J'ORGANISE MON
LA LETTRE DU DPC
J'ORGANISE DU

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES MÉDECINS

Volume 20, nº 2 – Juillet 2011

J'ORGANISE MON DPC : À L'ÈRE DE L'INTERNET, PRENDRE DES NOTES AIDE-T-IL VRAIMENT À APPRENDRE ? Page 2

J'ORGANISE DU DPC : DÉMARCHE ÉTHIQUE ARTICULÉE AUTOUR DE LA NARRATION : UNE OUVERTURE AU PROFESSIONNALISME Page 5

J'ORGANISE DU DPC : COMMUNIQUER L'ESPOIR : UN ATELIER POUR LE PERSONNEL INFIRMIER DANS LE TRAITEMENT DE MALADIES CHRONIQUES PAR AGENTS BIOLOGIQUES Page 7

RECHERCHE EN DPC Page 8

RECHERCHE EN DPC Page 9

CLUB DE LECTURE Page 10

BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE Pages 11

COLLOQUES Page 12

PARUTIONS Page 13

ÉDITORIAL

LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU EN ÉVOLUTION : DE L'EXPERTISE À LA COMPÉTENCE

***François Bénard**, M.D., Professeur agrégé, Département de Chirurgie et Directeur du développement professionnel continu, Université de Montréal*

La majorité des offres de formation professionnelle continue actuelle se concentre dans le domaine de l'acquisition de nouvelles expertises et de connaissances scientifiques. Les articles qui paraissent aujourd'hui dans ***La Lettre du DPC*** décrivent des projets éducatifs qui s'articulent autour de l'acquisition et du perfectionnement de compétences transversales à l'expertise. S'il est facile pour le médecin de comprendre que la formation professionnelle continue est essentielle pour l'acquisition de différentes expertises et pour la mise à niveau d'une pratique quotidienne, l'acquisition de compétences autres que l'expertise est souvent un besoin éducatif mal perçu et non exprimé.

Pourtant, de plus en plus de médecins sont confrontés à une clientèle vulnérable avec des problèmes de santé complexes ou des maladies chroniques nécessitant souvent une pratique multi ou interdisciplinaire où la maîtrise d'autres compétences que l'expertise médicale est nécessaire. De plus, ce style de pathologies nécessite une collaboration accrue des patients qu'on dit habilités à participer pleinement et activement à leur traitement. Une saine collaboration, des habiletés de communicateur et de gestionnaire, pour ne nommer que ces trois compétences, favoriseront une pratique efficace et professionnelle en vue d'améliorer les soins aux patients.

L'enseignement de ces compétences est un défi de taille et doit être en général jumelé à une situation pratique qui permet à l'apprenant de conceptualiser la mise en place de ces apprentissages dans sa pratique courante. Le concept des compétences transversales est encore perçu à tort par plusieurs comme étant plus abstrait que celui des expertises, mais il fait pourtant tout autant partie de la pratique quotidienne du praticien. Au total, la mise à niveau et l'acquisition à la fois d'expertise et de nouvelles compétences dans un contexte pratique permet d'améliorer la qualité des soins au patient et l'efficacité des équipes de soins.

DPC

À L'ÈRE DE L'INTERNET, PRENDRE DES NOTES AIDE-T-IL VRAIMENT À APPRENDRE ?

Le fait de prendre des notes fait partie, pour la majorité d'entre nous, de nos sessions d'apprentissage.

Mais la question se pose, est-ce que la prise de notes nous aide vraiment à apprendre ?

***Denis Drouin**, M.D., directeur adjoint du secteur de développement professionnel continu du vice décanat à la pédagogie et au développement professionnel continu, Faculté de médecine, Université Laval*

À l'ère de l'internet et des communications électroniques, et pour éviter le gaspillage du papier, les organismes d'enseignement fournissent de plus en plus les notes du participant de façon électronique. Ces notes, habituellement en format Acrobat®, semblent moins propices à la prise de notes. Il faut apporter son ordinateur (ou son iPad) pour les lire et pour y inscrire ses propres notes. Bien qu'ayant accès au document électronique, la plupart des participants continuent à prendre des notes. Est-ce bien nécessaire ? On peut se poser la question, à savoir, y a-t-il des avantages pédagogiques à prendre des notes manuellement avec un crayon et du papier ou est-ce une habitude du passé ? Ce virage technologique « sans papier » peut-il affecter positivement ou négativement notre apprentissage ?

Débutons par un peu de sémantique. Dans la littérature, apprendre est défini en fait par quatre mécanismes différents. Apprendre présuppose l'acquisition du savoir, la rétention des connaissances, le rappel, c'est-à-dire la capacité de se rappeler de l'information, et enfin la capacité d'appliquer le savoir le moment venu.

Les premières études faites au siècle dernier, au cours des années '70, ont été décevantes. Dans des études randomisées où on évaluait la mémoire à court terme, i.e. immédiatement après les sessions, les preneurs de notes ne performaient pas mieux et, dans certains cas, performaient moins bien. Il semblait que de prendre des notes pouvait détourner l'attention et réduire la capacité d'écoute et de mémorisation, ce qui nuisait à l'apprentissage, alors que le simple fait d'écouter, sans prendre de notes, affectait positivement l'attention et améliorait l'acquisition et la capacité de rappel. Pourtant, les études en neurophysiologie faisaient état que la coordination oeil-main activait plusieurs parties du cerveau, ce qui devait sûrement avoir un impact sur l'acquisition du savoir.

