à nouveau la séquence pour l'installation d'un cathéter ombilical. D'autres désirent refaire la simulation d'un « mégacode », prochainement, avec un pair.</i>
Déterminer les activités d'apprentissage/ajustements	<i>D'autres veulent relire les indications et la gestion de l'oxygène d'appoint chez le nouveau-né.</i>
Réfléchir aux obstacles et facilitateurs anticipés	<i>Afin d'assurer une pratique à court terme, certains participants ont planifié une rencontre entre eux quelques jours plus tard. Ils utiliseront un cordon prélevé lors d'un accouchement pour pratiquer la technique du cathéter. Les changements aux lignes directrices représentent une difficulté supplémentaire pour certains qui mentionnent que les gestes acquis étaient devenus des automatismes.</i>
Étape 5 - Évaluer les résultats	
Recueillir le même type de données	<i>Six mois après l'activité de formation, un rappel est offert à ceux intéressés. Chacun peut apporter sa grille d'évaluation initiale et refaire une simulation supervisée avec mannequin. Les nouvelles données sont comparées aux anciennes afin de vérifier le maintien des acquis et l'instauration des ajustements désirés.</i>
Évaluer la démarche et l'atteinte des objectifs	<i>Certains participants ont noté être moins à l'aise à cette seconde simulation. La rareté des véritables réanimations néonatales est soulignée par certains participants comme l'une des raisons.</i>

## 2) Activité d'évaluation des connaissances

Caractéristiques	Exemples d'application
Étape 1 - Comprendre sa pratique	
Choisir l'aspect spécifique à évaluer	<i>Un organisateur de DPC souhaite offrir une activité synthèse d'évaluation sur les connaissances acquises aux participants de son colloque sur le diabète.</i>
Expliquer le choix	<i>L'activité est offerte aux participants du colloque et le choix est guidé par la prévalence de la maladie, des nombreux changements aux lignes directrices et aux nouvelles classes de molécules disponibles.</i>
Sélectionner une base de comparaison	<i>Les organisateurs sollicitent chacun des conférenciers pour rédiger des questions à choix multiples reprenant les messages clés de leur conférence. Chacune des bonnes et mauvaises réponses comporte une explication basée sur les données probantes et les plus récentes lignes directrices.</i>
Formuler une question	<i>Le but pour chaque participant est de vérifier à quel point leurs connaissances sont à jour.</i>
Étape 2 - Évaluer sa pratique	
Décrire les types de données	<i>Les données recueillies sont issues d'une évaluation sommative sous forme de questionnaire comprenant 20 questions à choix multiples. Une note de passage est déterminée et le nombre d'essais permis est illimité.</i>
Recueillir et comparer les données	<i>Les organisateurs feront la compilation des résultats, analyseront la moyenne obtenue pour chacune des questions ainsi que le nombre d'essais requis. Chaque participant obtiendra sa note et celle obtenue par la moyenne de ses pairs.</i>
Obtenir une rétroaction	<i>Une explication est fournie pour chacun des choix de réponses du participant, bon ou mauvais. Ces rétroactions sont étayées des données probantes et le participant est également invité à retourner dans le cahier des présentations fourni pour mieux analyser ses erreurs. Un solutionnaire écrit et téléchargeable est disponible pour référence future.</i>
Analyser les données, la comparaison et la rétroaction	<i>À l'aide de questions ouvertes présentées à même le questionnaire, les participants sont invités à commenter leur résultat soit leur note, le nombre d'essais ainsi que la comparaison de leurs résultats avec la moyenne et les rétroactions fournies. Ils sont invités à mettre en lumière les connaissances maîtrisées ainsi que celles à parfaire.</i>

Étape 3 - Créer son plan d'apprentissage	
Énoncer des objectifs	<i>Parmi certains objectifs d'apprentissage notés par les participants, on retrouve : « Intégrer l'utilisation des iSGLT2 et des GLP1 chez les patients à risque cardio-rénal » et « Ajuster les cibles d'HBA1C en fonction des caractéristiques du patient ».</i>
Déterminer les activités d'apprentissage/ajustements	<i>Parmi les activités proposées par les participants, on peut lire les suivantes : « Relire les lignes directrices de Diabète Canada et ajouter les algorithmes de traitement dans mon DME ». « En collaboration avec l'infirmière de mon GMF, faire une revue de nos dossiers pour y retrouver les cibles d'HBA1C clairement inscrites au DME ». « Faire un atelier de discussion de cas avec mes collègues pour nos patients avec multiples maladies concomitantes ».</i>
Réfléchir aux obstacles et facilitateurs anticipés	<i>Le principal obstacle mentionné est la rapidité des changements des lignes directrices et des nouveaux traitements disponibles. Deux voies de contournements sont envisagées, dont un bulletin des nouvelles molécules disponibles fournies par le pharmacien du GMF à intervalle régulier ou un atelier accrédité « capsule pharmaco ».</i>
Étape 5 - Évaluer les résultats	
Recueillir le même type de données	<i>Six mois après l'activité de formation, les participants sont invités à répondre de nouveau au questionnaire. Les nouvelles données sont comparées aux anciennes afin de vérifier le maintien des acquis et les répercussions des ajustements instaurés.</i>
Évaluer la démarche et l'atteinte des objectifs	<i>Certains participants ont pu, à cette deuxième évaluation, déterminer que l'ajout des algorithmes au DME a permis l'intégration des connaissances de façon efficace. Toutefois certains défis persistent quant à l'indication et à l'utilisation des nouvelles molécules particulièrement les injectables.</i>
Réfléchir à d'autres activités d'évaluation de l'exercice	<i>Il serait pertinent d'effectuer une étude par critères explicites pour déterminer si les cibles d'HBA1C sont maintenant disponibles au dossier et concordent aux caractéristiques évolutives des patients.</i>

### 3) Activité de coaching par les pairs - Scénario 1

Caractéristiques	Exemples d'application
Étape 1 - Comprendre sa pratique	
Choisir l'aspect spécifique à évaluer	<i>Un médecin souhaite évaluer la prise en charge de ses patients atteints de traumatisme des extrémités (poignets-mains-chevilles-pieds).</i>
Expliquer le choix	<i>Des heures de SRV s'ajoutent à l'horaire du médecin et le plateau technique permet maintenant une immobilisation sur place avec attelles plâtrées et un partenariat avec l'équipe d'orthopédistes de la région. Un médecin possédant une expertise en locomoteur accepte d'accompagner le médecin dans la prise en charge de ses patients. Ils planifieront des quarts de travail jumelés au SRV.</i>
Sélectionner une base de comparaison	<i>Le médecin révisera avec le coach ses dix prochains cas de traumatisme des extrémités vus en SRV, immédiatement après la visite lorsque ceux-ci sont jumelés au SRV.</i>
Formuler une question	<i>La prise en charge des cas de traumatisme des extrémités au SRV est-elle effectuée selon les normes ?</i>

Étape 2 - Évaluer sa pratique	
Décrire les types de données	<i>Anamnèse-examen physique, diagnostic, immobilisation et orientation des patients ayant subi un traumatisme des extrémités.</i>
Recueillir et comparer les données	<i>Pour chacun des cas revus, le coach révise le dossier, retourne voir le patient avec le médecin si nécessaire et compare la conduite à tenir à ce qu'il considère comme un standard de pratique.</i>
Obtenir une rétroaction	<i>Le coach commente et bonifie la conduite du médecin. Il lui indique que son anamnèse est complète, mais que l'examen neurovasculaire doit être plus complet. Il suggère de pratiquer sa technique d'immobilisation du poignet et de revoir les indications d'orthèses dans les cas d'entorse du poignet.</i>
Analyser les données, la comparaison et la rétroaction	<i>À la lumière de cette rétroaction, le médecin détermine que son anamnèse est complète, que l'examen doit être bonifié, mais que le diagnostic différentiel est bien établi quoiqu'un peu large. Ses techniques d'immobilisation doivent être pratiquées, mais l'orientation en spécialité cible les bons patients. Les délais de suivi sont à modifier légèrement.</i>
Étape 3 - Créer son plan d'apprentissage	
Énoncer des objectifs	<i>Maitriser les techniques d'immobilisation du poignet. Prescrire une orthèse adaptée pour un traumatisme du poignet et de la main. Assurer un suivi dans un délai opportun.</i>
Déterminer les activités d'apprentissage/ajustements	<i>Séance de pratique d'immobilisation avec un collègue et l'infirmière du GMF. Télécharger une application de prise en charge des traumatismes des extrémités. Acquérir un manuel de référence pour la prescription d'orthèses en communiquant avec l'Ordre des orthésistes prothésistes du Québec.</i>
Réfléchir aux obstacles et facilitateurs anticipés	<i>La mise en place d'une séance de pratique avec les collègues sera peut-être difficile à organiser en dehors des heures d'ouverture de la clinique.</i>
Étape 5 - Évaluer les résultats	
Recueillir le même type de données	<i>9 mois plus tard, le coach accepte de revoir avec le médecin quelques dossiers que celui-ci a vus dans les deux derniers mois et en profite pour répondre à de nouvelles questions sur la prise en charge des traumatismes des extrémités.</i>
Évaluer la démarche et l'atteinte des objectifs	<i>Le coach constate que l'examen neurovasculaire est bien maîtrisé et que la technique des attelles du poignet s'est nettement améliorée. Certains suivis pourraient être mieux orchestrés, particulièrement pour les cas qui ont une évolution atypique.</i>
Réfléchir à d'autres activités d'évaluation de l'exercice	<i>Le médecin planifie de s'inscrire au prochain colloque sur l'appareil locomoteur où une demi-journée est consacrée aux cas de traumatismes des extrémités dont l'évolution est défavorable ou complexe.</i>

#### 4) Activité de coaching - Scénario 2

Caractéristiques	Exemples d'application
Étape 1 - Comprendre sa pratique	
Choisir l'aspect spécifique à évaluer	<i>Un médecin occupe des fonctions de chef de département depuis un an et souhaite évaluer et faire progresser cette portion de sa pratique.</i>
Expliquer le choix	<i>En termes d'heures, il dévoue à cette tâche presque une journée par semaine. Les dossiers sont complexes et il désire une relation d'accompagnement structurée afin de l'aider à évaluer les comportements et schémas de pensées qu'il fait automatiquement.</i>
Sélectionner une base de comparaison	<i>Il décide donc de prendre les services d'une coach professionnelle certifiée et spécialisée en gestion. Celle-ci connaît bien les rôles d'un gestionnaire et apportera des pistes afin de remplacer certaines façons de faire.</i>
Formuler une question	<i>Lors de leur première rencontre, le médecin identifie son objectif : celui d'améliorer ses compétences comme chef de département, surtout dans le volet gestion. Le coach aide le médecin à préciser son objectif et à établir les indicateurs de qualité.</i>

<b>Étape 2 - Évaluer sa pratique</b>	
Décrire les types de données	<i>Lors de leurs rencontres, les discussions portent sur les dossiers administratifs qu'ils gèrent actuellement. Le coach aide le médecin à déterminer ses obstacles, ses défis et ses succès antérieurs en gestion.</i>
Recueillir et comparer les données	<i>Elle le questionne sur les différents volets de gestion liés à ces dossiers. Elle le dirige également vers des questionnaires validés afin de déterminer son profil de gestion.</i>
Obtenir une rétroaction	<i>La rétroaction du coach est verbale et immédiate tout au long du cheminement.</i>
Analyser les données, la comparaison et la rétroaction	<i>Ce médecin note les commentaires de sa coach ainsi que les réflexions que ceux-ci amènent. Lors de la rencontre suivante, tous les deux en discutent afin de tirer le maximum de cette analyse aux bénéfices du médecin.</i>
<b>Étape 3 - Créer son plan d'apprentissage</b>	
Énoncer des objectifs	<i>Trois axes de gestion sont identifiés et priorisés.</i>
Déterminer les activités d'apprentissage/ajustements	<i>Pour chacun des axes, une rencontre spécifique aura lieu entre le médecin et sa coach afin d'évaluer des pistes de développement.</i>
Réfléchir aux obstacles et facilitateurs anticipés	<i>Le médecin partage ses difficultés et fait un retour spécifique à ce sujet, avec sa coach, lors des séances subséquentes.</i>
<b>Étape 5 - Évaluer les résultats</b>	
Recueillir le même type de données	<i>Tout au long du processus, le médecin a conservé les traces de ses réflexions. On retrouve dans ses notes, les tenants et aboutissants des dossiers sur lesquels ils s'étaient basés initialement afin d'évaluer la pratique en gestion. Les résultats de ses questionnaires validés sur son style de gestion se retrouvent également dans sa documentation. Neuf mois plus tard, une rencontre spéciale est organisée entre le médecin et la coach. Le médecin présente les dossiers administratifs qu'il traite actuellement. Basé sur les trois axes de développement visés, le médecin tente d'évaluer les différences entre la gestion des dossiers avant et après leur relation de coaching.</i>
Évaluer la démarche et l'atteinte des objectifs	<i>La coach constate également la progression et fournit une rétroaction sur la démarche globale.</i>
Réfléchir à d'autres activités d'évaluation de l'exercice	<i>Tous deux établissent un nouvel ordre de priorité dans les axes de gestion à développer bien que le médecin se trouve maintenant beaucoup mieux outillé, à mi-chemin dans son mandat comme chef de département. Le médecin planifie s'inscrire au prochain colloque portant sur les médecins gestionnaires.</i>



**CHAPITRE 4**  
**LE DPC AU CANADA ET**  
**DANS LE MONDE**



Depuis une dizaine d'années, le DPC connaît des avancées technologiques, éducatives et réglementaires importantes.

Depuis la pandémie des années 2020, l'arrivée de l'apprentissage en ligne (E-learning) et de nouvelles méthodes éducatives ont beaucoup changé l'offre de DPC ainsi que les modalités de participation des médecins aux activités de DPC. De nouvelles activités de DPC ont également dû être développées afin d'intégrer les méthodes d'évaluation de l'exercice comme outil de DPC pour rencontrer les nouvelles réglementations. Ainsi, différentes activités ont dû être créées pour intégrer les activités d'évaluation de l'exercice, l'évaluation de la performance clinique et favoriser une participation plus active des participants et une évaluation des apprentissages<sup>86,87,88</sup>.

Les organisateurs de DPC doivent parfois se conformer aux exigences de différentes organisations de DPC québécoises, canadiennes et américaines. La section qui suit clarifie les différentes organisations québécoises, canadiennes et américaines en décrivant leur statut, leur mandat et leurs liens avec les autres organisations.

### Organisations canadiennes qui octroient des agréments et des activités reconnues/certifiées/accréditées

Il faut distinguer l'agrément des organisations et l'accréditation des activités. Effectué par une autorité réglementaire, **l'agrément** consiste à reconnaître à une organisation le droit d'accorder une accréditation/certification/reconnaissance à des activités de DPC. **L'accréditation** consiste à octroyer une reconnaissance/certification/crédit à des activités de DPC qui respectent l'approche méthodique éducative et les normes reconnues<sup>89</sup>.

Au Québec, les organisations qui ont le pouvoir d'agréer les organisations de DPC sont le Collège des médecins du Québec (CMQ) et, dans certains cas, le CMQ en collaboration avec l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) via son comité de DPC pour les bureaux de DPC des facultés de médecine québécoises. L'agrément est un processus rigoureux, périodique et récurrent, basé sur des critères reconnus. Ainsi, les organisations québécoises de DPC qui souhaitent obtenir le droit d'autoriser une reconnaissance/crédit pour leurs activités de DPC doivent obtenir l'agrément par le CMQ. Actuellement, la FMOQ, la FMSQ et ses associations, Médecins francophones du Canada et le Collège québécois des médecins de famille (CQMF) sont agréés par le CMQ. Les bureaux de DPC des facultés de médecine (Sherbrooke, Montréal, Laval et McGill) sont agréés par le CMQ-AFMC. Le CMQ et l'AFMC n'accréditent pas les activités de DPC. Cependant, le CMQ, en vertu de son règlement sur la formation continue, reconnaît les activités qu'il développe pour ses membres.

Ailleurs au Canada, il n'y a pas de processus d'agrément pour les organisations de DPC à l'exception des bureaux de DPC des facultés de médecine via l'AFMC. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) s'est doté de normes d'accréditation, les normes Mainpro+, et accrédite les programmes ayant une portée pancanadienne. Le CMFC délègue le pouvoir d'accréditation et ainsi le droit de reconnaître des crédits

---

86 Code des professions. Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins. RLRQ., C.-C-26, a.94, 1 e al., par.o), 15 octobre 2018.

87 Collège des Médecins du Québec. Formation continue obligatoire des médecins. [www.org/page/fr/formation-continue-obligatoire-intro.aspx](http://www.org/page/fr/formation-continue-obligatoire-intro.aspx). (consulté le 26 janvier 2022).

88 Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec. Formation continue. <http://www.fmoq.org>. (consulté le 26 janvier 2022).

89 Collège des Médecins du Québec. Normes nationales d'agrément pour les organisations prestataires d'activités de développement professionnel continu. [www.cmq.org/](http://www.cmq.org/). (consulté le 26 janvier 2022).

(MAINPRO+) à ses chapitres provinciaux, pour toute activité à portée provinciale et aux bureaux de DPC des facultés de médecine du Canada, pour les activités qu'elles développent pour leur clientèle cible dans le respect des règles développées par le CMFC.

Il en est de même pour le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Le CRMCC a donné le pouvoir à ses associations affiliées, aux bureaux de DPC des facultés de médecine du Canada et à d'autres associations de médecins spécialistes (dont la FMSQ), de reconnaître des crédits de Maintien du Certificat (MDC) aux activités qu'elles développent lorsqu'elles respectent les critères du CRMCC.

D'autres organisations médicales peuvent développer des activités de formation continue pour les médecins. Ces activités sont soit non reconnues/accréditées, ou elles doivent être présentées à une organisation agréée afin d'obtenir une reconnaissance/accréditation. Ainsi, ces organisations médicales ou autres non agréés qui souhaitent faire reconnaître une activité pour une population cible québécoise doivent contacter une organisation québécoise agréée.

