

Table des matières

1.	Introduction	1
1.1.	Problématique	1
1.2.	Contexte	5
1.2.1.	Le désir d'apprendre des médecins	5
1.2.2.	Le développement professionnel continu	7
1.2.3.	Contexte politique et professionnel	9
1.3.	Revue de littérature	10
1.3.1.	Méthodologie de la revue de littérature	10
1.3.2.	Perception de médecins ou autres professionnels de la santé à l'égard des plans ou programmes de DPC	10
1.3.3.	Efficacité du DPC	15
1.3.4.	Conclusion	18
2.	Méthodes	21
2.1.	Approche analytique	21
2.2.	Méthode générale d'échantillonnage	22
2.3.	Sélection des participants	23
2.3.1.	Échantillon d'informateurs clés.....	23
2.3.2.	Échantillon « boule de neige »	24
2.3.3.	Échantillon de cas « <i>négatifs</i> ».....	24
2.3.4.	Échantillon opportuniste.....	25
2.4.	Méthodes de collecte de données	25
2.4.1.	Choix de la méthode de collecte	25
2.4.2.	Déroulement des entrevues individuelles semi-structurées	26
2.4.3.	Éthique.....	27
2.4.4.	Élaboration du guide d'entrevues	27
2.4.5.	Collecte de données secondaires	29
2.5.	Méthodes d'analyse	29
2.5.1.	Transcription des entrevues	29
2.5.2.	Codage des données	30
2.5.3.	Élaboration de propositions préliminaires.....	31
3.	Critères de qualité	33
3.1.	Validité interne	33
3.2.	Transférabilité	35
4.	Résultats	36
4.1.	Profil des participants	37
4.2.	Codes des entrevues	38
	Tableau II : Liste des codes (QDA Miner)	38
4.3.	Définitions des codes	39
5.	Discussion	63
6.	Conclusion	70

7.	Références.....	71
8.	Ressources et bibliographies*	81
9.	Annexes	89
9.1.	<i>Annexe 1 – Guide d’entrevues en français</i>	<i>89</i>
9.2.	<i>Annexe 2 – Guide d’entrevues en anglais.....</i>	<i>92</i>
9.3.	<i>Annexe 3 – Formulaire de consentement.....</i>	<i>95</i>
9.4.	<i>Annexe 4 – Verbatim des entrevues</i>	<i>89</i>
9.5.	<i>Annexe 5 – Journal de bord</i>	<i>251</i>
9.6.	<i>Annexe 6 – Exemples de propositions préliminaires.....</i>	<i>262</i>

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Johanne Thiffault pour son expertise et sa collaboration exceptionnelle dans la réalisation de ce projet, ainsi que Madame Élane Daveluy pour la révision et la mise en page du document.

Je tiens aussi à remercier M. Jean-Guy Blais, mon directeur de mémoire ainsi que le Dr André Jacques, co-directeur pour les précieux conseils et enseignements.

Liste des figures

1. Perceptions positives ou négatives des médecins quant à la nécessité de maintenir ses compétences professionnelles43
2. Moyens utilisés par les médecins pour maintenir ses compétences professionnelles48
3. Connaissance ou non des différents programmes de DPC49

Liste des tableaux

- I. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des répondants.....39
- II. Liste des codes répertoriés, puis cartographiés via QDA.....40
- III. Définitions des codes (QDA Miner)41

Liste des sigles et abréviations

DPC	Développement professionnel continu
EMC	Éducation médicale continue
FMC	Formation médicale continue
CMQ	Collège des médecins du Québec
PAG	Plan d'autogestion
FMOQ	Fédération des médecins et omnipraticiens du Québec
PADPC	Plan d'autogestion de développement professionnel continu de la FMOQ
CRMCC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
MDC	Programme du maintien du certificat du CRMCC
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
Mainpro	Programme du maintien des compétences du CMFC

1. Introduction

1.1. Problématique

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) est l'ordre professionnel des médecins québécois. Sa mission est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois.[1] Un des mandats du Collège est d'assurer le maintien des compétences de ses membres tel qu'édicté par l'article 44 du code de déontologie : « *Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés* ». [2]

Bien qu'il existe une longue tradition de formation médicale continue (FMC) chez les médecins, ceux-ci participant depuis longtemps aux diverses réunions scientifiques et échanges médicaux, ce n'est qu'en 2007 que le CMQ a résolu d'adopter, par voie de résolution du Conseil d'administration, le plan d'autogestion de développement professionnel continu (DPC) *comme outil du maintien des compétences et de rendre disponible aux médecins toute l'information pertinente à la réalisation de leur plan de DPC*[3].