La recherche en pédagogie adulte a par la suite démontré que les apprenants avaient des méthodes différentes de prendre des notes, n'apprenaient pas tous à la même vitesse et que, à plus long terme, les performances mesurées en terme de rappel prouvaient ce qui était empiriquement accepté de tous, c'est-à-dire que de prendre des notes procurait un avantage pédagogique supplémentaire pouvant améliorer l'apprentissage, comparé au simple fait d'écouter.[1]

POURQUOI PRENDRE DES NOTES ?

Prendre des notes est une manière de capter et de conserver un savoir nouveau qui a été transmis verbalement ou par des moyens audio-visuels. L'apprenant écrit ce qui lui semble important, ce qui lui demande d'être attentif et de discriminer, de choisir ce qui est nouveau ou important, de reproduire dans les notes une partie de ce qui a été présenté. La prise de notes implique un traitement de l'information et un mécanisme d'encodage sous une forme plus familière, plus facile à se rappeler que la forme originale. Il s'ensuit que l'information traitée ainsi serait plus facile à se rappeler. Le fait de traiter l'information en prenant des notes peut favoriser et augmenter la rétention des connaissances. La recherche a démontré que les apprenants étaient, de manière frappante, plus précis lors d'exercices de rappel. Cependant, la qualité des notes manuscrites peut être très variable selon chaque apprenant, certains étant plus habiles à synthétiser que d'autres. Les apprenants qui tentent de recueillir le verbatim de la présentation sont plus à risque d'avoir des notes incomplètes et de faire des erreurs.

COMMENT LE FAIT DE PRENDRE DES NOTES PEUT-IL AIDER L'APPRENANT À APPRENDRE ?

Prendre des notes permet d'enregistrer l'information qui a été présentée sous forme verbale. En écoutant, l'apprenant choisit ce qu'il doit et veut apprendre et, pour ce faire, il doit demeurer attentif. Il peut organiser ses idées et faire des liens avec ce qui est déjà acquis. Le niveau d'attention est ainsi amélioré. La version écrite de l'apprenant est plus compréhensible et a donc plus de valeur pour lui; elle est même plus précieuse. Prendre des notes permet d'approfondir la matière, de faire des liens avec ce qui est déjà connu et de l'intégrer.

COMMENT PRENDRE DES NOTES DE FAÇON OPTIMALE ?

Il y a différentes manières de prendre des notes et le processus cognitif d'encodage, d'intégration et de transformation de l'information dans ses propres mots facilite le rappel et est plus efficace que de simplement transcrire/recueillir le verbatim de ce qui a été dit et entendu.

Certains utiliseront des phrases détaillées, paraphraseront, synthétiseront ou utiliseront des abbréviations, tandis que d'autres créeront des réseaux de concept, des diagrammes ou des tableaux. Vouloir transcrire le verbatim de la présentation réduit la capacité d'attention et n'active pas les mécanismes d'acquisition du savoir décrits précédemment.

EN BREF

Résumons en rappelant que la prise de notes manuscrites, par l'apprenant lui-même, est plus utile que les notes détaillées distribuées par l'enseignant.

QU'EN EST-IL DES NOTES DE CONFÉRENCIERS FAITES À PARTIR DE L'APPLICATION POWERPOINT® ET DISTRIBUÉES AUX PARTICIPANTS ?

Mentionnons que de très nombreux articles discutent de l'utilisation du logiciel PowerPoint, de ses qualités et de ses défauts et d'un nouveau phénomène appelé « PowerPoint overload » ou, en français, la « surcharge PowerPoint ». Nous discuterons ici des notes de cours en format squelettique, c'est-à-dire un plan de cours détaillé et aéré pour permettre aux participants de prendre des notes.

Dans une étude[2], l'auteur a divisé en quatre une population de 74 jeunes adultes universitaires.

Le but de l'étude était de répondre à trois questions :

1) **Évaluer si les notes de cours manuscrites ou imprimées pouvaient aider l'apprentissage;**
2) **Si oui, quel format de notes devait-on encourager : notes manuscrites, format plan de cours de style PowerPoint® ou notes détaillées;**
3) **Est-ce que les apprenants ayant en main les notes de cours détaillées avaient vraiment besoin d'assister au cours.**

Dans le premier groupe, les étudiants ont assisté au cours et pris des notes, sans que leur soient données des instructions spécifiques sur la manière de prendre des notes. Le cours durait 35 minutes. Dans le second groupe, les étudiants ont assisté au cours en écrivant sur un plan de cours détaillé et aéré fourni par le professeur (notes de présentation de style PowerPoint® avec espaces pour écrire). Le troisième groupe a reçu des notes de cours détaillées, contenant les idées principales de la conférence. Le quatrième groupe a reçu les notes de cours détaillées (3 pages et 80 définitions) sans assister au cours. Ce dernier groupe a servi de groupe témoin. L'évaluation fut faite par un post-test remis aux participants à la fin de l'activité.

Les résultats peuvent s'exprimer par l'équation suivante :

(Notes PowerPoint® + cours) > (Notes manuscrites + cours) > (Notes détaillées + cours) > (Notes détaillées seules).