## Organisations règlementaires des médecins

Au Canada, les médecins reçoivent leur permis d'exercer la médecine de l'ordre des médecins de la province où ils exercent.

La Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC) a adopté un processus de revalidation pour tous les médecins du Canada<sup>90,91</sup>. Il s'agit d'un mécanisme d'assurance-qualité, par lequel les membres d'un Collège sont tenus de démontrer, au moyen de données probantes satisfaisantes, leur engagement envers le maintien d'une performance compétente dans leur pratique. Ce mécanisme est basé sur cinq principes : équité, pertinence, inclusivité, transférabilité et formation. Ce processus a été adopté par tous les collèges des médecins du Canada. Les collèges des médecins de chacune des provinces et des territoires ont des obligations propres quant au maintien des compétences de leurs membres et des activités de DPC. Certains collèges ont adopté des obligations en lien avec du DPC conventionnel, alors que d'autres ont adopté des obligations qui ajoutent aux activités de DPC conventionnelles, des activités d'évaluation de l'exercice externe ou interne.

De nombreux articles sont venus enrichir la réflexion des éducateurs quant au rôle du DPC. À ce titre, Dre Gisèle Bourgeois-Law, dans ses écrits, s'interroge sur la ligne entre le maintien des compétences et leur mise à jour (DPC) et la remédiation des compétences<sup>92,93,94,95</sup>.

### Définition des termes

**La revalidation** ou *relicensure* en anglais est un processus périodique et récurrent d'autorégulation de la profession par un ordre professionnel, qui consiste à exiger d'un professionnel qu'il se soumette à différents outils d'évaluation et/ou de maintien de ses compétences (activités de DPC et de remédiation), afin qu'il puisse conserver son droit d'exercer.

90 Fédération des ordres de Médecins du Canada. Énoncé de position sur la revalidation des médecins (2007). [www.fmrac.ca/professional-revalidation-of-physicians/](http://www.fmrac.ca/professional-revalidation-of-physicians/). (consulté le 26 janvier 2022).

91 Fédération des ordres des Médecins du Canada. Amélioration de l'exercice médical (2017). [www.fmrac.ca](http://www.fmrac.ca) (consulté le 26 janvier 2022).

92 Bourgeois-Law G, The Best CPD and Vice Versa. *Medical Education* 2021; 55 (9):989-90.

93 Bourgeois-Law G, Teunissen PW, Regehr G. Remediation in Practicing Physicians; current and alternative conceptualizations. *Academic Medicine* 2018; 93 (11):1638-1644.

94 Bourgeois-Law G, Varpio L, Regehr G, Teunissen PW. Education or Regulation? Exploring our underlying conceptualizations of remediation for practising physicians. *Medical Education* 2018; 53 (3):276-284.

95 Bourgeois-Law G, Teunissen PW, Varpio L, Regehr G. Attitudes towards physicians requiring remediation: one-of-us or not-like-us? *Academic Medicine* 2019; 94 (11S): S36-S41.

Ce terme «revalidation» peut englober différentes définitions incluant la santé des médecins. Ainsi, pour l'International Association of Medical Regulatory Authorities (IAMRA), la revalidation est un processus par lequel les médecins démontrent qu'ils sont à jour dans leurs connaissances et qu'ils sont aptes à exercer la médecine (*fit to practice*)<sup>96</sup>. Ainsi, différents outils peuvent être exigés pour la revalidation et le maintien du droit d'exercer, soit des examens médicaux des médecins (santé physique, mentale et détection des toxicomanies), des obligations de DPC, des évaluations de leur performance clinique par des évaluations externes standardisées, des examens de connaissance, des outils de rétroaction des collègues ou de patients, une évaluation de leur professionnalisme et finalement des mesures de remédiation.

**Le maintien du certificat ou la recertification** est également un processus périodique et récurrent développé par des associations professionnelles (CRMCC, CMFC, American Board of Medical Specialties (ABMS)), afin de permettre aux médecins membres de démontrer le maintien de leurs compétences, pour rencontrer les standards, toujours dans une perspective d'autorégulation professionnelle. Il n'est cependant pas lié à leur permis d'exercice<sup>97</sup>. Ainsi, un médecin qui ne répond pas aux obligations du maintien du certificat comme ceux du CMFC ou du CRMCC pourrait perdre ses privilèges ou son adhésion à son association professionnelle, mais pourrait continuer à exercer sa profession.

## Le DPC aux États-Unis

Le monde du DPC aux États-Unis est sensiblement similaire à celui du Canada.

L'Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) est responsable de l'agrément des organisations américaines de DPC pour les médecins. Il a développé un processus d'agrément récurrent et périodique basé sur des critères rigoureux<sup>98</sup>. L'ACCME n'accrédite pas les activités de DPC. Il dresse annuellement la liste des organisations agréées qui sont reconnues pour accréditer des activités de DPC. Ces organisations incluent des sociétés savantes, des associations professionnelles, des bureaux de DPC des facultés de médecine américaines, des hôpitaux, des cliniques, des organisations privées ou des organisations professionnelles de médecins. La Joint Accreditation de l'ACCME permet l'accréditation de formations interprofessionnelles, ce qui est fort utile pour les équipes de soins.

Les activités de DPC accréditées par ces organisations agréées sont reconnues au Canada et au Québec par le CRMCC, le CMFC et le CMQ. Il n'y a pas de processus de revalidation aux États-Unis, mais certaines spécialités exigent de leurs membres, un processus de recertification. Ce processus périodique et récurrent peut utiliser différentes méthodes, dont les crédits de DPC, l'examen des connaissances à livre ouvert, les programmes d'amélioration de la pratique et/ou les examens de compétences aux enjeux élevés (*high stakes*) tous les dix ans. Ce processus n'est pas obligatoire pour maintenir son permis d'exercice.

## Les organisations éducatives et de formation en DPC

Il existe également des regroupements d'organisations de DPC qui offrent des tribunes pour échanger, se former, présenter du matériel de recherche ou des innovations pédagogiques en DPC, que ce soit francophone ou anglophone au Canada, en France, aux États-Unis, ou ailleurs dans le monde :

---

96 Pickles R. Revalidation or recertification: What Does It All Mean? Archives of Medical and Health Sciences 2018; 6 (1):12.

97 Standards for Continuing Certification. American Board of Medical Specialties 2021. [www.abms.org/](http://www.abms.org/); (consulté le 26 janvier 2022).

98 Accreditation Council for Continuing Medical Education. Accreditation requirements. [www.accme.org](http://www.accme.org/); (consulté le 26 janvier 2022).

a) CONSEIL QUÉBÉCOIS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES MÉDECINS (CQDPCM) ET SES MEMBRES

Le Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM) a pour mission de promouvoir et de favoriser le développement professionnel continu des médecins au Québec.

Le CQDPCM et ses membres offrent des formations, afin d'aider les éducateurs futurs, nouveaux ou expérimentés à maintenir ou parfaire leurs compétences en DPC. Ce sont des activités offertes ad hoc par le CQDPCM, ou l'un ou l'autre de ses membres. <https://www.cqdpcm.ca>

b) CONFÉRENCE NATIONALE EN ACCRÉDITATION DU CMFC ET DU CRMCC

Conférence annuelle sur invitation, organisée par le CMFC et le CRMCC pour les organisateurs de DPC, les accréditeurs et les administrateurs, présentant les mises en jour sur les standards Mainpro+ et MAINPORT et favorisant des échanges sur les expériences, les innovations, les meilleures pratiques et les tendances en DPC.

c) COALITION POUR L'APPRENTISSAGE DES MÉDECINS ET L'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE

Créée en 2019, la coalition regroupe huit organisations médicales nationales et a pour mission de mettre en œuvre les recommandations contenues dans le rapport intitulé « L'Avenir de l'enseignement médical au Canada (AEMC) et le DPC » :

1. Par une [communauté de pratique pancanadienne](#) pour les fournisseurs de DPC, les dirigeants, les administrateurs, les accréditeurs et les patients partenaires ayant comme objectif de développer une communauté du DPC au Canada en offrant un espace pour interagir et apprendre d'autres professionnels passionnés par le DPC.
2. Par un [titre de compétence en tant que « Professionnel certifié en DPC \(soins de santé\) PCD\(SS\) »](#). Une reconnaissance nationale est offerte aux leaders, concepteurs, chercheurs et administrateurs dans le domaine de DPC, en gage de leurs compétences principales en conception, en mise en œuvre et en évaluation des interventions éducatives qui améliorent la pratique.

d) ASSOCIATION CANADIENNE POUR L'ÉDUCATION MÉDICALE (ACEM)

Colloque annuel canadien supporté et parrainé par l'Association des facultés de médecine canadiennes qui réunit les éducateurs médecins. On y présente principalement des sujets en lien avec la formation post-graduée, mais aussi un volet en DPC <https://www.came-acem.ca/?lang=fr>

e) FORUM INTERNATIONAL FRANCOPHONE DE PÉDAGOGIE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (FIFPSS)

Le FIFPSS est un organisme enregistré au Québec visant à améliorer la formation offerte aux étudiants, aux résidents en médecine et aux professionnels de la santé, de la formation initiale au DPC. Le FIFPSS regroupe des organismes membres, tels que les universités et autres organisations impliquées dans le développement de la pédagogie des sciences de la santé.

Le FIFPSS organise une rencontre internationale tous les deux ans, en alternance avec la Société internationale francophone en éducation médicale (SIFEM), afin de rassembler les éducateurs des diverses professions de la santé du monde francophone. <https://www.sifem.net/fr>

- f) SOCIÉTÉ INTERNATIONALE FRANCOPHONE D'ÉDUCATION MÉDICALE (SIFEM)  
 La SIFEM est un organisme qui regroupe l'ensemble des personnes impliquées dans la formation et dans la recherche en éducation des sciences de la santé dans le monde francophone en Europe. La SIFEM tient un colloque aux deux ans, Colloque international francophone en pédagogie des sciences de la santé, en alternance avec le FIFPSS. Ce colloque, qui réunit en France des éducateurs des sciences de la santé, qu'ils soient en formation initiale, en formation post-graduée de médecine générale ou de spécialités ou en formation continue. <https://www.sifem.net/fr>
- g) SOCIETY FOR ACADEMIC CONTINUING MEDICAL EDUCATION (SACME)  
 Colloque généralement annuel, parrainé par l'association des bureaux de DPC des facultés de médecine américaines. On peut y présenter des projets de recherche ou d'innovations, ou tout autre projet. <https://www.sacme.org/>
- h) ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION IN EUROPE (AMEE)  
 Cette association basée à Dundee en Écosse propose annuellement un colloque se tenant en Europe en pédagogie médicale et en DPC <https://www.amee.org>
- i) OTTAWA CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION  
 Parrainé par l'AMEE, ce colloque international de grand prestige se tient aux deux ans dans différentes villes du monde. Il s'adresse à tous les éducateurs impliqués en formation initiale ou continue. <https://www.amee.org>
- j) ALLIANCE FOR CONTINUING EDUCATION IN THE HEALTH PROFESSIONS (ACEHP)  
 Cette organisation américaine propose annuellement un colloque dans différentes villes américaines. Ce colloque s'adresse à tous les éducateurs et organisateurs de DPC <https://www.acehp.org/>

## Le DPC dans le monde

Le DPC dans le monde varie d'un pays à l'autre. Quoique les méthodes éducatives soient sensiblement les mêmes, le processus règlementaire et les obligations varient d'un pays à l'autre. Cette section présente les règles entourant le DPC dans certains pays.

### *France*

Les médecins français ont une obligation déontologique de maintenir leurs compétences à jour. Actuellement, plusieurs organisations de DPC offrent des activités qui sont financées par le ministère de la Santé. Cependant, environ 50 % des médecins participent à des activités reconnues et financées. Les autres ne font aucune formation continue ou le font via les laboratoires pharmaceutiques.

En 2005, un décret qui n'a jamais été promulgué imposait aux médecins une obligation de DPC. Ce décret a été modifié pour une obligation triennale en 2016. Le médecin devait effectuer des heures de formation en présentiel, d'autres heures en formation individuelle, d'autres en enseignement et finalement, d'autres en évaluation de sa pratique. Le médecin recevait des honoraires pour sa participation à ces activités.

Comme ce décret n'a jamais été promulgué, plusieurs médecins ont respecté leurs obligations, mais aucun médecin n'a perdu son droit d'exercer la médecine en lien avec cette obligation.

Depuis juillet 2021, les médecins français sont soumis à une revalidation périodique aux six ans<sup>99</sup>. Ils doivent avoir réalisé un programme minimal d'actions visant à :

- actualiser leurs connaissances et leurs compétences;
- renforcer la qualité de leur pratique professionnelle;
- améliorer la relation avec leurs patients;
- mieux prendre en compte leur santé personnelle.

Les actions réalisées au titre du DPC, de la formation continue et de l'accréditation sont prises en compte.

Le Conseil national de la certification périodique est chargé de définir la stratégie, le déploiement et la promotion du processus. Ce conseil est sous la juridiction du ministère de la Santé via l'ordre professionnel des médecins. Les obligations en termes d'heures, de thèmes et de méthodes ne sont pas encore définies. Cependant, une charte éthique a été adoptée pour toutes les activités de DPC.

### ***Royaume-Uni***

Au Royaume-Uni, depuis 2012, le General Medical Council a imposé à tous les médecins un processus de revalidation périodique et récurrent<sup>100</sup>. Ce processus est identique pour tous les médecins. Depuis 2016, il a été renouvelé et amélioré. Ainsi, pour chaque période de cinq ans, chaque médecin doit effectuer un processus annuel d'autoévaluation de sa pratique. Il doit obligatoirement présenter à un collègue *appraiser*, des données sur ses activités de DPC, ses activités d'amélioration de l'exercice, son étude des incidents critiques, des lettres de félicitations ou de plaintes et des évaluations de la performance clinique par des questionnaires auprès de collègues et de patients. Le médecin doit également ajouter une réflexion quant aux améliorations de sa pratique qu'il souhaite réaliser. Ce collègue devra rédiger et rapporter aux autorités (officier responsable), une lettre confirmant la qualité de la réflexion du médecin et de la qualité des données fournies.

### ***Australie et Nouvelle-Zélande***

En Australie, un processus de recertification pour les médecins a été adopté<sup>101</sup>. Ce processus recommande à tous les médecins généralistes 50 heures annuellement d'activités de DPC qui doivent comprendre au moins une activité de réflexion basée sur sa pratique, un audit de sa pratique, une évaluation par les pairs ou une étude de performance clinique. En ce qui concerne les médecins spécialistes, ceux-ci doivent respecter les obligations de leurs spécialités par des activités pertinentes à leur pratique qui incluent, des activités conventionnelles de DPC, des audits de pratique et des mesures de performance.

Ainsi, les médecins doivent effectuer des activités dans trois domaines :

1. activités éducatives : congrès, conférences, lectures, recherches, supervisions, apprentissage en ligne, conférences hospitalières ou séries régulières (*Grand Rounds* en anglais);
2. révision de la performance : révision par les pairs de la performance et/ou des dossiers médicaux, une discussion de cas, d'incidents critiques, d'évaluation 360 degrés;
3. mesure de résultats : audits de pratique, révision de dossiers médicaux, indicateurs cliniques, données d'évaluation comparées à des données locales ou institutionnelles.

99 Journal officiel de la République française. Décrets, arrêtés, circulaires. Textes généraux. Ordonnance no 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de la santé.

100 General Medical Council. Revalidation requirements. <https://www.gmc-uk.org/>. (Consulté le 26 janvier 2022).

101 Medical Board of Australia. MBA Expert Advisory Group on Revalidation. Final Report 2017. <https://www.medicalboard.gov.au/>. (consulté le 26 janvier 2022).

Ce processus n'est pas obligatoire, mais il est lié à des désincitatifs financiers en cas de non-atteinte des recommandations.

En Nouvelle-Zélande, un processus de revalidation obligatoire a été adopté. Il est similaire en termes de méthodes à celui de l'Australie<sup>102</sup>.

### ***Pays-Bas***

Un processus de revalidation est obligatoire pour tous les médecins spécialistes totalisant 250 heures par période de cinq ans, qui inclut des activités de DPC et une révision de l'exercice par les pairs<sup>17</sup>.

### ***Allemagne***

Depuis 2013, les médecins employés du gouvernement doivent, de façon obligatoire, se conformer aux exigences de 250 points sur une période de cinq ans pour leur revalidation. Les points peuvent être obtenus via les activités suivantes :

- activités passives (congrès, conférences) avec un pointage supplémentaire s'il existe un processus d'évaluation des apprentissages;
- activités participatives (ateliers, groupes de travail, révision par les pairs, groupes Balint, travail en petits groupes, supervision, études de cas);
- apprentissage en ligne avec pointage supplémentaire si évaluation de l'apprentissage;
- lecture personnelle (maximum de 50 points);
- publication.

## **LE FUTUR EN DPC**

Le monde du DPC est en pleine transformation. Différentes plateformes permettent d'offrir des activités de DPC de haute qualité avec un degré d'interactivité très élevée. De nouvelles technologies, incluant des activités de simulation en ligne ou de réalités virtuelles, sont développées et offertes. Des formations multimodales (colloque en présentiel suivi d'ateliers en ligne) sont de plus en plus offertes.

De nouveaux sujets de formation qui témoignent de l'évolution des mœurs ont vu le jour, au début des années 2020, comme l'équité et la diversité culturelle et ethnique, ce qui constitue l'inclusion de toutes les communautés, qu'elles soient ethniques, culturelles, sexuelles ou de genre.

Comme de plus en plus d'organisations réglementaires exigent des activités de DPC reconnues/accréditées et surtout celles en lien avec l'évaluation des pratiques, de nouvelles activités verront le jour et prendront un grand essor. La formation interprofessionnelle, particulièrement en lieu de pratique, prendra également de l'ampleur afin d'améliorer la performance d'équipes de soins.

L'organisateur de DPC devra donc être sensible et ouvert à ces nouvelles orientations. Il devra non seulement être bien renseigné sur les procédures de développement et de mise en œuvre des activités de DPC, mais il devra également maintenir ses compétences à jour par sa participation à des colloques, séminaires et ateliers.