Depuis lors, les médecins sont invités à souscrire à un plan de DPC. Ils peuvent utiliser l'un ou l'autre des trois (3) programmes reconnus suivants:

- un plan d'autogestion (PAG) comme celui du CMQ[4] ou celui de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), intitulé Plan d'autogestion du développement professionnel continu (PADPC)[5]; ou tout autre plan d'autogestion reconnu et approuvé ;
- le Programme du maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) [6]; ou
- le Maintien de la compétence (Mainpro) du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)[7].

Il importe de souligner que l'adhésion à un plan de DPC n'est pas obligatoire, bien que celle-ci soit fortement recommandée. En effet, pour que l'adhésion au plan de DPC soit rendue obligatoire, il aurait fallu que le CMQ procède par voie réglementaire[8]. Or, le CMQ a plutôt jugé opportun de procéder par voie d'une résolution du Conseil d'administration. Cette distinction est importante, puisqu'un médecin ne peut perdre son permis d'exercice sur le seul défaut de ne pas avoir de plan de DPC. Toutefois, l'absence de plan, associée à d'autres indicateurs reconnus de perte de compétences professionnelles comme le fait d'exercer seul ou hors établissement[9], ou de pratiquer depuis plus de 35 ans[10-12], sont jugés dans la littérature médicale et par le CMQ comme étant des pratiques à risque; ils peuvent alors conduire à une visite d'inspection professionnelle[13, 14].

Afin d'évaluer l'adhésion au plan de DPC, deux mécanismes de suivi ont été instaurés : le premier repose sur un échantillon aléatoire annuel représentant trois pourcent (3 %) des médecins en exercice ; le deuxième cible les médecins qui, lors du renouvellement de leur cotisation annuelle, n'ont indiqué utiliser aucun plan de DPC pendant deux années consécutives. Les médecins composant ces deux groupes sont alors invités à soumettre leur plan de DPC, lesquels sont évalués afin d'en établir la conformité. Les critères de conformité des plans de DPC sont les suivants : les PAGs sont jugés conformes s'ils présentent une démarche réflexive basée sur la pratique et les besoins d'apprentissage[15], alors que les MDC et Mainpro sont évalués respectivement par le CRMCC ou le CMFC. À date, les résultats indiquent que les médecins adhèrent massivement aux plans de DPC. En effet, au cours des trois dernières années (2008 - 2010), plus de 95 % des médecins en exercice au Québec avaient un plan de DPC conforme.

Toutefois, l'instauration du plan de DPC ne s'est pas faite sans heurts. Certains médecins ont réagi à cette directive et ont émis des réserves. Certains ont même fait part de leur mécontentement. Des commentaires comme les suivants, émis lors de la soumission des plans ou des présentations aux médecins, ne sont pas rares :

« Encore une autre procédure administrative ! »

« J'ai bien d'autre chose à faire que de recenser toutes mes activités de DPC. »

« Le plan de DPC témoigne-t-il vraiment de la compétence professionnelle ? »

« Sur quelles bases scientifiques ce programme a-t-il été instauré ? »

D'autres se questionnent sur la pertinence d'avoir un système qui repose sur deux standards différents : en effet, les PAGs font appel à une démarche réflexive où peu d'importance est accordée au nombre de crédits ; alors que le MDC et le Mainpro en exigent un nombre minimal, soit respectivement 400 et 250 par période de 5 ans. Ces médecins remettent donc en question le bien-fondé de ce double standard et questionnent la validité de chacun :

« Pourquoi reconnaître certains programmes qui requièrent un nombre minimal de crédits alors que pour d'autres, cela n'a aucune importance? »

« Un médecin incompetent est-il vraiment capable d'évaluer ses besoins d'apprentissage? »

« Les crédits de DPC accumulés par un médecin témoignent-t-il vraiment de ses compétences professionnelles? »

« Un médecin sans crédit de DPC est-il nécessairement moins compétent que celui qui en a beaucoup? » Celui qui n'accumule que 395 crédits au CRMCC ou 245 crédits au CMFC est-il nécessairement moins compétent que celui qui atteint les cibles de 400 et 250? Est-il justifié alors de le radier?