Les participants ayant pris des notes manuscrites ou ayant utilisé le plan de cours PowerPoint® ont performé de façon significativement supérieure aux participants ayant reçu des notes complètes et le groupe n'ayant pas participé au cours a le moins bien réussi.

L'analyse des notes prises par les participants a démontré que dans l'ensemble des deux groupes « preneurs de notes », les idées maîtresses avaient été bien recueillies.

Les auteurs concluent que des notes de cours trop détaillées n'offrent pas d'avantage si la conférence est claire et si un squelette de la présentation (outline) est remis aux participants.

Des notes trop détaillées peuvent distraire et rendre l'apprenant passif, l'apprenant se contentant de suivre la présentation sur son document.

Dans une autre étude[3], il fut comparé essentiellement le fait de recevoir des notes de cours à l'avance, ou après la présentation, versus ne pas recevoir de notes de cours. Dans cette étude, les apprenants ont utilisé les notes de cours typiques des notes de cours produites par PowerPoint, où on retrouve sur la même page les diapositives et de l'espace pour écrire. Les participants ayant consulté leurs notes préalablement à la session avaient mieux performé à des post-tests de 3 et 7 jours et les participants n'ayant pas reçu de plan de cours ont moins bien performé. Tous ont mentionné que le fait d'avoir accès aux notes de cours à l'avance était préférable. Les participants qui avaient en main les notes de cours pouvaient suivre et prendre des notes plus facilement même si le rythme de la présentation s'accélérait. Le fait d'avoir en main les notes de cours faisait que les apprenants passaient plus de temps à écouter et moins de temps à prendre des notes. Ceux qui n'avaient pas eu accès aux notes de cours mentionnaient un inconfort et de l'inquiétude au fait de ne pas pouvoir tout recueillir.

Le fait d'avoir eu accès aux notes de cours en avance avait eu un impact psychologique très positif auprès des participants.

En conclusion, il est évident que les notes de cours fournies par l'enseignant sont plus complètes que les notes personnelles des apprenants et, de plus, elles sont plus fidèles au contenu et peuvent servir de référence exacte lors de consultation ultérieure, ce qui est particulièrement important si des participants doivent passer des examens.

Des notes de cours sous forme de squelette de présentation ou en format mixte PowerPoint® avec diapositives et espaces d'écriture ont aidé les participants à mieux performer dans un contexte de recherche. Les apprenants à qui on a donné des notes de cours très détaillées et qui n'ont pas eu besoin de prendre des notes ont moins bien réussi dans un environnement d'apprentissage simulé. Les trois études qui ont été consultées ont été faites dans une population de jeunes adultes universitaires et l'évaluation a été faite à l'aide de pré et de post-tests. Les auteurs ont mentionné que l'association de notes de cours de format squelettique et le fait de prendre des notes pouvaient permettre aux étudiants de mieux réussir aux examens. De fait, les notes de cours fournies par le professeur étaient plus susceptibles de refléter la matière à apprendre que les notes manuscrites seules. La consultation des notes en préparation d'examens a représenté une occasion d'apprentissage supplémentaire. Dans un contexte de DPC, ce dernier point s'applique moins et les médecins ont peut-être moins besoin de revoir leurs notes après les sessions de DPC.

QU'EN EST-IL POUR LES ORGANISATEURS DE DPC ET POUR LES MÉDECINS QUI PARTICIPENT À DES COURS ?

Les organismes d'enseignement

Les organismes d'enseignement devraient continuer à fournir des notes de cours aux participants, si possible en avance, puisque cela facilite l'apprentissage. Les notes de cours en « plan de cours détaillé et aéré » et les notes de cours de style « PowerPoint® » avec diapositives et espaces d'écriture sont à privilégier.

Les participants

Les participants bénéficient d'un avantage pédagogique lorsqu'ils peuvent consulter les notes de cours avant les présentations. Prendre des notes rend le participant actif dans son apprentissage et l'aide à améliorer son niveau d'attention. Si l'organisation ne fournit plus de notes de cours imprimées, les participants sont invités à en apporter une version imprimée, de manière à pouvoir prendre des notes. Les notes de cours rassurent le participant qui ne veut rien perdre de la conférence et lui permettent de passer plus de temps à écouter la conférence. Le temps nous dira si l'arrivée des petites tablettes électroniques pourra suppléer au papier pour la prise de notes.

Références

(1) Howe, Michael J. A.(1974) 'The Utility of Taking Notes as an Aid to Learning', Educational Research, 16: 3, 222 — 227.

(2) Do Instructor-Provided Online Notes Facilitate Student Learning? Jerrold E. Barnett; The Journal of Interactive Online Learning Volume 2, Number 2, Fall 2003.

(3) Impact of the provision and timing of instructor-provided notes on university students' learning; A. Raver and Ann S. Maydosz; Active Learning in Higher Education Sharon ; 2010 11: 189.

DPC

DÉMARCHE ÉTHIQUE ARTICULÉE AUTOUR DE LA NARRATION : UNE OUVERTURE AU PROFESSIONNALISME

La compétence professionnalisme comporte dans son développement la dimension éthique, l'engagement envers nos patients, la profession, la société et introduit la notion de santé pour le médecin lui-même et pour ses collègues.