Comme pour le médecin clinicien, l'organisateur de DPC et son organisation devront également développer des projets d'étude, afin de valider l'efficacité de leurs actions et innover par des procédures et méthodes originales.

102 Solé M, Panteli D, Risso-Gill, et al. How do medical doctors in the European Union demonstrate that they continue to meet criteria for registration and licencing? *Med Clin (Lond)* 2014; 14 (6):633-9.



# ANNEXES



# LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 - Apprentissage par l'expérience et la réflexion .....	125
Annexe 2 - Apprentissage autodirigé.....	126
Annexe 3 - La théorie de l'apprentissage social appliquée au développement professionnel.....	128
Annexe 4 - Théorie de l'apprentissage et du changement chez les médecins .....	129
Annexe 5 - Le modèle PRECEDE .....	130
Annexe 6 - Le modèle COMB-B .....	131
Annexe 7 - Théorie à quatre étapes de l'apprentissage des médecins (Four-Stage Theory (FST) of Physicians Learning).....	132
Annexe 8 - Théorie de l'auto-évaluation «éclairée» et rétroaction (le modèle R2C2).....	133
Annexe 9 - Les conditions d'apprentissage de Robert Gagné .....	134
Annexe 10 - L'enquête d'opinion (sondage).....	135
Annexe 11 - Exemple d'un questionnaire type d'étude des besoins.....	141
Annexe 12 - Le groupe de discussion (focus group) .....	142
Annexe 13 - La technique nominale de groupe - préparatifs et déroulement.....	143
Annexe 14 - La révision et l'analyse des dossiers .....	148
Annexe 15 - Format des activités de DPC .....	150
Annexe 16 - Les activités à privilégier selon l'objectif à atteindre .....	151
Annexe 17 - La conférence magistrale .....	152
Annexe 18 - Le panel (table ronde) .....	153
Annexe 19 - Douze trucs pour réussir une affiche .....	154
Annexe 20 - Les séances d'affiches .....	156
Annexe 21 - Moyens de stimuler l'interaction .....	158
Annexe 22 - Le forum.....	160
Annexe 23 - L'atelier et la discussion de cas .....	161
Annexe 24 - Douze suggestions pour réussir une activité de formation en petit groupe.....	162
Annexe 25 - Le jeu de rôle.....	164
Annexe 26 - Conseils pratiques au conférencier d'une activité de DPC .....	166
Annexe 27 - Fonctions d'animation en petits groupes.....	169
Annexe 28 - Exemple d'un formulaire de déclaration de conflits d'intérêts potentiels.....	172
Annexe 29 - Exemple d'un formulaire d'évaluation d'une activité de DPC .....	174



## Annexe 1 - Apprentissage par l'expérience et la réflexion<sup>1</sup>

- L'apprentissage est conceptualisé comme un cycle comprenant quatre étapes :
  1. l'expérience d'un événement concret ;
  2. l'observation et la réflexion sur l'événement ;
  3. l'exploration autodirigée des concepts liés à l'événement qui peuvent être généralisés par abstraction ;
  4. l'application d'une nouvelle compréhension des concepts dans un nouvel événement.
- L'apprenant expérientiel est à la fois acteur (étapes 1 et 4) et observateur (étapes 2 et 3) de son interaction avec le monde.
- L'apprentissage par l'expérience est ancré dans le processus d'examen et de mise à l'épreuve des croyances et des théories personnelles de l'apprenant afin de générer des idées nouvelles et plus raffinées.
- L'apprentissage est considéré comme une transaction continue entre l'individu et l'environnement dans laquelle il cherche à s'adapter en vue d'en exercer un contrôle.

---

<sup>1</sup> Kolb, D. A. (2015). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*, 2nd edition. Upper Saddle River, NJ : Pearson Education, Inc.

## Annexe 2 - Apprentissage autodirigé<sup>1</sup>

- **L'apprentissage autodirigé (AAD)** est un processus directement lié à l'apprentissage tout au long de la vie et au développement professionnel continu. Il s'agit à la fois d'un objectif de l'éducation des adultes et d'un processus susceptible de mener à un apprentissage réussi. Les médecins sont censés acquérir la capacité d'apprentissage autodirigé au cours de leurs études de médecine et de l'appliquer comme un réflexe au cours de leur vie professionnelle pour se tenir informés et améliorer leur pratique clinique. Cette capacité implique les huit compétences suivantes : l'autocontrôle, l'autoévaluation, la définition des besoins d'apprentissage, la détermination de la ressource d'apprentissage appropriée, l'utilisation efficace de la ressource, l'évaluation de l'exactitude et de la valeur des informations contenues dans la ressource, l'enregistrement ou le classement des informations pour référence ultérieure, et l'application de ce qui a été appris au problème actuel du patient et aux problèmes futurs<sup>2</sup>.
- Knowles<sup>3</sup> définit l'AAD comme «un processus dans lequel les individus prennent l'initiative, avec ou sans l'aide d'autres personnes, de définir leurs besoins d'apprentissage, de formuler des objectifs d'apprentissage, d'identifier les ressources humaines et matérielles pour l'apprentissage, de choisir et de mettre en œuvre des stratégies d'apprentissage appropriées et d'évaluer les résultats de l'apprentissage» (p. 18). Dans une approche centrée sur l'apprenant, les apprenants professionnels prennent le contrôle de leur apprentissage, ce qui leur permet de se tenir à jour pour conserver leur licence.
- Une variété de modèles conceptuels explique les différentes perspectives sur le développement durable. Selon l'une de ces perspectives, l'objectif de l'éducation est de développer l'AAD en tant qu'attribut personnel, ce qui implique des individus capables d'assumer une autonomie morale, émotionnelle et intellectuelle. D'un autre point de vue, l'autodirection est définie comme un processus d'organisation de l'enseignement axé sur l'autonomie et le contrôle de l'apprenant<sup>4</sup>. L'autodirection varie selon les domaines de contenu. Enfin, le contexte dans lequel l'apprentissage a lieu est essentiel pour comprendre le processus global d'AAD dans l'enseignement en face à face et en ligne utilisant des technologies mobiles et numériques dans le cadre du DPC<sup>5</sup>. Le tableau 1 compare l'utilisation de ces concepts clés (c'est-à-dire *l'attribut personnel, le processus et le contexte*) dans trois modèles populaires sur l'AAD.
- Dans la version actualisée *Person, Process, Context (PPC) Model: A 21<sup>st</sup> Century Vision for SDL*, Hiemstra et Brockett<sup>6</sup> (2012) soulignent les relations dynamiques entre les trois éléments où la personne, le processus et le contexte sont en équilibre. «En d'autres termes, l'apprenant est hautement autodirigé, le processus d'enseignement-apprentissage est mis en place de manière à encourager les apprenants à prendre le contrôle de leur propre apprentissage et du contexte sociopolitique, et l'environnement d'apprentissage soutient le climat d'apprentissage autodirigé» (p. 159).

1 Merriam, SB. (2001) Andragogy and self-directed learning. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 89 3-14.

2 Barrows, Howard S. *Practice-Based Learning: Problem-Based Learning Applied to Medical Education*. Southern Illinois University, School of Medicine, PO Box 19230, Springfield, IL 62794-9230., 1994.

3 Knowles MS (1975). *Self-directed learning: A guide for learners and teachers*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

4 Song L, Hill JR. A conceptual model for understanding self-directed learning in online environments. *Journal of Interactive Online Learning*. 2007;6(1):27-42.

5 Curran V, Gustafson DL, Simmons K, et al. Adult learners' perceptions of self-directed learning and digital technology usage in continuing professional education: An update for the digital age. *Journal of Adult and Continuing Education*. 2019;25(1):74-93. <https://doi.org/10.1177/1477971419827318>

6 Hiemstra R, & Brockett RG. Reframing the meaning of self-directed learning. *Annual Adult Education Research Conference Proceedings* Saratoga Springs, 2012. Retrieved Aug 9 2021 (p. 159)

**Tableau 1 : Modèles conceptuels sur l'apprentissage autodirigé**

Perspectives	Description	Le modèle de Candy <sup>7</sup>	Le modèle de Brockett et Hiemstra <sup>8,9</sup>	Le modèle de Garrison <sup>10</sup>	Le modèle de Song & Hill <sup>11</sup> (Format en ligne)
Attribut personnel	Gestion morale, émotionnelle et intellectuelle	Autonomie personnelle  Autodigestion	Orientation vers un but (attribut personnel)	Autodigestion (Utilisation des ressources)  Motivation	Utilisation des ressources  Utilisation des stratégies  Motivation
Processus	Autonomie de l'apprenant sur l'enseignement	Contrôle de l'apprenant  Autodidaxie	Orientation vers le processus (contrôle de l'apprenant)	Autocontrôle	Planification  Suivi  Évaluation
Contexte	Environnement où l'apprentissage a lieu	L'autodirection est liée au contexte	Contexte social : rôle des institutions et des politiques	Autogestion des ressources	Ressources en ligne  Structure de l'environnement en ligne  Nature des tâches  Soutien :  Rétroaction de l'instructeur  Collaboration entre pairs, communication

- Historiquement, l'apprentissage tout au long de la vie a été interprété comme un apprentissage autodirigé. Plus tard, suite à la révolution cognitive<sup>12</sup>, l'approche de l'apprentissage autorégulé est apparue<sup>13</sup>. La principale différence réside dans l'accent mis sur les stratégies régulatrices ou métacognitives, dont il a été démontré qu'elles améliorent l'apprentissage<sup>14</sup>. Schumacher et al. ont comparé l'apprentissage autorégulé à d'autres théories d'apprentissage et d'amélioration. Cette synthèse met en évidence l'interconnexion entre l'apprentissage autorégulé, la réflexion, l'amélioration de la qualité et l'apprentissage par l'expérience<sup>15</sup>.

7 Candy PC. Self-direction for lifelong education. San Francisco, CA : Jossey-Bass, 1991.

8 Brockett RG & Hiemstra R. Self-direction in adult learning: Perspectives on theory, research , and practice. New York: Routledge, 1991.

9 Hiemstra R, Brockett RG. Reframing the meaning of self-directed learning. Annual Adult Education Research Conference Proceedings Saratoga Springs, 2012. Retrieved Aug 9 2021

10 Garrison, D.R. Self-directed learning: Toward a comprehensive model. Adult Education, Quarterly, 1997, 48;1, 18-33.

11 Song L, Hill JR. A conceptual model for understanding self-directed learning in online environments. Journal of Interactive Online Learning. 2007;6,1:27-42.

12 Miller GA. The cognitive revolution: a historical perspective. Trends in Cognitive Sciences. 2003 ;7 (3) : 141-4. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(03\)00029-9](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(03)00029-9)

13 Sandars J, Cleary TJ. Self-regulation theory: Applications to medical education: AMEE guide no. 58. Med Teach. 2011;33:875–886.

14 West CK, Farmer JA, & Wolff PM. Instructional design: Implications from cognitive science. Prentice Hall, 1991.

15 Schumacher DJ, Carraccio C, Englander R. One Process, Many Names: Learning and Improvement as the Core of Physician Practice. Academic Medicine. 2017;92(9):1357.

### Annexe 3 - La théorie de l'apprentissage social appliquée au développement professionnel

La participation en tant que membre d'une communauté de pratique est de plus en plus considérée comme un élément clé du développement professionnel. Cet aspect est au cœur d'activités telles que les clubs de lecture et la pratique interprofessionnelle<sup>1</sup>. C'est pourquoi une attention considérable a été accordée à la description de la manière dont les individus deviennent des professionnels travaillant au sein d'une communauté donnée.

Le contexte comprend un large éventail d'influences, par exemple les éléments émotionnels et sociaux, les relations avec les collègues, la sécurité pour apprendre et le sentiment d'appartenance à la communauté<sup>2</sup>. Cela inclut le cadre culturel et linguistique dans lequel l'apprentissage a lieu<sup>3</sup>. De multiples perspectives de recherche ont contribué à la théorie de l'apprentissage social, notamment :

- La zone de développement proximal décrite initialement par L.S. Vygotsky souligne l'importance de l'instructeur<sup>4</sup>.
- Le cadre de la participation périphérique légitime<sup>5</sup> a permis de comprendre l'introduction progressive d'un novice dans une communauté de pratique dans laquelle les tâches sont faciles au début et deviennent progressivement plus difficiles.
- Selon la théorie de l'auto-efficacité de Bandura<sup>6</sup>, les individus vont entreprendre des tâches qu'ils pensent pouvoir accomplir ou réussir. Au fur et à mesure qu'ils maîtrisent les premières tâches qui deviennent faciles, il est important d'augmenter progressivement leur difficulté afin de maintenir leur engagement et leur motivation.
- L'apprentissage cognitif<sup>7,8</sup> décrit l'évolution de la relation entre un apprenant et son enseignant. Au début, l'enseignant effectue les tâches pour l'apprenant et lui montre comment les réaliser. Puis, par un processus d'effacement, l'élève est capable d'accomplir les tâches par lui-même.

---

1 Koschmann TD, Myers A, Feltovich PJ, Barrows HS. Using technology to assist in realizing effective learning and instruction: A principled approach to the use of computers in collaborative learning. *The journal of the learning sciences*. 1994;3(3):227-264.

2 ten Cate O, Snell L, Mann K, Vermunt J. Orienting Teaching Toward the Learning Process. *Academic Medicine*. 2004;79(3):219-228.

3 Groot, F., Jonker, G., Rinia, M., ten Cate, O., & Hoff, R. G. (2020). Simulation at the Frontier of the Zone of Proximal Development: A Test in Acute Care for Inexperienced Learners. *Academic Medicine*, 95(7). [https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2020/07000/Simulation\\_at\\_the\\_Frontier\\_of\\_the\\_Zone\\_of\\_Proximal.39.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2020/07000/Simulation_at_the_Frontier_of_the_Zone_of_Proximal.39.aspx)

4 Chaikin, S. (2003). The Zone of Proximal Development in Vygotsky's Analysis of Learning and Instruction. In A. Kozulin, B. Gindis, S. M. Miller, & V. S. Ageyev (Eds.), *Vygotsky's Educational Theory in Cultural Context* (pp. 39-64). Cambridge University Press. <https://doi.org/DOI: 10.1017/CBO9780511840975.004>

5 Lave J, Wenger, E. *Situated learning : Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge : Cambridge University Press; 1991.

6 Bandura A. *Self-Efficacy : The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Co.; 1997.

7 Poortman CL, Illeris K, Nieuwenhuis L. Apprenticeship: from learning theory to practice. *Journal of Vocational Education & Training*. 2011;63(3):267-87.

8 Deschênes M-F, Boyer L, Fernandez N, Goudreau J. Le compagnonnage cognitif : une approche pédagogique à explorer pour le développement du raisonnement clinique infirmier? *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*. 2018.

## Annexe 4 - Théorie de l'apprentissage et du changement chez les médecins

L'un des objectifs du développement professionnel continu (DPC) est de favoriser le changement chez les médecins<sup>1</sup> qui est décrit par la théorie de l'apprentissage et du changement chez le médecin<sup>2</sup>. Fox et Mazmanian ont mené 389 entretiens avec des médecins. Plus de 60 % des changements impliquaient un certain type d'apprentissage. De multiples ressources d'apprentissage *formelles* (c'est-à-dire sanctionnées par des experts) et *informelles* ont été utilisées, dont 75 % étaient *formelles*. La consultation par les pairs était la ressource *formelle* la plus fréquemment utilisée. Les prestataires de DPC devraient se concentrer sur l'utilisation de ce type de ressource dans la planification des activités de DPC.

Les hypothèses de base de cette théorie sont :

Les médecins apprennent et modifient leurs comportements sous l'influence de forces personnelles, professionnelles et sociales. Lors de la planification et de la facilitation du changement dans les environnements cliniques, ces forces fonctionnent comme des facilitateurs ou des obstacles au changement. Par exemple, les professionnels apprennent par le biais d'interactions avec leurs pairs et s'efforcent généralement de se conformer aux règles de leur groupe de travail<sup>3</sup>.

Une approche graduelle du changement comprend trois étapes :

- la préparation au changement ;
- la réalisation du changement ;
- le maintien du changement.

La plupart des changements sont déclenchés par la mise à jour et l'augmentation des compétences en réponse à l'environnement clinique.

Les changements comprennent :

- des ajustements en réponse aux forces professionnelles ;
- une réorientation en réponse à des forces personnelles ;
- les transformations qui sont rarement mises en œuvre.

---

1 Fox RD, Mazmanian PE, Putnam RW. Changing and Learning in the Lives of Physicians. New York: Praeger, 1989.

2 Blanchard, C. & Fox, R. D. A profile of nonurban physicians from the study of Changing and Learning in the lives of physicians. The Journal of Continuing Education in the Health Professions. Volume 10, pp. 329-338.

3 Mann KV, Lockyer, J. Applying educational theory to Practice in Continuing Professional Development. in Rayburn WF, Turco MG, & Davis DA (eds). Continuing Professional Development in Medicine and Health Care. Better Education, Better Patient Outcomes. 2018 (pp.3-16). Philadelphia: Wolters Kluwer.

## Annexe 5 - Le modèle PRECEDE<sup>1</sup>

Le modèle PRECEDE<sup>2</sup> a été largement utilisé dans le cadre du DPC, de l'éducation des patients et de la défense de la santé<sup>3</sup>. PRECEDE est l'abréviation de *Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*. Il s'agit d'évaluer les facteurs communautaires suivants :

- L'évaluation sociale : Déterminer les problèmes et les besoins sociaux d'une population donnée et identifier les résultats souhaités.
- L'évaluation épidémiologique : Identifier les déterminants de la santé à partir des problèmes identifiés et fixer des priorités et des objectifs.
- L'évaluation écologique : Analyser les déterminants comportementaux et environnementaux qui prédisposent, renforcent et permettent les comportements et les modes de vie identifiés.
- L'identification des facteurs administratifs et politiques qui influencent la mise en œuvre, ainsi que les interventions appropriées qui encouragent les changements souhaités et attendus.