Même si la littérature apporte réponse à certaines de ces objections, notamment quant à la valeur du DPC [16, 17] et de l'approche réflexive [18-20], certaines objections demeurent valables. Ainsi, Bordage et coll., suite à une méta-analyse évaluant l'efficacité de la formation médicale continue, publiée dans la revue Chest en 2009, recommande que les activités de formation médicale continue soient employées pour améliorer les connaissances des médecins *« We recommend that CME activities be used to improved physician knowledge »*[16]. Quant aux vertus de l'approche réflexive, Pitts et coll. concluent que les plans de DPC basés sur les besoins des apprenants et une approche réflexive présentent plusieurs avantages:

« The PPDPs were seen as an advance in general practice education; this approach was perceived to be feasible, relevant, of potential benefit to patient care, and likely to encourage team-based learning; in other words, as intended by its proposers »[19]
Claire du Boulay, directrice de l'éducation médicale, en Angleterre, tenait en 2000 des propos semblables favorables à l'approche réflexive: *“Ultimately, revalidation pertains to individuals and must be tailored to them to assess what is relevant to their profile of practice. The precise route of revalidation may vary from person to person.”*[21]

D'autres objections sont soulevées :la lourdeur administrative, la capacité d'évaluer ses besoins de DPC[22], le fait de devoir tenir un registre de ses activités de DPC et de devoir en faire rapport, la question du double standard d'accréditation et le nombre de crédits témoignant de la compétence professionnelle demeurent des questions justes et pertinentes. D'autant plus que les médecins veillent habituellement au maintien de leur compétence professionnelle, tel que nous le verrons ci-après.

1.2. Contexte

« L'auto-apprentissage est un processus où un individu prend l'initiative d'évaluer ses besoins de formation puis se fixe des buts, il identifie des ressources humaines et matérielles, détermine et choisit les meilleures stratégies pour y arriver et finalement, évalue les retombées de sa démarche. »

Knowles, 1975[23]

1.2.1. Le désir d'apprendre des médecins

Les médecins sont généralement mus par un puissant désir d'apprendre et de savoir [24-28]. Autrement, comment auraient-ils pu obtenir leur diplôme? Il faut certainement une bonne capacité d'apprentissage et une ferme volonté de réussir pour être admis en médecine, puis poursuivre les nombreuses années d'études et satisfaire les innombrables évaluations et examens qui jalonnent l'obtention du titre de « MD ».

Même une fois certifiés, les médecins réalisent que la nécessité d'apprendre et de savoir ne fait que commencer [17, 25]. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup d'œil en arrière pour constater l'évolution phénoménale des connaissances médicales. Plusieurs médicaments d'usage courant de nos jours n'existaient même pas, il y a à peine une vingtaine d'années. Personne n'avait alors entendu parler d'inhibiteur de la pompe à protons (IPP) ni d'inhibiteur de la HMG CoA réductase, ni d'inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) ou d'inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), ou d'antagoniste des récepteurs AT1 de l'angiotensine II (ARA), pas plus que d'inhibiteur de la cholinestérase. Pourtant, de nos jours, ces médicaments figurent parmi les plus prescrits[14].

À l'époque, certains conditions et diagnostics contemporains n'étaient même pas répertoriés : personne n'avait entendu parler du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ni du syndrome du colon irritable; l'infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (IMSEST) ne faisait pas l'objet d'un algorithme thérapeutique propre. Plusieurs examens et techniques couramment prescrits de

nos jours étaient alors inexistantes : par exemple, un médecin ne pouvait pas prescrire de dosage des troponines sériques ni de résonnance magnétique nucléaire, ni de tomodensitométrie à émissions de protons, ni même d'angioplastie percutanée, puisque ces examens n'ont fait leur apparition que depuis quelques années. Pire encore, illustrant bien l'évolution incessante des connaissances et comble de l'inimaginable, plusieurs médecins fumaient allègrement au bureau ou lors de la visite hospitalière, à vue et au nez de leurs patients, ignorant alors les méfaits du tabagisme actif et passif.

Bref, un médecin à l'écart de l'évolution des connaissances médicales ou qui aurait fait défaut de se tenir à date serait aujourd'hui totalement dépourvu et complètement dépassé. Il serait alors tenu selon le Règlement sur le stage du CMQ de parfaire sa compétence; en effet, « *Le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec peut, s'il l'estime nécessaire pour la protection du public, imposer à un médecin la réussite d'un stage ou d'un cours de perfectionnement, ou imposer les deux à la fois dans les cas suivants s'il s'inscrit au tableau 4 ans ou plus après avoir obtenu un permis ou après la date à laquelle il avait droit à la délivrance d'un tel permis ou s'il a cessé l'exercice de la médecine auprès de patients pendant une période de 4 ans ou plus* » [29]