***Diane Robert**, M.D., Professeur adjoint de clinique*
UDM Médecine familiale DES Études interdisciplinaires sur la mort, DES Éthique appliquée

Une des questions qui se pose est « comment apprend-on ou enseigne-t-on cette compétence ? »

La médecine narrative apparaît comme un des outils favorisant cet apprentissage.

PRÉPARATION DE L'ATELIER

Afin d'expérimenter la richesse de la démarche narrative et d'offrir une formation plus personnalisée, un travail préparatoire est demandé aux résidents. Ils doivent en effet produire un récit qui se fait en trois temps d'écriture :

- un premier écrit fait l'exposé du cas clinique tel qu'on le retrouve dans les histoires de cas habituelles;
- un 2e écrit dans lequel le narrateur s'engage de façon plus personnelle en y ajoutant des éléments de son vécu et de celui du patient ainsi que les émotions, les questionnements, les valeurs qui sont soulevés par cette histoire : il s'agit ici du récit;
- un 3e écrit où on demande aux résidents de se mettre dans la peau d'une des autres personnes impliquées dans l'histoire et d'écrire le récit de leur point de vue.

Comme toutes les histoires ne peuvent être utilisées dans l'atelier faute de temps, les animateurs annotent les travaux de chacun en soulevant des questionnements de façon à ce que chacun puisse bénéficier d'une rétroaction personnalisée.

FONDEMENTS THÉORIQUES

L'enseignement et la pratique médicale sont basés sur les histoires de cas. Elles se construisent autour d'un canevas de base identique avec une expression graphique personnalisée et demandent comme habiletés des capacités à diriger l'entrevue, gérer le temps et rédiger l'histoire.

La médecine narrative ajoute à ces dimensions l'histoire de vie du patient qui permet de faire émerger une partie de l'histoire singulière de chacun et met en lumière le projet de vie à partir duquel nos patients prennent leurs décisions. Pour y parvenir, il faut déployer une qualité de présence à soi et à l'autre, développer une écoute consciente, une vigilance sans jugement et une juste distance. Le cœur du récit (facultatif dans l'histoire de cas) est à la recherche des valeurs, des croyances de l'univers psychologique et spirituel de nos patients.

L'approche médicale actuelle, qui est en train de se transformer d'une culture basée sur l'expertise et sur l'évidence vers une approche patient-partenaire, ouvre une belle place au récit comme lieu de rencontre du médecin et de son patient.

La valeur attribuée à l'autonomie du patient a conduit au concept de neutralité dans la relation médecin-patient et nous a fait croire qu'il était possible de se détacher et de mettre à distance nos émotions, les valeurs et les croyances qui sont le moteur de nos vies. La médecine narrative, elle, nous invite au partage de notre commune humanité avec nos patients.

Elle implique d'abord la connaissance narrative qui recherche la signification des histoires à travers leur sens cognitif, symbolique et affectif. Cette connaissance peut s'acquérir à travers la littérature, les films, les histoires de cas qui deviennent les outils de nos apprentissages. La compétence narrative nous amène à articuler la connaissance dans l'engagement empathique qui nous ouvre à entendre et répondre à ces questions du patient « Qu'est-ce qui ne va pas ? » « Qu'est-ce qui va m'arriver ? » « Que vais-je devenir ? »

La médecine narrative nous plonge dans un engagement authentique avec le patient devenu un véritable partenaire tout en reconnaissant la force et la fragilité de la vie et notre impuissance à tout guérir. Nous sommes alors disponibles pour entendre la singularité de chacun et de partir de ces particularités pour régler les dilemmes éthiques qui surgissent en cours de route.

Le récit est une œuvre relationnelle où l'histoire s'écrit à deux mains : celle du patient et celle du médecin.

CONCLUSION

L'éthique narrative place le récit au cœur de la relation médecin-patient où l'histoire de cas devient l'histoire d'UN cas. Elle va au-delà de la collecte de données traditionnelles pour se pencher sur la signification pour ce patient-ci de la maladie et de la souffrance pour conduire à une approche singularisée qui tient compte de la personne dans sa totalité.

MESSAGE-CLÉ

- **L'approche narrative place le récit de vie au cœur de la relation médecin-patient.**
- **Elle est un modèle pour une médecine nourrie par le respect, l'empathie, la compassion et la confiance.**
- **Elle contribue à supporter et à enseigner la compétence professionnalisme.**

Références

Charon Rita, "Narrative medicine JAMA oct 17 2011-vol 286, no. 15, 1897-1902

Charon, Rita, 'Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust », JAMA, vol. 285, n° 1, 2001, p. 1897-1902.

Frank, Arthur, The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics, Chicago, The University of Chicago Press, 1995, xviii + 213 p.

Mishler, E.G., "Patient stories, Narratives of Resistance, and the Ethics of Humane Care: à la recherché du temps perdu, Health, vol. 9, no 4, 2005, p. 431-451

Yarborough, M., "Deciding for Others at the End of Life: Storyelling and Moral Agency", Journal of Clinical Ethics, vol. 16, no 2, 2005, p. 127-143.