Les trois facteurs au cœur de cette approche sont :

- Les facteurs prédisposants comprennent la participation à un atelier interprofessionnel de DPC et une confiance accrue dans la capacité à interagir avec les autres membres de l'équipe (classe inversée).
- Les facteurs systémiques favorables comprennent le soutien et la communication ouverte avec les décideurs (fournir de la rétroaction).
- Les facteurs de renforcement comprennent la réception de rappels trois mois après l'intervention sur les changements anticipés dans la pratique (cartes postales, enseignement espacé).

---

1 Crosby R, Noar SM. What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *J Public Health Dent.* 2011;71 Suppl 1:S7-S15. doi:10.1111/j.1752-7325.2011.00235.x

2 Green, LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning: An educational and Environmental Approach*. Toronto, ON : Mayfield Publishing Group 1991

3 Mann KV, Sargeant, J. Hill T. Knowledge translation in interprofessional education what difference does IPE make to practice *Learn Health Social Care* 2009; 8:154-164

## Annexe 6 - Le modèle COMB-B

- Le modèle COMB-B<sup>1,2</sup> vise à répondre à la question suivante : quelles sont les conditions internes aux individus et reliées à leur environnement social et physique qui doivent être réunies pour qu'un objectif comportemental spécifique soit atteint.
- Ce modèle définit le comportement comme résultant de trois conditions interdépendantes, soit la capacité, l'opportunité et la motivation :
  - ◇ La capacité est définie comme la capacité psychologique et physique de l'individu à s'engager dans l'activité concernée. Elle inclut les connaissances et les compétences requises.
  - ◇ L'opportunité est définie comme l'ensemble des facteurs extérieurs à l'individu qui rendent le comportement possible.
  - ◇ La motivation comprend la prise de décision, les processus habituels et la réponse émotionnelle qui peuvent être influencés par des facteurs intrinsèques ou extrinsèques.
- Ce cadre est complet, cohérent et considère le contexte (c'est-à-dire l'opportunité) qui est particulièrement pertinent pour soutenir une conception, une mise en œuvre et une évaluation efficace des interventions de DPC, et aider les professionnels à transférer les connaissances et les compétences dans leur pratique. Intégrant des facteurs organisationnels, systémiques et individuels, ce modèle est aligné sur une approche systémique et intégrative du DPC<sup>3,4</sup>.

---

1 Michie S., van Stralen MM, West R The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science* 2011, 6:42 <http://www.implementationscience.com/content/6/1/42>

2 Michie S , Johnston M, Abraham, C. et. al "Psychological Theory" Group. Making Psychological theory useful for implementing evidence-based practice: a consensus approach. *qual Safe Health Care* 2005;14(1):26-33.

3 Kitto S. Continuing professional development in the era of COVID-19. *J Contin Educ Health Prof.* 2020 Spring;40(2):73.

4 Kilo CM, Mejicano G. System approach: Systems-based learning in CPD. In Rayburn, WF, Turco MG & Davis DA (eds). *Continuing Professional Development in Medicine and Health Care. Better Education, Better Patient Outcomes.* 2018; p.140-156. Philadelphia: Wolters Kluwer.

## Annexe 7 - Théorie à quatre étapes de l'apprentissage des médecins (*Four-Stage Theory (FST) of Physicians Learning*)

La théorie à quatre étapes comprend les étapes suivantes<sup>1,2,3</sup> : analyser, évaluer, apprendre et acquérir de l'expérience.

- ◇ **Analyser** (*Scanning*) : implique l'exploration d'un nouveau domaine sans besoin immédiat. Les médecins réfléchissent entre un problème et la pratique.
- ◇ **Évaluer** (*Evaluating*) : les médecins évaluent de manière critique la pertinence du problème, la possibilité de parvenir à une solution avec les ressources disponibles et son potentiel pour modifier la pratique clinique de manière souhaitable. Les médecins ne passeront à l'étape suivante que si cette évaluation critique est positive.
- ◇ **Apprendre** (*Learning*) : les médecins acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires pour résoudre le problème déclencheur. Le point clé est de savoir quand ils ont suffisamment appris pour faciliter une application confiante de leurs nouvelles connaissances et compétences.
- ◇ **Acquérir de l'expérience** (*Gaining experience*) : il s'agit d'appliquer les compétences et les connaissances nouvellement acquises dans divers contextes, et en accédant à des ressources (par exemple, la littérature médicale) pour vérifier comment d'autres ont transféré ces compétences et ces connaissances dans leur pratique.

Un *épisode d'apprentissage* ne progresse pas nécessairement à travers les quatre étapes. Par exemple, un médecin au stade de l'évaluation peut décider de mettre fin à l'épisode d'apprentissage parce qu'il se rend compte qu'il n'a pas accès aux ressources nécessaires pour résoudre le problème déclencheur. Une autre raison de mettre fin à un épisode d'apprentissage est d'arriver à la conclusion qu'il a acquis suffisamment de connaissances pour résoudre le problème déclencheur. Si un médecin peut justifier sa décision de mettre fin à un épisode d'apprentissage, alors «la décision peut être qualifiée de cessation anticipée et non d'un échec d'apprentissage»<sup>4</sup>.

---

1 Slotnick, H. B. (2000) Physicians' learning strategies. *Chest*, 118, 18S-23S.

2 Slotnick, H. B. (2001). How doctors learn: Physicians' self-directed learning episodes. *Academic Medicine*, 74(10), 1106-1113.

3 Slotnick, H. B. & Shershneva, M. B. (2002). Use of theory to interpret elements of change. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22, 197-204.

4 *Ibid*, p.200

## Annexe 8 - Théorie de l'auto-évaluation «éclairée» et rétroaction (le modèle R2C2)<sup>1</sup>

- L'auto-évaluation est un processus qui consiste à interpréter des données sur ses propres performances et à les comparer à des normes externes. Elle implique la collecte de données pour évaluer la pratique et promouvoir l'apprentissage et l'autocontrôle permanents de la pratique clinique quotidienne<sup>2</sup>. Cependant, la formation des médecins à l'auto-évaluation est limitée et la plupart des médecins ne sont pas très précis lorsqu'il s'agit de comparer leur propre pratique à des mesures et à des repères externes objectifs<sup>3</sup>.
- La théorie de l'auto-évaluation et de la rétroaction est la pierre angulaire du modèle de rétroaction R2C2<sup>4</sup> qui couvre quatre phases : établir des relations, rechercher des réactions aux données, se concentrer sur le contenu et accompagner le changement.
- L'auto-évaluation «éclairée» consiste à recevoir des commentaires externes de diverses sources, notamment des patients, des collègues, des collaborateurs et des audits (par exemple, le CMC 360 offert par le Conseil médical du Canada)<sup>5</sup>. Cependant, une variété de facteurs influence l'acceptation de la rétroaction externe, y compris la crédibilité des sources (par exemple, les pairs et les superviseurs de confiance), les attributs personnels et l'environnement de travail.
- Un cycle itératif d'auto-évaluation éclairée (figure 1) pourrait être propice à l'amélioration de la sélection d'un DPC pertinent, guidé par des besoins perçus et non perçus.

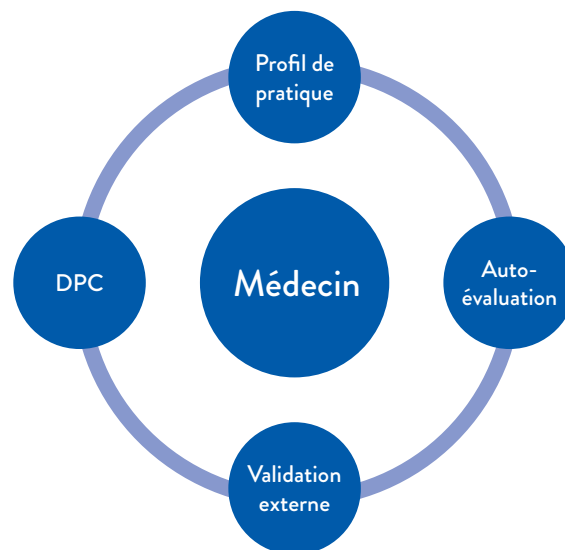


Figure 1 : Cycle d'auto-évaluation éclairée adapté de Galbraith, Hawkins and Holmboe<sup>6</sup>

- 1 Sargeant J, Mann K, Manos S, et al. R2C2 in Action: Testing an Evidence-Based Model to Facilitate Feedback and Coaching in Residency. *Journal of graduate medical education*. 2017;9(2):165-170. 10.4300/JGME-D-16-00398.1
- 2 Epstein, R., Siegel, D.J., Silberman, J. (2008). Self-monitoring in clinical practice: A challenge for medical educators. *JCEHP*. 28(1):5-13
- 3 Davis et al. (2006). Accuracy of Physician Self-assessment compared with observed measures of competence. A systematic review. *JAMA* Sept 296(9):1094-1102
- 4 Sargeant, J. Lockyer J. Mann K, et al. Facilitated reflective performance feedback: developing an evidence and theory-based model that builds relationship, explores reactions and content and coaches for performance change (R2C2) *academic Medicine*, 2015;90(12):1698-1706.
- 5 <https://mcc.ca/assessments/mcc360>
- 6 Galbraith, R. Hawkins, R. Holmboe, E. (2008). Making self-assessment more effective. *JCEHP* 28(1):20-24

## Annexe 9 - Les conditions d'apprentissage de Robert Gagné

- L'apprentissage humain est un processus complexe et à facettes multiples qui exige de l'apprenant qu'il s'engage activement<sup>1,2</sup>.
- Les apprenants acquièrent différents types de comportements ou de capacités impliquant des compétences, des connaissances, des attitudes et des valeurs. L'apprentissage est cumulatif et l'apprentissage de certaines compétences contribue à l'apprentissage de compétences plus complexes.
- Les résultats de l'apprentissage ou des types d'apprentissage sont les informations verbales, les compétences intellectuelles, les attitudes et les stratégies cognitives. Les stratégies cognitives sont constituées des capacités de l'apprenant à contrôler la gestion de l'apprentissage, de la mémorisation et de la réflexion (par exemple, la stratégie générale d'approche de la résolution de problèmes).
- Le processus d'apprentissage global relie chaque phase des processus cognitifs de base de l'apprentissage aux types de tâches d'apprentissage et de l'instruction. Les neuf phases du processus qui sont nécessaires à l'apprentissage, sont classées en trois étapes : a) la préparation à l'apprentissage, b) l'acquisition et la performance, et c) le transfert de l'apprentissage. Ces étapes doivent être exécutées de manière séquentielle.

### Étape 1 : Préparation à l'apprentissage :

- capter l'attention de l'apprenant ;
- expliquer les objectifs d'apprentissage ;
- aider l'apprenant à faire le lien entre le contenu et ses connaissances.

### Étape 2 : Acquisition et performance :

- présenter le contenu à apprendre ;
- guider l'apprenant à travers le contenu ;
- permettre à l'apprenant d'appliquer les nouvelles connaissances.

### Étape 3 : Transfert des connaissances :

- donner à l'apprenant une rétroaction sur ses performances ;
- évaluer la performance ;
- aider l'apprenant à retenir les informations et à les utiliser dans son travail.

---

1 R. M. Gagné (1975) Learning Hierarchies and Learning Conditions, *Journal of Curriculum Studies*, 7:2, 133-134, DOI: 10.1080/0022027750070205

2 Gredler, ME Learning and Instruction Theory into Practice. (3rd edition) Columbus, Ohio : Prentice-Hall 1997 (pp. 105-141).

## Annexe 10 - L'enquête d'opinion (sondage)

### Description

Il s'agit d'un questionnaire écrit (papier ou électronique) qui s'adresse à un ou à plusieurs intervenants de la population cible dans le but de connaître leur opinion sur une ou plusieurs questions («questionnaire d'étude des besoins» est aussi un synonyme utilisé). C'est une méthode très utilisée et sûrement indiquée dans l'organisation de la plupart des activités éducatives. Considérant l'utilisation privilégiée de la formule en ligne, les caractéristiques énumérées ci-dessous s'y réfèrent.

### Avantages généraux du questionnaire

- Facile à créer et à diffuser.
- Format et contenu très malléables : court ou long, questions ouvertes ou fermées, sujet général ou très pointu, etc.
- La moins coûteuse des méthodes quand elle s'adresse à une grande population.
- Formule non menaçante, car les réponses sont anonymes.
- Possibilité de mise en priorité des besoins selon la fréquence des réponses reçues.
- Aussi utile pour des petits que des grands groupes.
- Facilité de récolte de données, d'encodage et de visualisation des résultats.

### Limites du questionnaire

- Le taux de réponse peut être faible.
- Parfois difficile à interpréter si les questions sont mal posées. En ce sens, la qualité des réponses est aussi bonne que la qualité des questions.
- Délais entre l'envoi initial et la réception des réponses.
- Il peut être assez long de bâtir un questionnaire bien adapté aux besoins de la population cible.
- Risque d'identifier les intérêts plutôt que les besoins de la population cible.
- Parfois peu propice à l'expression de réponses libres et personnalisées.
- Requiers du temps pour le concevoir de manière efficace (choisir les bonnes catégories, formuler de bons items...).

### Les modalités d'élaboration du questionnaire

- Rédiger une liste des sujets désirés que le questionnaire doit couvrir.
- Chaque question doit mener à une réponse utile.
- La section d'introduction doit respecter les critères suivants :
  - ◇ être personnalisée, si possible ;
  - ◇ présenter l'équipe de chercheurs, si nécessaire ;
  - ◇ décrire brièvement l'objectif de l'étude ;
  - ◇ expliquer l'importance accordée à la réponse du répondant ;
  - ◇ expliquer la confidentialité ou l'anonymat, si nécessaire, des résultats ;
  - ◇ informer que les résultats seront transmis, si désirés, aux répondants ;
  - ◇ remercier les répondants.

## Rédaction et séquences des questions

- Questions claires, simples et univoques.
- Questions ne comportant pas de désirabilité sociale.
- Aucune question dans une forme négative ou complexe.
- Une question afin d'obtenir une réponse et pas deux questions dans un énoncé.
- Habituellement un type de question ou au maximum deux types de questions par questionnaire.
- Ajout d'un choix de réponse intitulée « pas d'opinion ».

## Format du questionnaire

- Doit se remplir en 5 à 10 minutes.
- Les instructions, pour répondre aux questions, doivent être mises sur chacune des pages ou chacune des sections.

## Pour faciliter le taux de réponse

- Choisir un temps approprié (éviter juillet, août et la période des fêtes).
- Ajouter un incitatif en argent ou autre présent.
- Utiliser la méthode de Dillman.
- Prévoir un message ou courriel de rappel (15 jours).
- Effectuer un second envoi (30 jours).

Type de question	Avantages	Inconvénients
<i>Questions à réponses ouvertes : les répondants doivent rédiger leurs réponses.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimulent l'expression libre des opinions ;</li> <li>• Sollicitent des commentaires et des suggestions ;</li> <li>• Permettent de vérifier les opinions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté de construire des regroupements en vue d'une analyse statistique ;</li> <li>• Illisibilité possible des réponses ;</li> <li>• Réponses ininterprétables ou non pertinentes.</li> </ul>
<i>Questions à réponses partiellement ouvertes : les répondants ont le choix, mais peuvent aussi rédiger leurs réponses ou certains commentaires.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donnent un choix et permettent aussi une liberté pour un autre choix non indiqué.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les autres catégories (choix personnel) n'apportent souvent rien de plus.</li> </ul>
<i>Questions à réponses fermées : le choix de réponses est ordonné.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réponses faciles à interpréter pour l'analyse statistique ;</li> <li>• Utiles pour déterminer l'intensité, le degré d'implication ou la fréquence de participation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne permettent pas d'inclure des dimensions parfois importantes ;</li> <li>• Ne permettent pas d'exposer des nuances.</li> </ul>
<i>Questions à réponses fermées, mais dont le choix est non ordonné (avec sélection d'un ou plusieurs choix).</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettent plus d'un choix, sans facteurs de gradation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté à interpréter (analyse) si plus d'un choix ;</li> <li>• Difficulté à répondre, car le répondant doit choisir le plus important parmi les choix proposés.</li> </ul>

## SIX TYPES DE QUESTIONS UTILES DANS LA RÉDACTION D'UN QUESTIONNAIRE

1. QUESTIONS DIRECTES	
Description	Exemples
Questions dont le contenu exprime sans détour et de manière rationnelle ce que veut savoir le questionneur. Ces questions peuvent être rédigées sous la forme « question ouverte » ou « question fermée ».	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont, dans votre vie professionnelle, les moments où vous êtes mal à l'aise, inconfortable, insatisfait ?</li> <li>• Y a-t-il, dans votre vie professionnelle, des situations où il vous faudrait plus de connaissances ou plus d'habiletés pour répondre aux exigences ? Quelles sont-elles ?</li> <li>• Qu'est-ce qui, au cours des derniers mois, a suscité en vous le désir de savoir, la curiosité, le goût d'apprendre ?</li> </ul>
<b>Avantages</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce type de question est rassurant.</li> <li>• Il utilise un mode de communication qui nous est familier.</li> </ul>	
<b>Inconvénients</b>	
Dans le domaine des besoins éducatifs, ce type de question obtient souvent comme réponse de faux besoins ou des besoins superficiels. On ne peut en conclure une réelle motivation à apprendre.	

2. QUESTIONS DE TYPE « PHRASES À COMPLÉTER »	
Description	Exemples
Questions sans point d'interrogation pouvant être formulées de façon directe ou indirecte, mais toujours ouvertes. Elles consistent en un début de phrase orientant le répondant sur le sujet que l'on souhaite étudier. Il est invité à continuer en ses propres termes et selon sa pensée personnelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• J'aimerais qu'on m'offre une activité de formation continue pour m'aider à accroître ma capacité de...</li> <li>• Cet intérêt me vient du fait que j'ai...</li> <li>• Cependant, il est très important pour moi qu'une activité de formation continue comme celle-là soit...</li> <li>• Pour que le projet réponde vraiment à mes attentes, je voudrais suggérer aussi que...</li> </ul>
<b>Avantages</b>	
Ce type de question permet souvent d'obtenir des informations un peu plus personnelles et engageantes que les questions directes.	
<b>Inconvénients</b>	
Quelquefois, le répondant ne répond que très brièvement, deux ou trois mots, puisque ce genre de question reproduit la forme « se parler à soi-même ». Le répondant semble croire que le questionneur va comprendre ce qu'il se contente d'évoquer.	