DPC

COMMUNIQUER L'ESPOIR : UN ATELIER POUR LE PERSONNEL INFIRMIER DANS LE TRAITEMENT DE MALADIES CHRONIQUES PAR AGENTS BIOLOGIQUES

***Monique Camerlain**, M.D., FRCPC,*
Membre Conseil, Service de Rhumatologie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke,
***Geneviève Myhal**, Ph.D.,*
Associée en Recherche, Clinique médicale Belvédère de Sherbrooke,
***Daniel Maziade**, Chef de Services spécialisés, Merck Canada.*

L'adaptation aux maladies chroniques est souvent difficile. Le patient doit faire un deuil et apprendre à renaître dans un moi limité [1], [2]. Il doit développer une efficacité personnelle perçue et devenir un participant actif dans son traitement. La dépression est courante chez les malades atteints de polyarthrite, de psoriasis et de maladie inflammatoire de l'intestin et surtout chez les sujets qui nécessitent un traitement par agents biologiques.

50 % des patients disent que les professionnels de la santé leur ont ôté l'espoir et 12 % que ces professionnels leur ont donné l'espoir [3]. Grâce à un octroi non restrictif à l'éducation de Merck, nous avons créé un atelier sur la communication de l'espoir pour le personnel infirmier des cliniques de perfusion d'agents biologiques dans le traitement des maladies citées. Notre but était de rendre ce personnel conscient des besoins de ces malades et de leur donner connaissances et habiletés nécessaires pour y répondre [4].

Selon C. et D. Heath, les histoires sont un moyen de créer un cadre de référence tout en favorisant la rétention des messages, afin de changer un comportement à travers l'éducation [5]. Nous avons donc utilisé un format « soirée du conte » pour encadrer notre atelier et atteindre l'intelligence émotionnelle des participants. Celle-ci, selon Coleman, sert de base aux compétences sociales telles que l'empathie et l'interaction [6]. Nous avons tenu compte de la recommandation de plusieurs organismes quant à l'utilisation des sciences humaines et de la littérature pour sensibiliser les professionnels de la santé à la souffrance des malades et aussi du fait que l'efficacité des histoires dans l'interaction sociale a été bien documentée dans l'éducation du personnel infirmier [7], [8].

Notre atelier comportait trois parties. Après la soirée du conte, les participants assistaient à une présentation magistrale axée sur les compétences en communication et le langage de l'espoir. On insistait sur le respect de l'éthique et de la médecine fondé sur la preuve. Une discussion en petit groupe suivait pour renforcer les apprentissages et partager les expériences.

Nous avons évalué les résultats à travers un questionnaire avant / après qui a fait l'objet d'une affiche présentée au Congrès de l'Association Canadienne d'Éducation Médicale Continue tenu à Banff en avril 2011. Nos résultats confirment la conscientisation, l'acquisition de nouvelles connaissances et d'habiletés ainsi que la volonté des participants à utiliser ces acquis dans la communication de l'espoir chez leurs malades chroniques [9]. Nous tenons à souligner que 90 % des participants considéraient que les contes avaient créé un contexte humain qui a favorisé l'acquisition de ces compétences.

Nous pouvons dire, en conclusion, que la maladie crée un état où les vulnérabilités individuelles sont brutalement mises à jour [7]. L'empathie et la communication de l'espoir peuvent aider le deuil et l'adaptation du malade à la souffrance de sa nouvelle réalité. Le conte, un moyen de communication traditionnel dans toutes les cultures, aide, dans ce contexte, à illustrer l'impact du moment de crise en rejoignant des images symboliques qui touchent les différentes couches de la conscience et du moi [7]. Il aide, comme nous l'avons démontré, au transfert des connaissances et à l'acquisition d'habiletés [9].

Références

1) Lempp H, Scott D, Kingsley G. *The personal impact of rheumatoid arthritis on patients' identity : a qualitative study.* http://chi.sagepub.com/content/2/2/109.abstract

2) Camerlain M. *Coping with chronic disease.* InSynergy Forum, 2009.

3) Camerlain M. Communiquer l'espoir. L'Actualté Médicale, 27 :24 :25 27,19 juillet 2006.

4) Fox N.P. *Value of Hope in the Care Plan for Chronic illness and Disability.* Journal of Case Management 1999, 5(2): 55-56.

5) Heath D, Heath C. *Made to Stick.* Ramdom House, USA, 2007.

6) Coleman D. *Emotional Intelligence.* Bantam Books, USA,1995.

7) Donohoe M. *Literature and Social Injustice: Stories of the Disenfranchised Medscape.* Ob/Gyn & Women's Health 10(1), 2005. © 2005 Medscape Posted 01/07/20052.

8) Day V. *Promoting Health LITERACY Trough Storytelling.* The Online Journal of Issues in NURSING. 2009;14(3).

9) Camerlain M, Myhal G, Maziade D. *Storytelling and the Communication of Hope.* Poster presentation Canadian Association Of Continuing Health Education Meeting, Banff. April14-15 2011.

PRIX DE LA RECHERCHE EN DPC 2010

LES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU EN MÉDECINE FAMILIALE FAVORISENT-ELLES LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE ?