<b>3. QUESTIONS DE TYPE « PROJECTIF »</b>	
<b>Description</b>	<b>Exemples</b>
Questions se référant à des situations ou des réalités dans lesquelles le répondant ne se trouve pas au moment où il répond. Il doit faire appel à sa mémoire, à son imagination et à sa fantaisie. Il y a plusieurs degrés possibles dans l'utilisation de la capacité de se projeter que possède le répondant.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque vous êtes dans votre auto et que vous êtes en route pour venir travailler, quels sont les moments de votre journée qui, lorsque vous les anticipez, vous causent le plus de tension ou de malaise ?</li> <li>• Lorsque vous vous imaginez en train de rédiger une offre d'emploi pour engager quelqu'un qui vous seconderait dans votre tâche, quelles compétences spécifieriez-vous pour être bien sûr de trouver quelqu'un qui complète vos habiletés ?</li> <li>• Lorsque vous êtes fatigué et que vous faites des cauchemars liés à votre profession, quelles sont les situations désagréables desquelles vous essayez en vain de vous dégager ?</li> <li>• Lorsque vous essayez de vous détendre à la fin d'une dure journée, et que des images de votre vie professionnelle vous poursuivent malgré vous et vous préoccupent, quelles sont-elles ?</li> <li>• Enfin, si vous aviez tout le temps et les moyens voulus pour améliorer vos connaissances ou vos habiletés professionnelles, vers quoi dirigeriez-vous votre attention en premier ?</li> </ul>
<b>Avantages</b>	
Ce type de question permet souvent au répondant d'exprimer des choses auxquelles il n'aurait pas accès facilement. Le type projectif aide souvent à abaisser le niveau de vigilance du répondant.	
<b>Inconvénients</b>	
Cet avantage se transforme parfois en inconvénient, lorsque le répondant n'arrive pas à « faire comme si » et à quitter le niveau rationnel.	

<b>4. QUESTIONS DE TYPE « INCIDENT CRITIQUE »</b>	
<b>Description</b>	<b>Exemples</b>
Questions qui invitent le répondant à se référer à une expérience vécue et à identifier avec précision les principaux éléments en présence dans cette situation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rappelez-vous les dernières semaines de travail et identifiez un événement qui demeure pour vous l'un de ceux qui vous ont causé le plus de pression, d'inconfort, de difficultés.</li> <li>• Décrivez : <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Quand et où cela s'est passé.</li> <li>◇ Qui était impliqué dans le fait (leur rôle).</li> <li>◇ Ce qui est pertinent dans l'événement et en lien avec la problématique.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Avantages</b>	
Ce type de question met le répondant en contact avec sa propre expérience. Il favorise donc l'implication et l'expression de réels ancrages à l'apprentissage.	
<b>Inconvénients</b>	
Ce type de question ne donne pas directement une liste de besoins. Ces derniers doivent être déduits, décodés à partir des incidents décrits.	

5. QUESTIONS DE TYPE « AUTODIAGNOSTIC »	
Description	Exemples
Questions se référant aux compétences professionnelles du répondant. Ce type de question permet de connaître jusqu'à quel point le répondant se perçoit bien armé ou démuné pour exercer certains aspects de sa profession et jusqu'à quel point il éprouve le besoin de se perfectionner en rapport avec ces mêmes points.	Voir le tableau 1.
<b>Avantages</b>	
Les questions de type autodiagnostic se compilent facilement. De plus, l'écart entre les deux chiffres indique le niveau de motivation du répondant et permet d'ajuster les objectifs en fonction du groupe.	
<b>Inconvénients</b>	
Les répondants sont parfois obligés d'imaginer ce que recouvrent exactement les différentes compétences qui leur sont proposées. De plus, pour s'évaluer, les répondants se reportent souvent à des niveaux de performance différents.	

TABLEAU 1												
Compétences	Maîtrisées					Niveau de maîtrise souhaité						
	(-)		( + )			(-)		( + )				
En tant qu'animateur d'un groupe d'adultes, je dois :	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1. Appliquer les principes de base du travail en sous-groupe chez les adultes	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
2. Appliquer les principes de base de la dynamique des groupes	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
3. Déterminer des stratégies d'animation tenant compte de la résistance au changement	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
4. Tenir compte des éléments fondamentaux qui déterminent la croissance et le développement des groupes restreints	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
5. Utiliser les diverses techniques d'animation de grands et de petits groupes	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
6. Identifier les leaders et les aider à développer leur potentiel	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
7. Établir des relations interpersonnelles dans un groupe d'adultes	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
8. Autres	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

6. QUESTIONS DE TYPE « CHOIX CRITÉRIÉ »	
Description	Exemples
Questions dont la forme consiste en une liste de savoirs, de savoir-être et de savoir-faire parmi lesquels le répondant doit choisir. Cependant, le caractère critérié d'une telle liste suppose une possibilité pour le répondant de pondérer ses choix en fonction de critères prédéterminés comme l'importance, l'urgence, l'intérêt, etc.	Voir le tableau 2.
<b>Avantages</b>	
Les questions de type « choix critérié » permettent d'obtenir de nombreuses informations sous une forme facile à compiler. Il suffit de bien décrire au départ le sens de chacun des critères par rapport auquel le questionneur désire que le répondant situe chaque point de la liste.	
<b>Inconvénients</b>	
Le répondant est parfois obligé d'imaginer ce que recouvre exactement chaque point. De plus, chaque critère ne pouvant être très nuancé, certaines réponses sont ambiguës. Pour pallier cela, on peut fournir une échelle graduée correspondant à des intensités de oui et de non. Le répondant doit alors avoir la capacité de combiner plusieurs éléments abstraits.	

TABLEAU 2								
Compétences professionnelles	Compétence maîtrisée		Pertinence pour le travail		Urgence d'acquérir		Intérêt à apprendre	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Animer des groupes de travail								
Trier et lire rapidement la documentation								
Donner du <i>feedback</i> descriptif								
Exercer le type de leadership requis selon les situations								
Développer des instruments d'évaluation adaptés aux différents niveaux d'objectifs								
Choisir les formats, méthodes, techniques et outils d'apprentissage appropriés								
...								

## Annexe 11 - Exemple d'un questionnaire type d'étude des besoins

Dans le but de bien planifier les activités éducatives du département pour l'année à venir, votre comité de DPC vous demande de remplir le questionnaire ci-joint. Nous savons déjà qu'une des activités portera sur la réanimation cardiorespiratoire et vos réponses permettront d'en établir le contenu scientifique. Nous avons par ailleurs élargi le questionnaire à d'autres champs d'exercice afin de vous permettre d'exprimer vos besoins.

Veillez donc, s'il vous plaît, remplir ce questionnaire en tenant compte de **vos propres besoins de formation** et n'hésitez pas à y rajouter toute suggestion pertinente. Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

Souhaitez-vous participer à une activité éducative portant sur les sujets suivants ?

	Pas intéressé	Peu intéressé	Intéressé	Très intéressé
<b>1. Réanimation cardiorespiratoire</b>				
• L'utilisation de la médication dans la RCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La lecture de bande de rythmes ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'intubation des voies aériennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le leadership du médecin au sein de l'équipe RCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La décision éthique d'initier ou cesser les manœuvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres sujets :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
	Pas intéressé	Peu intéressé	Intéressé	Très intéressé
<b>2. La cardiologie</b>				
• La défaillance cardiaque : diagnostic et traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le traitement de l'OAP à l'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le suivi post-infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'investigation en cardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le traitement pharmacologique de l'angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les arythmies : diagnostic et traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres sujets :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
	Pas intéressé	Peu intéressé	Intéressé	Très intéressé
<b>3. La pneumologie</b>				
• L'interprétation des tests respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le consensus canadien sur le traitement de l'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infections pulmonaires et antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'oxygénothérapie à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Évaluation et traitement des MPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prévention et traitement de la tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres sujets :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<hr/>				

## Annexe 12 - Le groupe de discussion (focus group)

### Avantages

- Propose un environnement interactif propice à la discussion et aux décisions.
- Permet des échanges et des commentaires plus élaborés que le questionnaire.
- Permet des résultats rapides et une rétroaction immédiate.
- Permet des questions ouvertes avec contrôle de la discussion.
- Permet d'observer le non-verbal des réponses.
- Favorise l'engagement en mettant l'accent sur le consensus de groupe.
- Permet aux membres du groupe de développer leurs compétences d'analyse et de résolution de problème.
- Possibilité de recruter des participants provenant de régions distinctes si une plateforme de rencontre virtuelle est employée (évite les déplacements).

### Limites

- Est limité par la représentativité et l'homogénéité des groupes.
- Nécessite un recrutement des participants qui doit tenir compte de leur influence variable parmi le groupe (du passif au dominateur).
- Entraîne un recueil des données avec difficulté d'analyse et de compilation statistique.
- Nécessite la participation d'un modérateur expérimenté et qualifié.
- Requiert une assistance financière et en ressources humaines.
- Nécessite le déplacement et du temps de la part des participants si effectué en formule présentielle.
- Nécessite parfois de prévoir une formation de familiarisation avec la plateforme virtuelle utilisée, lorsque la formule en ligne est sélectionnée.

### Modalités

<i>Sélection des participants</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trois à quatre groupes de sept à dix participants.</li><li>• Liste préexistante selon les activités cliniques.</li><li>• Incitatifs pécuniaires ou récréatifs (repas).</li></ul>
<i>Environnement</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Endroit neutre.</li><li>• Table ronde, si en formule présentielle.</li><li>• Plateforme virtuelle, si effectué en ligne.</li><li>• Enregistrement audio ou vidéo.</li></ul>
<i>Modérateur</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entraîné, neutre et calme.</li><li>• Assisté d'un ou d'une secrétaire.</li><li>• Questions prédéterminées.</li></ul>
<i>Questions</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ouvertes, pertinentes.</li><li>• La première question doit « casser la glace ». Les suivantes doivent être progressives, sélectives.</li><li>• Pause (5 secondes) de réflexion, rétroaction entre chaque question.</li><li>• Éviter les questions de type : « pourquoi ? ».</li></ul>
<i>Analyse et rapport</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Objectifs clairs de l'analyse.</li><li>• Rapporteur identifié ; pertes de temps à éviter.</li><li>• Recommandations amenant un changement.</li><li>• Points clés, conclusion.</li></ul>

## Annexe 13 - La technique nominale de groupe - préparatifs et déroulement

### Avantages

- Permet à chaque participant de répondre de façon autonome, sans censure et sans être soumis aux pressions du groupe.
- Stimule la production de nouvelles idées, par la rédaction des idées, bien en vue de tous.
- Accroît la capacité du groupe à parvenir à un choix par ordre de préférence, sans pression des autres participants ni influence. Tous les participants influencent le vote de façon égale.
- Donne des résultats dans un temps relativement court (< 2 heures).

### Limites

- Nécessite la réunion de participants ayant des agendas chargés.
- Nécessite une animation neutre.
- Peut favoriser le choix de certaines idées globalisantes au détriment d'idées plus spécifiques. On perd ainsi de la spécificité.
- Peut faire paraître les énoncés choisis disparates, car avec des scores présentant des écarts très variables.
- Peut rendre difficile la détermination de l'importance d'un énoncé. Deux énoncés peuvent obtenir 8 points, l'un grâce au vote d'un participant ayant donné un score de 8 et l'autre grâce à 8 participants ayant donné le score de 1. Lequel a le plus d'importance ?

### Les préparatifs

#### ► La constitution des groupes

La théorie des groupes nous enseigne que le nombre optimal se situe entre cinq et neuf participants. Avec un nombre inférieur à cinq, on s'expose à une pauvreté d'idées originales ; en allant au-delà de neuf, on risque de diminuer la motivation des membres. Sur le plan qualitatif, la constitution d'un groupe dépendra de la nature du travail à effectuer. S'il s'agit d'une question complexe, exigeant des compétences particulières, on doit recourir à des experts du domaine concerné. Pour le moment, on peut dire de façon générale que les membres d'un groupe nominal doivent être intéressés à la question discutée et posséder l'expérience requise de manière à constituer une ressource pour le groupe.

#### ► Le matériel requis

Comme on le constatera lors de la description du processus, les fournitures suivantes sont nécessaires à la tenue d'une séance de travail :

- des feuilles mobiles grand format ;
- des crayons-feutres (marqueurs) ;
- un rouleau de ruban-cache (masking tape) ;
- un paquet de fiches (3" x 5") ;
- du papier et un crayon pour chaque participant.

#### ► La question de départ

Par rapport à l'analyse d'un programme, la technique nominale de groupe peut être utile chaque fois qu'il y a un inventaire à effectuer et un choix à faire. Il peut s'agir d'une question que l'on peut se poser à propos d'un programme, de problèmes, de solutions. Cette question doit être constamment présente à la vue des participants. Elle peut être écrite sur un tableau ou encore distribuée à chacun sur une feuille individuelle.

### ► **Le style d'animation**

L'animateur d'un groupe nominal doit manifester un leadership fonctionnel, c'est-à-dire qu'il doit être constamment centré sur la tâche. Son rôle consiste à bien faire connaître les règles de procédure et à les appliquer. Chaque étape du processus possède des objectifs bien précis et l'animateur est là pour les rappeler au groupe le cas échéant. Il doit également faire respecter l'horaire par des rappels qui invitent le groupe à l'autodiscipline. En fait, il agit comme un président d'assemblée.

### *Première étape : émission individuelle d'idées*

#### ► **Description**

Après avoir situé la tâche à accomplir, l'animateur distribue à chaque participant une feuille en haut de laquelle se trouve la question de départ. On utilise quelques minutes pour clarifier cette question, puis chacun répond individuellement sur sa feuille en alignant le plus grand nombre d'idées dans les cinq minutes mises à sa disposition.

#### ► **Conseils à l'animateur**

- Insister sur le caractère individuel du travail.
- Demander des réponses courtes, c'est-à-dire des énoncés formulés d'une manière concise.
- Une seule idée par phrase.

#### ► **Bénéfices attendus**

Cette façon de procéder comporte de nombreux avantages. Chaque participant peut se concentrer, il n'est pas interrompu et n'est pas soumis aux pressions du groupe ou d'un quelconque leader. Il n'y a pas de censure, de digression, d'accent sur une idée en particulier, ni de choix prématuré. Chacun reste centré sur la tâche et la banque d'idées se constitue dans les meilleures conditions possibles.

### *Deuxième étape : enregistrement des idées*

#### ► **Description**

À la faveur de nombreux tours de table, l'animateur enregistre sur les grandes feuilles mobiles les idées des participants. Chacun, à tour de rôle, exprime une idée à la fois en essayant de la formuler synthétiquement. Après quelques tours, il peut arriver qu'un membre du groupe ait épuisé sa liste. Quand arrive son tour, il dit : «Je passe». Il peut revenir au tour suivant, si les énoncés des autres participants ont stimulé sa pensée. On doit éviter la répétition des mêmes idées, mais encourager les variations sur un même thème.

#### ► **Conseils à l'animateur**

- Enregistrer les énoncés le plus rapidement possible.
- Utiliser les termes mêmes des participants.
- N'aider à synthétiser que dans des cas très rares.
- Faire en sorte que la liste entière est bien en vue en collant les grandes feuilles au mur.

#### ► **Bénéfices attendus**

Il y a de nombreux avantages à faire ce tour de table sans commentaires, sans jugement de valeur, presque mécaniquement. Le droit de parole est réparti équitablement entre tous les membres; on accroît ainsi l'intérêt pour la tâche. Il y a de plus, une dépersonnalisation des idées; après le deuxième tour, on ne se rappelle plus qui a dit quoi et les idées sont devenues la propriété du groupe. Les membres peuvent donc

exprimer des opinions conflictuelles dans une atmosphère non menaçante. De cette façon, on peut espérer une plus grande richesse de l'inventaire. Le fait d'enregistrer par écrit les opinions et de les placer bien en vue accroît la capacité de traiter plusieurs idées à la fois. Cette procédure fournit en même temps au groupe un aide-mémoire permanent et un instrument indispensable à la prise de décision.

### *Troisième étape : clarification des énoncés les uns après les autres*

#### ► **Description**

Après avoir situé la tâche et expliqué les règles du jeu, l'animateur lit à haute voix chaque énoncé dans l'ordre et demande aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires à formuler. Il alloue à chaque énoncé un temps égal de discussion pour éviter que l'on s'attarde sur les uns et que l'on néglige les autres. Ce qui aurait pour effet d'influencer le choix de la phase suivante.

#### ► **Conseils à l'animateur**

- Éviter que l'accent soit mis sur une idée en particulier.
- Indiquer clairement le temps total consacré à cette phase afin de permettre l'autodiscipline des participants et d'éviter d'intervenir lui-même trop fréquemment.
- Veiller à ce que les auteurs des idées ne soient pas invités à clarifier leurs propres énoncés. La clarification est la tâche du groupe.

#### ► **Bénéfices attendus**

Cette étape de discussion en groupe précédant le vote individuel vise avant tout un but de clarification. Avant d'avoir à se prononcer sur l'importance relative de chaque énoncé, il est nécessaire que tous les participants en aient une compréhension commune. Les interventions des membres n'ont pas pour but de faire triompher un point de vue, mais plutôt de faire saisir la logique qui sous-tend chaque idée. Le fait d'avoir à répartir le temps de discussion sur plusieurs énoncés permet la clarification, tout en éliminant la possibilité qu'un membre, soit à cause de son statut, soit à cause de ses prouesses d'éloquence, réussisse à dominer le groupe et à influencer la décision.