Michel Labrecque, *M.D., Ph.D.,*
Valérie Lafortune, *M.D.,*
Judith Lajeunesse, M.D.,
Anne-Marie Lambert-Perrault, *M.D.,*
Hermes Manrique, *M.D.,*
Johanne Blais, *M.D.,*
France Légaré, *M.D., Ph.D.*
Unité de médecine familiale, CHUQ
Hôpital Saint-François d'Assise,
Université Laval

OBJECTIF

Lorsqu'un patient et son médecin doivent prendre ensemble une décision concernant le traitement ou la prévention d'un problème de santé, le médecin doit d'abord décrire clairement à son patient les bénéfices et les risques des options thérapeutiques ou préventives disponibles. Notre objectif était d'évaluer la qualité de l'information sur les bénéfices et les risques des options thérapeutiques ou préventives donnée lors d'activités de développement professionnel continu (DPC) en médecine familiale.

MÉTHODE

Un total de 10 conférences/ateliers de DPC présentés dans la région de Québec et de 30 articles de formation continue publiés dans cinq journaux médicaux canadiens (six articles par journal) portant sur des interventions thérapeutiques ou préventives ont été sélectionnés. Ces 40 activités de DPC ont été cotées de façon indépendante par deux à cinq membres de l'équipe de recherche. La cote, sur 10, était établie à l'aide d'une grille comportant les 10 items pertinents des deux premières sections du « Patient Decision Aid Checklist for User » de la « International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration ». Le score final de chaque activité a été établi par consensus des évaluateurs l'ayant cotée.

RÉSULTATS

Les scores moyen (± écart-type) et médian des conférences/ateliers ont été respectivement de 5,0 ± 1,7 et 5,0 alors que ceux des articles ont été de 3,1 ± 2,0 et 2,6. Aucune différence significative n'a été notée entre les scores des journaux. Alors qu'en général le problème de santé et l'ensemble des options thérapeutiques ou préventives étaient présentés ou décrits, les bénéfices et les risques l'étaient mal ou pas du tout dans la majorité des activités de DPC évaluées.

CONCLUSION

Les activités de DPC évaluées ne permettaient pas aux médecins d'acquérir ou de parfaire leurs connaissances sur les bénéfices et les risques des options cliniques concernant le traitement ou la prévention d'un problème de santé. Ainsi, la vaste majorité des activités de DPC étudiées ne procuraient pas l'information minimale nécessaire pour initier un processus de prise de décision partagée entre le médecin et son patient.

De gauche à droite : Drs Johanne Blais, Michel Labrecque, François Goulet.

Cette recherche a fait l'objet d'une publication dans le *Journal of Continuing Education in the Health Professions* à l'adresse électronique suivante :

http://www.jcehp.com/vol30/3001_labrecque.asp

PRIX DE L'INNOVATION PÉDAGOGIQUE EN DPC 2010

APPRENTISSAGE INTERACTIF À DISTANCE : L'EXEMPLE D'UN COURS D'INTRODUCTION À LA PRÉVENTION ET AU CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (PCI)

Le Prix de l'innovation pédagogique en DPC 2010 a été décerné à :

Richard J. Côté, M.D., Lucie Beaudreau, Céline Farley, Doina Malai, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et Éric Gagné, Université de Sherbrooke.

***Richard J. Côté**, M.D., Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)*

La formation de base des infirmières et infirmiers actifs en prévention et contrôle des infections représente un défi. Présents dans tous les établissements de soins du Québec, plusieurs de ces professionnels ont difficilement accès à des programmes de formation spécifiques à leurs fonctions.

Afin de répondre à leurs besoins de formation de base, une première formation en mode traditionnel (magistral) a été mise en place en 2005 par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et offerte pour trois ans. À la suite de cette expérience, l'INSPQ et le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke se sont associés pour développer un cours de base utilisant une nouvelle formule de manière à offrir la formation à distance et à l'intérieur d'un cours siglé de deuxième cycle.

Le projet s'est réalisé suivant une démarche rigoureuse : analyse de besoins, identification et validation des compétences à développer, élaboration d'un design pédagogique efficace, rédaction du contenu par des experts et production de matériel technopédagogique.

Un mode d'apprentissage dynamique a été favorisé en vue d'offrir 49 heures de formation en ligne et 86 heures de travail personnel, dont 35 heures en classe. Un mode d'évaluation formative et sommative a été prévu.

Le projet a été évalué de façon rigoureuse après la première diffusion auprès de trois groupes d'étudiants et de leurs tutrices. Diverses modifications ont été apportées, notamment pour revoir à la baisse le nombre d'heures de formation en classe. À la suite des ajustements apportés, un taux de satisfaction élevé et un faible taux d'attrition des étudiants ont été observés.

La réalisation de ce projet a permis de faire ressortir qu'à l'étape de planification, il faut prévoir initier les experts de contenu et les formateurs à l'approche par compétences et au développement de contenus dans un format approprié à l'approche interactive en ligne.

Enfin, le processus d'évaluation par les tuteurs comme par les étudiants doit faire partie de la programmation et les résultats doivent conduire à la réalisation d'ajustements à court terme.

Parmi les retombées positives de ce projet, notons la grande satisfaction manifestée par les participants qui ont maintenant un accès plus facile à une formation de qualité malgré l'éloignement de leur lieu de résidence et de travail.

Avec la reconnaissance de la spécialité d'infirmières en PCI prévue sous peu et la consolidation des équipes de PCI dans les milieux de soins, la pertinence de ce cours dans sa nouvelle formule est indéniable. Il devient un incontournable pour assurer la qualité de l'intervention du professionnel en PCI dans les milieux de soins et, par conséquent, la qualité des soins.