### *Quatrième étape : vote préliminaire sur l'importance des énoncés*

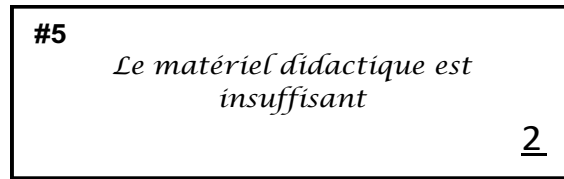
#### ► **Description**

Chaque participant reçoit huit petites fiches. S'il y avait moins de 20 énoncés, chaque participant en recevrait cinq<sup>1</sup>. Sur chacune des huit fiches, il inscrit un des huit énoncés sur les 25 qu'il considère comme le plus important. Il dispose ensuite les huit fiches devant lui. Il sort l'énoncé parmi les huit qu'il considère comme le plus important et lui accorde huit points. Il choisit ensuite celui des huit qu'il juge le moins important et lui donne un point. Il procède ainsi, des extrêmes vers le centre, jusqu'à ce que les huit énoncés soient mis en rang au moyen d'un score.

---

1 L'expérience des groupes démontre qu'un participant peut assigner avec précision un rang ou une valeur à plus ou moins sept énoncés. De façon empirique, on recommande de passer cinq fiches si le nombre total d'énoncés est inférieur à 20 et huit fiches s'il est supérieur. Lorsque chaque participant a fini de noter ses huit énoncés, l'animateur recueille les fiches et les brasse (comme un jeu de cartes) pour sauvegarder l'anonymat. Il demande ensuite à un participant de lui dicter les résultats qu'il inscrit sur une grande feuille mobile préparée à cette fin.

## Exemple d'une fiche



L'énoncé est écrit au centre de la fiche, son numéro dans la liste figure en haut à gauche, et le score est inscrit en bas de la fiche, à droite. Il est souligné pour éviter la confusion avec le numéro.

### ► **Conseils à l'animateur**

- Illustrer par un exemple la façon dont la tâche doit être accomplie.
- Dessiner une fiche et la compléter avec un énoncé fictif.
- Bien séparer les deux opérations de cette quatrième étape.
- Choix des huit priorités sur les 25 énoncés.
- Notation des énoncés un par un, selon la procédure décrite.
- Brasser les fiches pour conserver l'anonymat des participants.

### ► **Bénéfices attendus**

Les recherches de Hubert et Delbecq<sup>2</sup> ont démontré statistiquement que cette procédure avait pour avantage d'accroître la capacité du groupe de parvenir à une décision qui reflète ses véritables préférences. Il n'y a pas de pression pour forcer le consensus ni d'influence indue de la part des personnalités dominantes. Tous les participants, au même titre, peuvent influencer par leur vote la décision du groupe.

### *Conclusion provisoire*

Le processus de décision par la technique nominale de groupe pourrait prendre fin avec cette quatrième étape. Nous avons jusqu'ici atteint les objectifs visés. En effet, nous avons réussi à dresser un inventaire des problèmes et nous avons décidé lesquels sont les plus aigus. Nous remarquons cependant une certaine dispersion dans la distribution des scores.

Pour raffiner la prise de décision, on peut ajouter deux autres étapes à la technique : discussion des résultats du vote et vote final.

---

2 Hubert, G. et Delbecq, A.L. «Guidelines for Combining the Judgements of Individual Group Members in Decision Conferences». Academy of Management Journal, vol. 15, n°2, juin 1982.

## ÉTAPES FACULTATIVES

### *Cinquième étape : discussion du vote préliminaire*

#### ► **Description**

Si cette cinquième étape s'effectue avec une seule équipe et une seule liste d'énoncés, on peut enchaîner immédiatement avec la discussion du vote. Cependant, lorsque deux ou plusieurs équipes sont réunies autour d'une liste maîtresse élaborée à partir du regroupement des énoncés et d'une addition de scores, il est normal que l'on procède à une phase de clarification avant la discussion du vote préliminaire. Car la formulation des énoncés de la liste maîtresse est nouvelle pour une grande partie des membres du groupe. Cette phase de clarification se déroule comme celle qui est décrite à la troisième étape (clarification des énoncés).

La discussion du vote préliminaire doit être brève et se dérouler sans insistance induite sur un énoncé ou un groupe d'énoncés. En revanche, il n'est pas nécessaire de traiter tous les énoncés. On ne relève que les votes présentant ce que l'on peut considérer comme des anomalies ou des résultats pour le moins surprenants. On peut aussi discuter de l'allure générale du vote et mettre en évidence soit la dispersion de sa distribution ou encore l'apparition d'un net consensus sur peu d'énoncés.

#### ► **Conseils à l'animateur**

- Bien définir la tâche comme devant servir à une meilleure compréhension des énoncés en vue d'un vote final et non pas à un accroissement artificiel du consensus par la pression.
- Insister sur la brièveté des interventions pour éviter que les énoncés dont on ne parle pas soient perçus comme peu importants.

#### ► **Bénéfices attendus**

À la condition que l'animateur présente bien les objectifs de cette étape et qu'il veille à la brièveté des interventions, on peut attendre des bénéfices certains d'une telle démarche avant le vote final. En faisant ressortir les anomalies du vote préliminaire, on réduit la possibilité que les écarts soient attribuables à un manque d'information ou à des malentendus sur le contenu des énoncés. Si les écarts persistent au vote final, on sera davantage certain qu'il s'agit de réelles divergences d'opinions.

### *Sixième étape : vote final*

Cette étape se déroule comme la quatrième, mais il faut maintenant choisir cinq énoncés prioritaires au lieu de huit étant donné que leur nombre est inférieur à 20. L'animateur procède de la même façon et les bénéfices attendus sont les mêmes qu'à la quatrième étape, avec un accroissement de la précision dans la mise en commun des jugements individuels pour faire ressortir une décision de groupe. On note aussi chez les participants un sentiment accru d'avoir vraiment achevé la tâche.

## Annexe 14 - La révision et l'analyse des dossiers

### Avantages

- Utilisent des dossiers comme stimulation de discussion avec les pairs.
- Utilisent des dossiers comme marqueur de la performance d'un groupe.
- Identifient les besoins démontrés.
- Permettent un haut niveau d'objectivité et de fidélité.
- Rendent le participant actif.
- Évaluent tout un épisode de soins.
- Permettent une dépersonnalisation du processus, lorsqu'appliqué à un grand nombre de médecins.
- Sont utiles pour répondre aux organismes externes (accréditations, etc.).

### Limites

- Dépendent de la qualité de la tenue des dossiers.
- Nécessitent un dossier valide et organisé sous une base de données (limite moins présente avec l'emploi de dossiers médicaux électroniques).
- Offrent peu de flexibilité et évacuent parfois la variabilité que comporte l'acte médical.
- Demandent temps et expertise (archiviste).
- Constituent un processus uniquement rétrospectif.
- Entraînent une perte de l'anonymat s'il s'agit d'un petit groupe de médecins.

### Modalités

Différentes modalités peuvent être utilisées pour la révision des dossiers et l'étude des besoins, tels l'évaluation par critères explicites, implicites ou par le monitoring d'indicateurs de qualité. Ils ont tous un processus en partie identique et en partie distinct. Parmi les étapes identiques, mentionnons :

#### **L'identification du sujet**

Vu la multitude des actes médicaux possibles, on devra définir les priorités de formation selon certains paramètres, notamment :

- la prévalence du sujet ;
- la gravité du sujet ;
- le potentiel d'amélioration.

#### **Les critères ou les indicateurs**

Une fois le sujet identifié, on doit déterminer les critères d'évaluation ou les indicateurs choisis. Les qualités d'un critère ou d'un indicateur sont :

- de pouvoir se retrouver dans le dossier ;
- d'être scientifiquement reconnu ;
- d'être mesurable ;
- d'être jugé indispensable à la prestation de soins de qualité.

#### **Le nombre de dossiers**

Pour l'évaluation par critères implicites ou explicites, on doit déterminer le nombre de dossiers à réviser. De façon générale, 30 dossiers sont suffisants.

### **La collecte et la compilation des données**

On recherche la présence ou l'absence des critères retenus et l'on consigne les observations. On doit compiler les résultats par critère en pourcentage à l'égard de leur conformité. On peut aussi exprimer un indicateur selon un taux de prévalence, de mortalité, de présence ou d'absence d'un acte diagnostique ou thérapeutique.

### **L'analyse des données**

On doit analyser les données de façon critique en déterminant si l'absence d'un critère est le résultat d'un manque de connaissances ou de performance. On peut aussi suivre un indicateur dans le temps ou en le comparant avec un seuil d'acceptabilité.

### **L'implantation des changements requis**

Une fois l'analyse des dossiers effectuée, il est essentiel de transmettre les informations recueillies aux participants et aux organisateurs d'activités de DPC afin d'élaborer une stratégie pour améliorer l'exercice médical.

## Annexe 15 - Format des activités de DPC

L'organisateur d'activité de DPC peut choisir un ou plusieurs format(s) pour les activités de formation qu'il planifie. Il convient de bien évaluer les forces et limitations de celles-ci.

Formats	Exemples	Forces/Avantages	Limitations/Désavantages
<b>Présentiel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Congrès organisé dans un hôtel</li> <li>Séance organisée dans une clinique/hôpital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Format le plus connu/populaire</li> <li>Permet de facilement faire du réseautage avec collègues</li> <li>Permet de jumeler l'activité avec des événements ludiques, sportifs ou culturels en dehors des heures de formation</li> <li>Favorise les échanges et les apprentissages non formels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peut être plus coûteux (si la location d'une salle est nécessaire)</li> <li>Nécessite de se déplacer</li> <li>Moins pratique pour les médecins en région ou ceux avec de jeunes enfants</li> </ul>
<b>Virtuel synchrone</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Webinaire le midi</li> <li>Congrès virtuel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapidement accessible pour tous</li> <li>Facilite l'utilisation d'outils technologiques</li> <li>Format facilement adaptable pour les petits ou grands groupes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne nécessite pas de déplacement</li> <li>Interactivité limitée avec le conférencier</li> <li>Interaction limitée avec les autres participants</li> <li>Nécessite que les personnes-ressources soient à l'aise avec les plateformes numériques</li> <li>Maintenir l'intérêt et l'engagement des participants peut être difficile pour de longues périodes</li> </ul>
<b>Virtuel asynchrone sans interactivité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vidéo préenregistrée sur un site Web</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne nécessite pas de libérer du temps clinique (disponible 24/7)</li> <li>Facile à produire</li> <li>Fichier peut être hébergé sur des plateformes numériques facilement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'interactivité</li> <li>Impact limité sur l'acquisition/rétention des connaissances</li> </ul>
<b>Virtuel asynchrone avec interactivité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme d'autoévaluation des connaissances en ligne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne nécessite pas de libérer du temps clinique (disponible 24/7)</li> <li>Permet de poser des questions au conférencier sur un forum d'échanges</li> <li>Permet au participant d'interagir avec le contenu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'interactivité en direct avec le conférencier</li> <li>Nécessite habituellement une plateforme de gestion des apprentissages</li> <li>Requiert plus de temps à préparer</li> <li>Peut être plus coûteux à développer</li> </ul>
<b>Hybride</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Congrès en présentiel suivi d'un programme hébergé sur une plateforme de gestion des apprentissages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprend les avantages des formats en présentiel et en virtuel</li> <li>Permet d'offrir des formations longitudinales reconnues pour améliorer l'acquisition et la rétention des connaissances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprend les désavantages des formats en présentiel et en virtuel</li> </ul>

## **Annexe 16 - Les activités à privilégier selon l'objectif à atteindre**

### **Les activités pour l'acquisition de connaissances :**

- La conférence magistrale.
- Le symposium.
- Le panel.
- Le colloque.
- L'interview.
- La lecture.
- La baladodiffusion.
- Le club de lecture.
- Le module de formation en ligne.
- La vidéo préenregistrée.
- L'outil informatique à la décision clinique.

### **Les activités pour l'intégration des connaissances à l'exercice professionnel :**

- La discussion de cas et l'atelier interactif en petits groupes.
- Le séminaire.
- Le débat.
- Le forum.
- Le stage clinique.
- Le tutorat clinique.
- Le mentorat.
- Le coaching.

### **Les activités pour l'acquisition d'habiletés techniques, procédurales ou de communication :**

- La démonstration sur un véritable patient, un mannequin, un simulateur ou un patient standardisé.
- L'atelier technique en virtuel, en centre de simulation ou en milieu clinique.
- Le stage clinique.

### **Les activités pour les habiletés relationnelles ou des changements de comportements :**

- Le théâtre.
- Le jeu de rôle en virtuel, en présentiel ou en centre de simulation.
- Le jeu de rôle en centre de simulation pour des équipes cliniques avec ou sans patient partenaire.

## Annexe 17 - La conférence magistrale

### DÉFINITION

1. Activité pédagogique de 20 à 90 minutes où le conférencier est un expert qui transmet ses connaissances à un groupe d'apprenants qui «souhaitent» les assimiler.
2. Adaptée aux aspects théoriques ou à des connaissances.
3. Une bonne conférence magistrale, c'est lorsque le conférencier commence en annonçant ce qu'il a à dire, dit ce qu'il devait dire et termine en résumant ce qu'il a dit.

### AVANTAGES

1. Contrôle du contenu.
2. Transmission de l'intérêt du conférencier.
3. Coûts peu élevés.

### INCONVÉNIENTS

1. Passivité de l'apprenant, ce qui a pour conséquence une baisse de concentration, de l'attention et de la rétention (l'apprenant retient 40 % du message dans les 15 premières minutes).
2. Totale tributaire de l'expertise et des qualités de communication du conférencier.
3. Rétroaction difficile.

### INDICATIONS

1. Rafraîchir certains concepts.
2. Accès à de nouvelles connaissances.
3. Vue générale du domaine.
4. Présenter le point de vue ou l'expérience du conférencier.

### RÈGLES D'UTILISATION

1. Structure :
  - 20 % de temps pour l'introduction
  - 60 % pour l'information
  - 20 % pour la conclusion
2. L'assistance technique choisie pertinemment, construite adéquatement et utilisée correctement.
3. Varier le ton de voix, la position du corps ; intercaler des exemples pour ramener et stimuler l'attention.
4. Prévoir une période d'échanges à la suite de la conférence.

## Annexe 18 - Le panel (table ronde)

### UTILITÉS SPÉCIALES

- Identifie et clarifie une problématique.
- Met en lumière différents points de vue.
- Stimule l'intérêt.
- Favorise la compréhension des composantes d'un sujet.
- Stimule la réflexion et l'analyse.
- Utilise une expertise variée.
- Peut s'adresser à un vaste auditoire.

### LIMITATIONS

- Requiert un modérateur habile à susciter et guider la discussion.
- Les auditeurs n'ont pas toujours l'intérêt, les connaissances ou l'expérience pour tirer profit de la discussion.
- Risque de monopolisation du temps par un panéliste.
- Présente de l'information parfois désordonnée, non systématique.
- Non-participation de l'auditoire.
- Les panélistes doivent posséder des habiletés oratoires équivalentes.

## Annexe 19 - Douze trucs pour réussir une affiche

### 1. Choisir un site spacieux

La salle d'exposition des affiches doit être assez spacieuse et facilement accessible pour permettre une bonne circulation entre les affiches.

### 2. Respecter le temps disponible

On doit fournir aux participants un programme des affiches offertes, car le temps disponible pour les sessions est souvent restreint.

### 3. Éviter le labyrinthe

Il est important de donner aux participants un plan des différentes affiches pour les guider dans la salle d'affichage et de leur offrir par la même occasion des informations écrites supplémentaires.

### 4. Limiter la quantité d'information

Il faut restreindre l'information sur une affiche. Il ne s'agit pas de mettre toute l'information d'une présentation scientifique orale sur une même affiche. Il faut plutôt utiliser des illustrations pour alléger l'information.

### 5. Utiliser la couleur

L'utilisation des couleurs rend une affiche plus attrayante. Il faut attirer le participant à votre affiche et tous les moyens sont bons. Voici les dix meilleures combinaisons de couleurs pour le lettrage et pour le fond :

Lettrage	Fond
Noir	Jaune
Jaune	Noir
Vert	Blanc
Rouge	Blanc
Noir	Blanc
Blanc	Bleu
Bleu	Jaune
Bleu	Blanc
Blanc	Noir
Vert	Jaune

### 6. Protéger votre affiche

Préparer une affiche exige beaucoup de travail; il faut prévoir une façon de protéger adéquatement l'affiche pour éviter le bris. Un laminage est une façon de faire perdurer votre affiche.

### 7. Durabilité de l'affiche

Un laminage à chaud est une bonne façon, mais attention à la fonte des couleurs si une mauvaise température est utilisée.

### 8. La disposition

Lors du montage de votre affiche, on doit éviter de placer trop de feuilles sur le tableau d'affichage et trop près l'une de l'autre, car ceci diminue l'attrait.

**9. Le bruit**

Éviter l'utilisation d'appareils compliqués ; sinon, les isoler pour ne pas nuire aux autres affiches.

**10. Simple et imaginatif**

Garder l'information significative et succincte. Éviter les « puzzles » compliqués, mais soyez imaginatif.

**11. Une expérience éducative**

La solution de problème attire plus qu'un simple énoncé de faits : ce sera une expérience éducative intéressante.

**12. La propreté**

Laisser l'espace propre à la fin de votre exposition si vous voulez être réinvité !

## Annexe 20 - Les séances d'affiches

### *Définition*

**L'affiche est :**

- Un outil pédagogique flexible
- Un élément de communication
- Un élément d'interaction
- Un outil permettant de présenter le résumé d'un sujet

**L'affiche peut être complétée par :** une session interactive ou un document d'accompagnement

### *Avantages*

- Permet le partage d'idées et d'expériences
- Favorise une interaction plus grande et individualisée
- Illustre et schématise un sujet
- Constitue souvent la première occasion de présenter sur un projet

### *Désavantages et limites*

**Pour le présentateur :**

- Limitation du contenu
- Coût de production
- Investissement vs motivation
- Court temps d'exposition

**Pour les organisateurs d'une activité de DPC :**

- Coût pour l'organisation
- Coordination plus grande
- Sécurité des lieux à prévoir
- Temps à préserver
- Orientation des participants à prévoir

### *Organisation d'une session d'affiches*

- Choisir entre un grand local ou plusieurs petits locaux
- Prévoir des panneaux en nombre suffisant
- Prévoir l'installation de tables et de chaises pour les présentateurs
- S'assurer d'un éclairage adéquat

**Matériel requis :**

- Velcro, punaises, papier collant, ciseaux, etc.