De gauche à droite : Dr Denis Drouin, Dr Richard J. Côté, Mme Lucie Beaudreau.

COMMENT AMÉLIORER L'APPROCHE RÉFLEXIVE EN EDUCATION MÉDICALE ?

***Roger Ladouceur**, M.D., MSc, FCMF,*
Membre du comité de rédaction

INTRODUCTION

À chaque numéro, ***La Lettre du DPC*** vous propose de prendre connaissance d'une publication intéressante ou novatrice en DPC et d'y réagir.

Aujourd'hui, nous vous présentons ***« Twelve tips for teaching reflection at all levels of medical education »*** récemment publié dans le Medical teacher[1].

RÉSUMÉ

L'auteure note que plusieurs organismes professionnels et accréditeurs reconnaissent la valeur de la réflexion dans l'éducation médicale et en font la promotion. Elle rappelle que la réflexion améliore notamment le professionnalisme et le raisonnement clinique et que les pratiques réflectives sont réputées contribuer au maintien des compétences professionnelles. Par contre, elle remarque que l'enseignement de l'approche réflective laisse souvent à désirer.

Pour remédier à cette lacune, elle a donc procédé à une revue de la littérature des méthodes d'enseignement et dresse 12 conseils* qui sont les suivants :

1. **Définissez la réflexion;**
2. **Précisez les objectifs d'apprentissage pour l'exercice de réflexion;**
3. **Choisissez une méthode qui favorise la réflexion;**
4. **Déterminez s'il est préférable d'avoir recours ou non à une approche structurée et créez un message;**
5. **Considérez les impacts éthiques et émotionnels reliés à la réflexion;**
6. **Établissez un mécanisme pour assurer le suivi des plans des apprenants;**
7. **Mettez en place un environnement favorable à l'apprentissage;**
8. **Enseignez la réflexion aux apprenants avant de leur demander d'en faire une;**
9. **Donnez du feed-back et assurez le suivi;**
10. **Évaluez la réflexion;**
11. **Faites que la réflexion s'intègre dans un curriculum plus vaste afin d'en favoriser l'usage;**
12. **Réfléchissez sur la façon d'enseigner la réflexion.**

Cet article tombe à point. Alors même que le plan d'autogestion du Développement professionnel continu (DPC) du Collège des médecins du Québec (CMQ) arrive bientôt à sa cinquième année d'instauration (la résolution du Conseil d'administration promulguant le recours au Plan de DPC pour tous les médecins du Québec ayant été votée en 2007), et alors même que le taux de conformité des plans de DPC demeure très élevé, de l'ordre de 95 %, et aussi que certains mettent en doute la réelle valeur de ce plan et soulignent ses incohérences, il y a lieu de se demander ce que nous pouvons faire pour l'améliorer.

Je serais très heureux de recevoir vos commentaires face à cet article, mais aussi de façon plus générale sur les façons d'améliorer le plan de DPC du CMQ.

Note

* Traduction libre

Références

[1] Aronson, L., *Twelve tips for teaching reflection at all levels of medical education*. Medical teacher, 2011. 33(3): p. 200-205.

DPC

PARTICIPEZ AU CLUB DE LECTURE DE DPC

Vous avez le goût de réagir à cet article ?
Faites-nous part de vos commentaires (250 mots) transmis à Martine Paquette à l'adresse suivante :

mpaquette@cmq.org

***Anne-Marie MacLellan**, M.D., Directrice, Direction des études médicales, Collège des médecins du Québec*

PERSPECTIVE: THE REVOLUTION IS UPON US

Frederick S. Sierles, M.D., *Academic Medicine*, Vol. 85, No. 5 / May 2010, 799-805

À la suite des pressions sur l'éducation médicale qui incluent le manque de professeurs, le manque de patients, les systèmes différents et les problèmes financiers, l'auteur fait état, avec exemples à l'appui, que la révolution en éducation médicale est arrivée. Il indique que le « standard » d'éducation médicale qui comprenait les interactions directes entre étudiants-professeurs et étudiants-patients, a été diminué et a été remplacé par un pot-pourri de modules internet et de modules de simulation. À la suite de cette révolution, la pertinence d'avoir des facultés de médecine, des classes, des professeurs, pourrait être remise en cause. L'auteur nous présente d'abord avec humour l'évidence qui appuie ces changements et par la suite nous détaille dix recommandations en réponse à sa perception de changements.

1. Reconnaître que cette révolution est en cours et la guider avec soin ou la bloquer.
2. Mettre l'emphase sur les valeurs académiques plutôt que sur des valeurs commerciales.
3. S'assurer que les fonds destinés à l'éducation sont utilisés pour l'éducation.
4. Insister que l'éducation soit faite par l'école de médecine et non par l'industrie.
5. Valoriser l'éducation par situations directes plutôt que la simulation.
6. Favoriser l'éducation centrée sur l'apprenant sans en abuser.
7. Encourager fortement la présence aux cours sans la rendre obligatoire.
8. Permettre le contact clinique avec des patients réels dès le début de la formation.
9. S'assurer qu'en fin de formation, les étudiants ont des responsabilités importantes quant aux soins des patients.
10. Offrir la possibilité de la permanence pour les professeurs pour permettre le développement du corps professoral.

COMMENTARY: WHAT IF HIGH-QUALITY CARE DROVE MEDICAL EDUCATION? A MULTIATTRIBUTE APPROACH

David P. Sklar, M.D. and Robert Lee, MS, *Academic Medicine*, Vol. 85, No. 9 September 2010, 1401-1404

L'approche traditionnelle en éducation médicale est basée sur la prémisse que les étudiants développent au fur et à mesure une maîtrise des pathologies et des traitements, en se basant sur des principes scientifiques. Les auteurs suggèrent une autre approche qui est basée sur un but désiré, celle d'une haute qualité de soins. En s'inspirant de ce résultat, les éducateurs devraient développer le curriculum médical en se basant sur les attributs de qualité de soins. Ils emploient la définition de la qualité des soins de « The Institute of Medicine », soins qui sont sécuritaires, à temps, efficaces, efficients, équitables et centrés sur les patients. Ils suggèrent que le curriculum pourrait être modifié pour tenir compte des objectifs et attributs poursuivis et ainsi accomplir le but de « haut niveau de qualité de soins ».

DPC

AMEE 2011

27 au 31 août 2011 –
Vienne, Autriche

www.amee.org

ALLIANCE FOR CME 36TH ANNUAL CONFERENCE

21 au 24 janvier 2012 –
Orlando, Floride

www.acme-assn.org

CCÉM - 2012

14 au 18 avril 2012 –
Banff, Alberta

www.came-acem.ca

LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA FORMATION DES RÉSIDENTS

22 au 24 septembre 2011 –
Québec, Québec

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
www.rcpsc.medical.org

15TH OTTAWA CONFERENCE – 2012

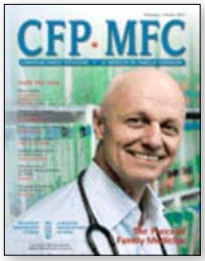
9 au 13 mars 2012 –
Kuala Lumpur, Malaisie

www.ottawaconference.org

CME CONGRESS 2012

30 mai au 2 juin 2012 –
Toronto, Ontario

www.cmecongress.org



Éditorial – Le suicide des hommes / Suicide among men
R. Ladouceur, M.D.
Le Médecin de famille canadien – Vol. 57 – Février 2011
http://www.cfp.ca/content/57/2.toc

ProfessionSanté Québec

Le DPC, vous connaissez ? Le blogue sur le maintien des compétences professionnelles

Les émotions du médecin et leur impact sur la pratique
R. Ladouceur, M.D. – 10 février 2011

Éteignez votre cellulaire
R. Ladouceur, M.D. – 25 février 2011

http://www.professionsante.ca/medecins/opinions/blogues/carnet-de-bord

Prêt pour le changement ?
C. Guimond, M.D.
Le Médecin ddu Québec – Vol. 46 – Mars 2011/
http://www.fmoq.org/fr/mdq/archives/10/2011/numero.aspx?num=3

La Direction de l'amélioration de l'exercice : « On est là pour vous aider »
A. Jacques, M.D.

Antipsychotiques atypiques et syndrome métabolique
S. Dupont, M.D., Y. Gervais, M.D., **R. Ladouceur**, M.D.
Le Collège – Printemps 2011
http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/media/8A7D2DA17371498E829E9A1920C9794E.ashx?sc_lang=fr-CA&71106

Pédagogie Médicale

RECHERCHE ET PERSPECTIVES
Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique
M.-C. Audétat, A. Faguy, M.D., **A. Jacques**, M.D., J.-G. Blais, B. Charlin, M.D. – 15 avril 2011
http://www.pedagogie-medicale.org/index.php?option=com_toc&url=/articles/pmed/abs/first/contents/contents.html

Collaboration médecins-infirmières en GMF
C. Guimond, M.D.
Le Médecin du Québec – Vol. 46 – Avril 2011/
http://www.fmoq.org/fr/mdq/archives/10/2011/numero.aspx?num=4

Le médecin et la retraite
F. Goulet, M.D., **R. Ladouceur**, M.D.

Parlons dermatologie : approche modulaire sur les lésions rouges et squameuses
C. Guimond, M.D.
Le Médecin du Québec – Vol. 46 – Mai 2011/
http://www.fmoq.org/fr/mdq/archives/10/2011/numero.aspx?num=5

L'ORGANISE MON LA LETTRE DU DPC L'ORGANISE DU

Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins
Collège des médecins du Québec
Les facultés de médecine de l'Université Laval, l'Université McGill, l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke
Fédération des médecins spécialistes du Québec
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Médecins francophones du Canada
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Collège québécois des médecins de famille
Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (R_x&D)
L'Association canadienne de protection médicale

La Lettre du DPC est publiée par le **Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins**, 2170, boul. René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec) H3H 2T8.
Tél. : (514) 933-4441, poste 5320.
Télécopieur : (514) 933-4668.
www.cqdpcm.ca

Comité de rédaction
Denis Drouin, M.D.
Michèle Gagnon
André Jacques, M.D.
Roger Ladouceur, M.D.
Marie-Françoise Mégie, M.D.

Coordination
Martine Paquette
Direction de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec

Dépôt légal 2004
Bibliothèque nationale du Québec

Conception et réalisation : Denis L'Allier, Designer graphique inc. 10/07/2011