**Préciser et en informer les présentateurs avant le début de l'activité :**

- La disposition des lieux
- La grandeur des kiosques
- La dimension et la nature des panneaux

- Les moyens de fixations
- Le moment de l'installation et de la désinstallation
- L'horaire et la durée des sessions

### *Déroulement d'une session d'affiches*

#### **Séance d'affiches sans modérateur**

- Libre circulation des participants (de 20 à 30 minutes) pour permettre la lecture des affiches et une rencontre avec les présentateurs

#### **Séance d'affiches avec modérateur**

- Durée totale de la séance : entre 1 heure et 1 heure 30 minutes
- Ouverture de la session par l'animateur (5 minutes)
- Présentation de l'affiche 5 minutes
- Interaction avec l'auditoire 2-3 minutes

#### **Séance d'affiches avec résumé oral**

- Également avec un modérateur
- Présentation (5 minutes) sur les points majeurs de l'affiche
- Interaction avec l'auditoire 2-3 minutes
- Invitation à poursuivre la discussion et à aller voir l'affiche

## Annexe 21 - Moyens de stimuler l'interaction

### Moyens de stimuler l'interaction dans les ateliers

#### Considérations d'ordre général

- La disposition physique des lieux.
- Une préparation et un choix judicieux de l'expert.
- L'implication des participants par des moyens divers : tablettes de papier, prétest, cas cliniques, questions manuscrites de la salle.
- Animation :
  - choix de l'animateur vs personne-ressource (expert compétent);
  - prévoir un temps de discussion;
  - approche systématique.
- Organisation technique :
  - préparation des participants (documentation préalable).
- Organisation spatiale :
  - local approprié au nombre de participants;
  - audiovisuel;
  - temps alloué à la discussion.
- Étude des besoins et choix de la pertinence du sujet et de l'activité :
  - utilisation du groupe nominal pour la collecte des données.

#### Au niveau de l'organisation

- Contrat clair à l'animateur (objectifs limités).
- Importance de favoriser les échanges.
- Contexte, usage judicieux du temps.
- Fournir une formation nominale à l'animateur sur les règles susceptibles de favoriser l'interaction.
- Ne pas changer les règles du jeu à la dernière minute, par exemple transformer un atelier prévu pour 25 personnes en un atelier pour 70 personnes.

#### Au niveau de l'animation

- Dégeler le groupe s'il s'agit d'un petit groupe : expliquer clairement le but et le déroulement; présentation sur l'expertise nécessaire.
- Partir de cas problèmes adaptés.
- Distinguer les rôles d'expert et d'animateur.

#### Au niveau de l'assistance technique

- S'assurer que le présentateur maîtrise le support audiovisuel. Celui-ci ne doit pas être un frein à la présentation.

## Les avantages de l'interaction

- Favorise l'implication personnelle et aide l'intégration des participants à la discussion, ce qui donne un sentiment de satisfaction et favorise la communication.
- Permet le maintien de l'attention par des échanges pratiques.
- Permet aux participants d'exprimer leurs besoins.
- Permet de répondre aux attentes en direct.
- L'appel au vécu des participants facilite la rétention d'informations.
- Maximise l'exploration du sujet.
- Accroît la pertinence : l'activité est plus adaptée aux besoins spécifiques, plus clinique ; c'est un agent de motivation qui amène une meilleure rétention.
- Permet l'auto-évaluation et la validation des notions connues ou apprises récemment.
- Identifie des besoins non perçus précédemment et stimule la recherche d'informations.

## Les difficultés et les causes d'un manque d'interaction

- Utiliser l'atelier à mauvais escient.
- Manquer de préparation.
- Accepter un trop grand nombre de participants et manquer d'homogénéité.
- Attribuer tous les rôles à la même personne : expert, modérateur, secrétaire.
- Induire une dynamique insuffisante.
- Gérer la dynamique de groupe : sujet, temps, participation équitable.

## À quel moment l'interaction devient-elle inopportune ?

- Lorsque l'information relève de la relation d'autorité et fait appel à la clarification et non à la discussion.
- Lorsque le groupe n'est pas réel, qu'il est hétérogène, mais sans traits communs.
- Lorsque le groupe ne se voit accorder aucune possibilité de choix.
- Lorsque l'organisation temporelle est déficiente et lorsqu'il y a déficience d'animateur, d'expert, d'appareillage.
- Lorsqu'il y a absence d'objectifs d'apprentissage réels.
- Lorsque la disparité des individus est très grande quant aux connaissances, expériences ou attitudes.
- Lorsqu'il y a absence de définition des rôles et de la méthode.
- En cas de grande résistance au changement, passivité ou dépendance dans l'apprentissage.
- Lorsque la taille du groupe est très importante.
- La communication d'un contenu cognitif nouveau ou normatif ne semble pas nécessiter le recours à l'atelier interactif.

## Annexe 22 - Le forum

### Description

- Le modérateur introduit le sujet de discussion et explique la procédure. Il invite les participants à s'exprimer, à réagir aux contributions des autres, à faire part de leur opinion et de leurs expériences, à soulever des questions.
- Il amorce la discussion par une invitation ou une question adressée à l'auditoire.
- Il dirige la discussion en veillant à susciter la participation de l'auditoire.
- Il évite que l'échange ne se polarise entre deux ou trois participants sur un seul point.
- Au besoin, il relance les questions soulevées à l'auditoire ou il invite les intervenants à éclaircir ou préciser leur pensée.
- Lorsqu'indiqué, il fait appel aux personnes-ressources pour commenter les interventions, fournir de l'information, répondre à une question, émettre une opinion pour relancer la discussion. Ces interventions sont brèves et directes. Ce ne sont pas des exposés préparés d'avance.
- Il fait périodiquement le point.
- Il conclut ou invite une personne-ressource à le faire.

### Avantages

- Permet la contribution verbale de l'auditoire.
- Les personnes-ressources seront plus attentives aux besoins et aux attentes des participants.
- Stimule l'attention des participants lors des activités qui précèdent le forum, lorsqu'ils réalisent qu'ils auront à donner leur opinion sur le sujet.
- L'expérience des participants peut être mise à contribution.
- Les connaissances des personnes-ressources sont utilisées pour répondre aux besoins et aux attentes à mesure qu'ils se manifestent.

### Utilités

- Clarifier ou explorer les questions soulevées ou l'information présentée par une intervention précédente comme un exposé, une table ronde, un symposium, une entrevue, une démonstration, un jeu de rôle, etc.
- Permettre à l'auditoire d'exprimer ses idées et ses opinions.
- Susciter une discussion plus élaborée que ne le permet la période de questions.
- Permettre aux personnes-ressources de répondre aux besoins et aux intérêts des participants à mesure qu'ils se manifestent au cours de la discussion.
- Identifier des besoins ou des intérêts auxquels on devra répondre dans les interventions ultérieures.

### Limites

- L'auditoire doit avoir suffisamment de connaissances ou d'expérience sur le sujet pour permettre une discussion intelligente du sujet.
- Le modérateur doit maîtriser l'art de guider la discussion dans un grand groupe.
- Souvent, le temps ne permet pas à chaque membre d'un vaste auditoire de s'exprimer. Plusieurs peuvent cependant s'identifier aux intervenants.
- Il est difficile d'inciter certaines personnes à s'exprimer dans un grand groupe.
- Il est parfois difficile d'obtenir une disposition des lieux qui favorise l'échange entre participants, surtout avec un très grand groupe.
- Les personnes-ressources doivent faire preuve de flexibilité pour traiter des problèmes à mesure qu'ils sont soulevés et répondre aux besoins tels qu'ils se manifestent. Elles doivent renoncer à présenter une conférence bien ficelée et accepter le risque de ne pouvoir apporter une réponse à toutes les questions soulevées.

## Annexe 23 - L'atelier et la discussion de cas

### Principales caractéristiques

- Font appel à l'expérience et au jugement des participants.
- Sont centrés sur des problèmes ou des intérêts communs.
- Impliquent un rôle actif des participants.
- Peuvent utiliser diverses méthodes, principalement la discussion de cas.

### Utilités spéciales

- Permettent d'appliquer l'information nouvelle aux situations cliniques.
- Permettent d'analyser les problèmes de pratique et d'y trouver des solutions appropriées.
- Adaptent l'apprentissage au vécu des participants.
- Respectent plusieurs caractéristiques de l'apprentissage des adultes.
- Utilisent l'expérience professionnelle des participants.
- Sont orientés vers leurs tâches.
- Sont centrés sur les problèmes pertinents.

### Limitations

- Limités à de petits groupes ; les grands groupes doivent être supervisés.
- Requièrent un expert qui peut s'adapter à ce format.
- Dégénèrent parfois en exposé par l'expert s'il s'adapte mal à cette méthode.
- Requièrent un animateur qui dirige le groupe vers la tâche à accomplir.

### Rôle de l'expert

#### **Le rôle de l'expert est davantage de :**

- Compléter l'information pertinente qui ressort de la discussion du groupe.
- Commenter les solutions retenues par le groupe.
- Stimuler la réflexion.

Le terme « atelier » a été utilisé dans des sens très différents. Un exposé à un petit groupe ne constitue pas un atelier même lorsque le participant peut choisir entre plusieurs options.

## Annexe 24 - Douze suggestions pour réussir une activité de formation en petit groupe

Les activités en petit groupe permettent à ses participants de :

- Discuter et raffiner leur compréhension de problèmes cliniques ;
- Résoudre des problèmes et appliquer leurs connaissances à de nouvelles situations ;
- Modifier leurs attitudes et comportements.

Voici donc douze suggestions qui aideront les animateurs et les personnes-ressources (experts) à réussir leur activité de formation en petit groupe, que ce soit lors de l'atelier interactif, de discussion de cas ou d'un club de lecture.

1. Planifiez votre activité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurez-vous que le petit groupe est la meilleure méthode d'apprentissage pour les objectifs fixés ;</li> <li>• N'oubliez pas que les buts de l'apprentissage par petit groupe sont à la fois éducatifs et sociaux ;</li> <li>• Formulez des objectifs clairs, tentez de bien identifier les besoins et les attentes du groupe, et préparez un plan de déroulement de l'activité ;</li> <li>• Assurez-vous que le groupe sera formé de 3 à 8 personnes et prévoyez l'aménagement des lieux en conséquence.</li> </ul>
2. Au début de l'activité, à titre d'animateur, favorisez la convivialité entre les membres du groupe et convenez avec eux du mode de fonctionnement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentez-vous et présentez les participants les uns aux autres ;</li> <li>• Indiquez clairement la tâche à effectuer, le temps disponible et les moyens envisagés pour ce faire ;</li> <li>• Confirmez les besoins et les attentes des participants ;</li> <li>• Essayez de les intégrer au plan que vous aviez prévu ;</li> <li>• Convenez avec eux du déroulement de l'activité.</li> </ul>
3. Créez une atmosphère propice à l'apprentissage.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essayez d'établir un climat de confiance entre les participants ;</li> <li>• Démontrez du respect pour chacun des membres du groupe ;</li> <li>• Encouragez la collaboration et le travail d'équipe.</li> </ul>
4. Concentrez l'énergie du groupe sur la tâche à accomplir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigez les discussions en fonction des objectifs, et mettez fin avec délicatesse aux interventions inappropriées ;</li> <li>• Aidez le groupe à formuler les principes qui sous-tendent les échanges et à identifier des sujets pouvant faire l'objet d'une étude plus approfondie ;</li> <li>• À quelques reprises durant l'activité, rappelez au groupe ce qu'il reste à faire et le temps à sa disposition.</li> </ul>
5. Encouragez la participation et l'implication individuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posez des questions concrètes et stimulantes, favorisant une pensée critique et conduisant à la résolution de problèmes ;</li> <li>• Clarifiez les idées émises afin qu'elles soient comprises de tous ;</li> <li>• Encouragez les participants à se parler entre eux plutôt qu'à vous de parler, écoutez attentivement leurs propos et leurs échanges ;</li> <li>• Rappelez-vous que l'activité de « formation en petit groupe » n'est pas une « conférence donnée à un petit groupe ».</li> </ul>
6. À l'intérieur du petit groupe, variez les outils d'apprentissage.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essayez de varier vos outils d'apprentissage afin de maintenir la participation, l'intérêt et la motivation des participants. Ainsi :             <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Utilisez les cas cliniques pour promouvoir la résolution de problèmes cliniques ;</li> <li>◇ Aidez les participants à devenir de bons communicateurs en sollicitant des présentations ;</li> <li>◇ Utilisez les jeux de rôle et les simulations pour développer des habiletés et modifier des attitudes ou des comportements ;</li> <li>◇ Servez-vous d'un film ou d'une vidéo comme point de départ à une discussion ;</li> <li>◇ Soutenez vos messages clés par de courts textes ou des guides remis aux participants ;</li> <li>◇ Proposez de courts questionnaires pour vérifier l'apprentissage des connaissances et la compréhension du sujet discuté.</li> </ul> </li> </ul>

<p>7. Donnez des informations pertinentes et répondez adéquatement aux questions soulevées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partagez vos expériences personnelles avec les membres du groupe ;</li> <li>• Donnez l'information pertinente de façon succincte ;</li> <li>• Consolidez les connaissances des participants en les enrichissant de vos connaissances et de votre expérience.</li> </ul>
<p>8. Soyez sensible à la dynamique du groupe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encouragez et soutenez les échanges entre les participants ;</li> <li>• Sachez reconnaître les changements dans l'atmosphère, les attitudes ou la participation ;</li> <li>• Essayez d'identifier les rôles joués par chacun des participants dans le groupe. Utilisez ces informations pour consolider le groupe et favoriser l'accomplissement de la tâche ;</li> <li>• Aidez le groupe à négocier les tensions et les conflits, et à travailler à la consolidation des liens qui les unissent.</li> </ul>
<p>9. Apprenez à surmonter les problèmes de fonctionnement les plus fréquents, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ difficulté à démarrer la discussion ;</li> <li>◇ manque de participation ;</li> <li>◇ conflits dans le groupe ;</li> <li>◇ buts et objectifs irréalistes ou non clairs ;</li> <li>◇ manque d'interactions entre les participants dû à un animateur trop directif et perte de motivation des participants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnez-vous sur les causes du problème ;</li> <li>• Réfléchissez à ce que vous pourriez faire différemment afin de surmonter le problème ;</li> <li>• Partagez vos impressions avec le groupe sur la présence d'une difficulté et des moyens possibles d'y remédier ;</li> <li>• Au besoin, intervenez directement pour régler le problème (ex. : changements dans l'aménagement physique).</li> </ul>
<p>10. Faites une récapitulation et une synthèse des principaux éléments de discussion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À quelques reprises lors de l'activité, regroupez les éléments de discussion par thèmes et faites une synthèse de ce qui a été discuté ;</li> <li>• À la fin de l'activité, faites un résumé des points clés discutés, ou demandez à un des participants de faire un tel résumé ;</li> <li>• Assurez-vous de prévoir le temps requis pour cette étape.</li> </ul>
<p>11. Évaluez l'activité et planifiez un suivi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essayez de noter les progrès des participants et encouragez la rétroaction positive entre les membres du groupe ;</li> <li>• Évaluez l'activité, d'abord avec le groupe puis avec vous-même ;</li> <li>• Sollicitez une rétroaction des participants sur votre performance ;</li> <li>• Commencez sans tarder votre planification pour la prochaine rencontre.</li> </ul>
<p>12. Sachez tirer du plaisir de votre expérience.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'enthousiasme de l'animateur, lors d'une activité de formation en petit groupe, est particulièrement contagieux.</li> </ul>

## Annexe 25 - Le jeu de rôle

### Ce qu'est un jeu de rôle

- Une activité de simulation effectuée à l'aide d'un scénario écrit, crédible et qui permet l'atteinte d'objectifs par l'entremise d'acteurs et/ou de patients partenaires.
- Le rôle doit être rédigé de façon à rendre le participant actif.
- Un encadrement et une rétroaction doivent être associés.
- Les participants à tour de rôle jouent le ou les rôles. Ils peuvent alterner entre un rôle d'acteur, d'observateur ou d'analyste. Des grilles de corrections peuvent être utilisées afin d'offrir une rétroaction aux participants.
- Sert d'abord à l'apprentissage d'attitudes et de comportements relationnels :
  - ◇ Médecin – patient.
  - ◇ Médecin – collègue.

### Ce que le jeu de rôle n'est pas

- Un concours d'acteurs.
- Une séance d'humiliation.
- Une psychothérapie.

### Pourquoi choisir le jeu de rôle ?

- Démontrer.
- Pratiquer des façons d'être et de faire en contexte « protégé ».
- Prendre conscience de l'effet de certaines attitudes du médecin sur le patient.
- Prendre conscience de l'expérience affective vécue par le patient dans ce contexte.

### Quoi faire avant le jeu ?

- Préciser l'objectif poursuivi.
- Maintenir le cap sur cet objectif.
- Développer une mise en situation réaliste.
- Définir des rôles clairs et des consignes précises pour l'acteur patient ou médecin ou observateur.
- Prévoir de courtes séquences interrompues.
- Définir les modalités de jeu :
  - ◇ Démonstration ;
  - ◇ Dyade(s), triade(s) ;
  - ◇ Jeu assisté ;
  - ◇ Inversion de rôles ;
  - ◇ Filmé.

## Comment animer le jeu ?

- Présenter l'objectif et les règles de fonctionnement.
- Présenter la situation, décrire et attribuer les rôles.
- Organiser l'environnement.
- Diriger le jeu avec souplesse et tact.
- Animer la discussion en lien avec l'objectif.
- Essayer à nouveau au besoin.
- Offrir un débriefing.
- Résumer et évaluer.

## Conclusion

- Utiliser le jeu de rôle pour ce qu'il est.
- Se centrer sur le participant.
- Jeu et discussion sont inséparables.

## Annexe 26 - Conseils pratiques au conférencier d'une activité de DPC

### Préparation de la présentation

- Divisez votre présentation en trois sections :
  - ◇ L'introduction, au cours de laquelle vous devriez exposer le plan de votre présentation (environ 25 % du temps total alloué);
  - ◇ Le corps de la présentation (environ la moitié du temps total alloué);
  - ◇ La conclusion, qui devrait être consacrée à un résumé de la présentation et un renforcement des messages clés (environ 25 % du temps total alloué).
- L'apprentissage sera amélioré si vous puisez dans l'expérience des participants; fournissez-leur des informations utiles et applicables à leur pratique, et maintenez-les en alerte en stimulant leur attention.
- Pensez à des façons d'impliquer votre auditoire : donnez un prétest (dont les réponses seront fournies par votre exposé), posez-leur des questions durant votre présentation, divisez les participants en petits groupes (deux ou trois) pour des discussions de quelques minutes.
- En moyenne, l'attention d'un participant peut être maintenue pour une trentaine de minutes; un bon présentateur devrait donc être en mesure de transmettre trois messages clés au cours d'une présentation durant entre 30 et 60 minutes.
- Prévoyez de finir votre présentation au moins 10 minutes avant la fin du temps qui vous est allouée, de façon à laisser suffisamment de temps pour la période de questions.

### Avant et durant la présentation

- Arrivez tôt et assurez-vous du bon fonctionnement du matériel audiovisuel.
- Vérifiez l'ordre de vos diapositives.
- Assurez-vous que la position que vous occuperez sur le podium permettra à tous les participants de bien vous voir et de bien vous entendre.
- Entamez votre présentation avec panache, de façon à susciter l'intérêt de l'auditoire.
- Parlez aux participants et non à l'écran de projection.
- Évitez de fixer une seule personne pendant votre présentation; un survol de l'auditoire vous permettra entre autres de vérifier l'intérêt des participants et vous aidera à maintenir leur attention.
- Ne lisez pas le texte de vos diapositives; vous devriez « broder » autour de ce texte, qui doit servir de support à votre présentation.
- Évitez les maniérismes non verbaux (p. ex. Évitez d'arpenter constamment la tribune), qui nuisent à l'attention de l'auditoire.
- Parlez lentement; la plupart des présentateurs ont tendance à parler trop rapidement; très peu ayant la tendance inverse.
- Si vous utilisez un pointeur, évitez de le déplacer en tous sens sur l'écran.
- Assurez-vous que l'éclairage de la salle est aussi élevé que possible; il peut être diminué pour la présentation de vos diapositives, mais devrait être augmenté sitôt votre présentation visuelle complétée.
- Ne tentez pas de transmettre trop d'informations au cours d'une seule présentation.
- Débutez à l'heure prévue, terminez à l'heure prévue.

## Les aides audiovisuelles

### Diapositives

- Prévoyez un maximum d'une diapositive par minute de présentation (p. ex. : pour une présentation de 10 minutes, prévoyez au plus 10 diapositives ; pour une présentation de 30 minutes, 25 diapositives).
- Souvenez-vous de la règle du « 6 x 6 » : pas plus de 6 lignes de texte, et pas plus de 6 mots par ligne.
- N'écrivez pas tout le texte de votre présentation.
- Utilisez les puces pour attirer l'attention sur certains points particuliers.

### Tableaux, graphiques et images

- Évitez de surcharger les tableaux ou graphiques.
- Évitez de reproduire intégralement ou de photocopier des images ou des tableaux pris dans une publication ; en général, ils ne sont pas appropriés pour un tel usage.

### Lorsque vous préparez vos diapositives

- Restez sobre dans le choix des couleurs utilisées.
- Utilisez des couleurs contrastantes (pour le fond et le texte) pour assurer une bonne lisibilité.
- Rappelez-vous que les combinaisons de rouge et de vert rendent la diapositive illisible aux daltoniens.
- Dans la mesure du possible, utilisez un seul modèle de diapositive pour une présentation.

### Lorsque vous choisissez l'ordre de vos diapositives

- Intercalez des diapositives de textes avec des diapositives contenant des images ou des graphiques.
- Si vous désirez discuter d'une même diapositive deux fois durant votre présentation, prévoyez-en deux copies ; ceci vous évitera de « revenir en arrière », à la recherche de la diapositive voulue.
- Si vous devez vous excuser quant à l'apparence ou l'état d'une diapositive, ne l'utilisez pas.

## La période de questions

- Pour une présentation de 10 à 15 minutes, vous devriez prévoir une période de questions de 5 minutes.
- Pour une présentation de 20 à 30 minutes, vous devriez prévoir une période de questions d'au moins 10 minutes.
- Même si la période de questions se déroule habituellement à la fin de la présentation, rien ne vous empêche de prévoir une période de questions durant votre présentation.

### Les documents d'accompagnement

- Incluez-y un plan détaillé de votre présentation, pour que les participants puissent suivre votre cheminement.
- Donnez les grandes lignes de votre présentation, en prévoyant de l'espace entre chacune des sections, pour permettre aux participants d'y inscrire des notes. Ne transmettez pas le texte intégral de votre présentation.
- Pensez à utiliser la forme interrogative dans votre document d'accompagnement :
  - ◇ Les grandes lignes de votre présentation pourraient être formulées de cette façon.
  - ◇ Le participant pourrait utiliser ces questions comme point de départ à l'acquisition de nouvelles connaissances.
  - ◇ Soulever des questions à la fin de votre document d'accompagnement permet au participant de vérifier ses connaissances.

- Incluez les tableaux et graphiques de votre présentation à votre document d'accompagnement ; les participants ne peuvent pas les retranscrire correctement durant la présentation.
- Si vous incluez une bibliographie, annotez-la en donnant une courte description et des commentaires.
- Incluez un élément inédit (que les participants ne pourront se procurer ailleurs) à votre document d'accompagnement.
- Donnez un document d'accompagnement qui pourra facilement être utilisé par les participants lorsqu'ils seront de retour à leur pratique.

## Annexe 27 - Fonctions d'animation en petits groupes

### ► FONCTIONS DE CLARIFICATION

Lorsque les idées circulent librement à l'intérieur d'un groupe, il est nécessaire que chacun les perçoive correctement. On ne peut présumer qu'une idée est automatiquement saisie d'une façon qui respecte la pensée de la personne qui l'a exprimée, encore moins qu'elle soit comprise de la même façon par tous les participants.

- Problème : possibilité de malentendus et de tensions interpersonnelles.

La fonction de clarification s'exerce au niveau du **contenu**. Diverses techniques peuvent améliorer la communication au niveau du contenu.

### Définition des termes

- Un membre qui emploie un terme nouveau, ou qui risque d'être équivoque, demandez-lui d'explicitier ce qu'il veut dire.
- Cette fonction peut être exercée par tout membre du groupe. **Attention à la crainte de paraître ignorant!**
- L'animateur est le mieux placé, car personne ne peut lui prêter d'autres intentions que celle de faciliter.

*Exemples :*

- ◇ «Il sera peut-être utile que vous explicitiez ce que vous voulez dire par tel mot».
- ◇ «Je me demande si tout le monde comprend la même chose lorsque vous employez ce terme».
- ◇ «Je ne suis pas certain de bien comprendre ce que vous voulez dire lorsque vous employez tel terme».

### La reformulation

- L'animateur reformule dans ses propres mots ce qu'il a compris de ce qu'un autre vient d'exprimer.
- Deux effets sont possibles :
  - ◇ La reformulation énoncée, la personne se sent mieux comprise et confirmée dans son rôle de participant — émetteur ;
  - ◇ L'animateur aide ainsi un participant qui a de la difficulté à exprimer clairement sa pensée.
- Cette fonction porte toujours sur le contenu, parfois un contenu qui peut être moins relié à la cible.

### Le résumé-synthèse

- Il s'agit de résumer une partie de la discussion antérieure, de faire la synthèse des éléments déjà apportés dans le groupe.
- Cette fonction rassemble les membres et les place en position de récepteurs.

### Explicitation et création de liens

- Souvent, un membre s'exprime de façon trop concise de sorte qu'il est difficile de saisir toutes les implications de ce qui est exprimé.
- L'animateur tente alors de rendre explicite ce qui était implicite et peut le faire en établissant un lien entre ce qui vient d'être exprimé et ce qui a été dit auparavant.

## ► FONCTIONS D'ORGANISATION OU DE CONTRÔLE

- Il devient pratiquement impossible de suivre une démarche cohérente s'il n'y a pas un minimum de procédures.
- Il s'agit de régulariser la participation des membres en vue d'un rendement optimal.
- Comme ces fonctions entraînent souvent des frustrations nombreuses, on préfère les laisser à l'animateur.

### Accorder la parole

- Celui qui exerce cette fonction occupe à ce moment la position de satellite, son attention étant dirigée vers la dynamique du groupe.
- Cette fonction est plus facile à exercer si l'animateur est non-participant.
- Méthodes possibles :
  - ◇ Lever la main ;
  - ◇ Spontané, chacun s'accordant lui-même le droit de parole. **Attention aux timides !**

### Susciter la participation

- Il faut aider celui qui s'exprime moins souvent.
- On essaie d'exercer une fonction centripète sur les participants.
- **Attention !** Une formule comme «j'aimerais avoir votre point de vue sur la question» peut avoir une force centripète chez un individu et en freiner un autre.

### Réfréner la participation

- Il s'agit de réfréner la participation des membres qui ont tendance à monopoliser la discussion. L'accomplissement de cette fonction risque de créer des conflits interpersonnels qui paralysent le groupe. Cela peut entraîner de la part du participant qui occupe le centre un déplacement rapide vers l'autre extrémité de son axe de participation et perturber ainsi la dynamique du groupe.
- Il faut faire voir au membre les raisons pour lesquelles on cherche à le réfréner.

*Exemples :*

- « compte tenu du temps dont nous disposons... ».
- « si vous permettez, on pourrait demander à d'autres membres de donner maintenant leur point de vue... ».

### Sensibiliser au temps

- Cette fonction concerne la répartition du temps à mesure que le groupe progresse dans la poursuite de ses objectifs.
- Consiste à demander périodiquement au groupe le temps qu'il veut consacrer à tel ou tel élément de son ordre du jour. Elle permet au groupe de s'autoréguler.

## ► FONCTIONS DE FACILITATION

- Pour qu'un groupe ait un rendement optimal, il faut non seulement un certain nombre de personnes engagées dans la poursuite de la cible commune ; il faut aussi que ces personnes établissent entre elles tout un réseau de relations interpersonnelles, d'où surgiront les liens d'affinité.
- Les émotions sont des ressources ambiguës. Les fonctions de facilitation permettent un traitement positif de la dimension socio-émotive du groupe.

### Extérioriser

- Les émotions négatives sont toujours plus douloureuses lorsqu'elles sont retenues et comprimées que lorsqu'elles sont extériorisées.
- **Fonction** : inviter le groupe ou les membres concernés à extérioriser les émotions qui font obstacle à la poursuite de la cible commune.
- **Risque** : s'engouffrer dans un abîme sans fond ou mettre en état d'éruption un volcan qui sommeille.
- **Solution** : la peur des émotions peut ordinairement être contrôlée par un membre, ou de préférence par un animateur, qui reste personnellement détendu devant le monde des émotions.
- **Conséquences** : sentiment de sécurité qui permet l'extériorisation des émotions. Favorise les cercles d'interactions.

### Focaliser

- Il arrive fréquemment dans un groupe qu'un climat de malaise et de confusion s'établisse sans que l'on sache l'origine d'un tel phénomène.
- La technique d'extériorisation ne suffit pas. Elle ne fait que nommer cet état diffus de malaise.
- **Solution** : porter attention à ce malaise, tel qu'il est ressenti, aussi diffus soit-il, et laisser venir les images ou les émotions qui surgissent dans la subjectivité de chacun. Durée : 5 à 10 minutes.
- **Risque** : briser l'unité du cercle des interactions. Effet d'une force centrifuge par rapport aux cibles communes éventuelles.

### Faire diversion

- Souvent, le problème du groupe est plutôt d'empêcher cette émergence d'un contenu socio-émotif.
- Par exemple, lorsque l'explication des émotions créerait des conflits interpersonnels que la nature de la cible du groupe ne permettrait pas de traiter de façon adéquate.
- **Solution** : éviter un affrontement que le groupe ne pourra intégrer.
- **Exemples** : pause-santé, ajournement, utilisation de l'humour.
- Cette technique n'est pas réservée aux seuls moments de crise émotive. La simple tension due à la fatigue ou à une grande stimulation peut justifier une diversion momentanée.

### Objectiver

- Il peut arriver qu'un éclatement se produise entre deux ou plusieurs membres. La charge émotive qui accompagne les interventions de certains membres peut devenir blessante pour certaines personnes.
- **Solution** : objectiver les interventions en dégagant leur contenu de la charge socio-émotive qui les accompagne.
- **Exemple** : « Ce que tu dis là est complètement idiot... ». Réplique de l'animateur : « Est-ce qu'on peut retenir que tu diverges d'opinion avec Untel ? ».

## **Annexe 28 - Exemple d'un formulaire de déclaration de conflits d'intérêts potentiels**

À la page suivante

Espace pour le logo de l'organisation

## DIVULGATION ET DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

Les participants à une activité de développement professionnel continu (DPC) devraient connaître à l'avance toute affiliation ou tout intérêt financier qui pourrait influencer la présentation d'un conférencier, d'un animateur ou d'une personne-ressource.

Par **affiliation**, on entend, par exemple : agir comme conseiller scientifique pour une société pharmaceutique (*Advisory Board Member*); par **intérêts financiers**, on entend, par exemple : accepter une invitation, gratification ou rémunération pour services rendus, des redevances, des fonds de recherche d'une société commerciale, détenir une participation financière dans une entreprise.

L'intention de la divulgation n'est pas d'empêcher un présentateur ayant un conflit d'intérêts de prendre la parole, mais bien de faire connaître à l'avance à l'auditoire les affiliations ou intérêts financiers possibles. Ces faits étant connus ouvertement, les participants peuvent exercer leur propre jugement éclairé au sujet du contenu de la présentation elle-même.

### À FAIRE REMPLIR PAR CHACUNE DES PERSONNES-RESSOURCES ET MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Titre de l'activité de DPC				
Date de l'activité de DPC				
Quel est votre rôle dans le cadre de l'activité de DPC?	<input type="checkbox"/> Membre du comité scientifique	<input type="checkbox"/> Conférencier	<input type="checkbox"/> Modérateur	<input type="checkbox"/> Animateur
	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :			
<input type="checkbox"/>	<b>Je n'ai pas établi de relation avec une organisation à but lucratif ou sans but lucratif</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>J'ai établi des relations avec une organisation à but lucratif ou sans but lucratif</b> Veuillez préciser l'organisation avec laquelle vous avez ou avez eu ces relations au cours des deux années antérieures et décrivez brièvement la nature de ces relations.			

Type d'affiliation et nom de la ou des sociétés commerciales (pharmaceutiques ou autres) : \*

---

---

---

Cette section doit être remplie par les conférenciers seulement	
Je compte effectuer des recommandations thérapeutiques visant des médicaments n'ayant pas encore été homologués (c.-à-d., utilisation non indiquée sur l'étiquette). Remarque : Toute utilisation non indiquée sur l'étiquette doit être déclarée à l'auditoire durant votre présentation.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Je reconnais que la <a href="#">Norme nationale</a> et le <a href="#">Code d'éthique du CODPCM</a> exigent que la description des options thérapeutiques utilise les noms génériques (ou le nom commercial et générique) et ne doit pas refléter l'exclusivité et le nom d'une marque.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Nom du répondant (caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\* La divulgation de conflits d'intérêts potentiels est impérativement faite par le présentateur, verbalement et visuellement (diapositive), au début de sa présentation et selon le cas, être également incluse dans les documents écrits remis aux participants.

## **Annexe 29 - Exemple d'un formulaire d'évaluation d'une activité de DPC**

À la page suivante

# Formulaire d'évaluation - Activité de DPC

Titre \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Lieu \_\_\_\_\_

Organisé par \_\_\_\_\_

\*Prenez note que tous les renseignements fournis demeureront confidentiels et ne seront divulgués que pour usage interne sous forme groupée anonymisée.

## OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Le programme répond aux objectifs énoncés :					
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord
1. [énoncé de l'objectif d'apprentissage #1]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. [énoncé de l'objectif d'apprentissage #2]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. [énoncé de l'objectif d'apprentissage #3]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## CONTENU et PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec chacun des énoncés suivants :					
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord
Le contenu du programme est pertinent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le programme était à la hauteur de mes attentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le programme était bien organisé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La divulgation d'éventuels conflits d'intérêts était clairement exposée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les conférenciers ont présenté le programme de manière efficace.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a eu suffisamment de possibilités d'interaction avec mes pairs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a eu suffisamment de possibilités d'interaction avec les conférenciers et conférencières.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'information que j'ai apprise sera utile dans ma pratique future.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**L'activité respectait-elle le Code d'éthique du CQDPCM ?**

- Oui       Non

Sinon, pourquoi ?

**Avez-vous l'impression qu'il y a eu un biais commercial durant la présentation ?**

- Oui       Non

Si oui, décrivez :

**Quelle était la partie la plus efficace du programme? Pourquoi?**

**Quelle est la partie la moins efficace du programme? Pourquoi?**

**Décrivez deux changements que vous allez apporter à votre pratique après avoir participé à ce programme :**

**Nommez des sujets que vous voudriez voir traités dans les programmes futurs.**

**Commentaires généraux :**

Nous vous remercions d'avoir rempli ce formulaire d'évaluation.

Nous sommes reconnaissants de votre rétroaction, car elle nous aide à mieux répondre à vos besoins.

N'hésitez pas à communiquer avec nous !