C'est pourquoi, les médecins reconnaissent intuitivement l'importance de maintenir leurs connaissances à jour [30, 31]. Ils y consacrent, en effet, beaucoup de temps: selon les avis de cotisation qu'ils complètent chaque année, ils passent plus de 150 heures par année à différentes activités de DPC[32]. La plupart veillent au maintien de leurs compétences en lisant des revues médicales, ou en consultant des manuels ou des sites web, ou encore en assistant à des activités de FMC ou tout simplement en demandant l'avis de collègues[24]. Les malades eux-mêmes et leurs problèmes sont de puissants stimulants à l'apprentissage, d'autant plus qu'ils arrivent souvent avec leurs propres solutions, leurs découpures de journaux voire même leurs recherches sur le réseau Internet. Et comme les médecins abhorrent être confrontés à leur ignorance et qu'ils sont censés « savoir », ils veillent habituellement au maintien de leur compétence professionnelle. Et même lorsqu'ils ne sont pas conscients de leurs lacunes, leurs collègues ou le système sanitaire se chargent souvent de leur rappeler. Il suffit de travailler dans un groupe et de transférer ses patients à un collègue pour réaliser l'importance et la portée de ses faits et gestes.

Une remarque d'allure banale du genre « *Tu lui as prescrit tel traitement...ah bon!...est-ce usuel?* » suffit souvent à créer le doute et à amener le médecin interpellé à vérifier sinon à défendre sa position[33]. Le travail en équipe interprofessionnelle est aussi un gage de mise à jour. Il n'est pas rare, en effet, qu'une infirmière ou un pharmacien questionne une prescription rédigée par un médecin. Sans compter que les comités de l'acte et les ordres gouvernementaux et/ou professionnels se chargent régulièrement de vérifier les conduites hors normes ou potentiellement dangereuses.

1.2.2. Le développement professionnel continu

Pour mieux saisir le DPC des médecins, il convient de présenter les diverses activités d'apprentissage auxquelles ils ont recours. A cet égard, les travaux de Carré[34], Brockett et Hiemstra[35], Long[36] sur l'éducation des adultes sont révélateurs. On peut catégoriser le développement professionnel des médecins en différentes formes, allant d'activités d'apprentissage informelles et non structurées jusqu'aux activités formelles basées sur l'identification de besoins de formation [17, 34, 37-40].

De fait, l'autoapprentissage des médecins peut être catégorisé en trois ordres :

- 1) Les activités d'autoapprentissage informelles, régulières et continues, dirigées vers le maintien de la compétence;
- 2) les activités semi-structurées d'autoapprentissage qui visent habituellement la résolution des problèmes immédiats du patient;
- 3) les activités de DPC formelles.

1. Les activités d'autoapprentissage informelles

Considérées par plusieurs comme faisant partie des activités normales de la pratique médicale, les activités usuelles d'autoapprentissage sont habituellement les plus informelles. Les médecins y participent naturellement sans aide extérieure. Ils y adhèrent sans but précis, sauf celui d'être à date. Ces activités sont les lectures de journaux médicaux[41, 42], les conversations avec des collègues, les interactions avec les représentants de l'industrie pharmaceutique[43] ou d'équipements médicaux ou les participations aux rencontres informelles de FMC. Habituellement,

ces activités ne comportent pas d'objectifs d'apprentissage et le médecin n'a pas à les évaluer. En contrepartie, elles répondent souvent aux besoins de l'apprenant qui y souscrit à sa guise puisqu'elles sont facilement accessibles[42].

2. Les activités semi-structurées d'autoapprentissage

Cette forme d'autoapprentissage, plus structurée que la précédente, découle du besoin de solutionner un problème inhabituel ou inattendu soumis par un patient ou un collègue, et pour lequel le médecin se sent dépourvu [33, 44]. Les besoins et objectifs d'apprentissage sont ici directement reliés aux décisions diagnostiques ou thérapeutiques qui guident la démarche. Ces activités d'apprentissage peuvent être des consultations avec des spécialistes ou des communications avec des personnes reconnues pour leur expertise, des revues systématiques de la littérature[45], des recherches informatiques, des lectures dirigées, des consultations des lignes directrices[30] ou des activités structurées de DPC. Comme le but ultime est de solutionner un problème précis et ponctuel, les méthodes choisies sont efficaces, rapides et conviviales[46]. L'informatique y joue un rôle de plus en plus important.

3. Les activités formelles

Les formes les plus structurées d'autoapprentissage sont celles où un effort est mis pour apprendre quelque chose de nouveau ou solutionner un problème précis[24]. Dans ce cas, les buts et les objectifs sont spécifiés dès le départ et l'apprenant y joue un rôle prépondérant. Il ne s'agit pas simplement d'être à jour ou de solutionner un problème clinique ponctuel mais bien d'acquérir et développer un champ d'expertise ou de compétence [46, 47]. Plusieurs méthodes sont alors disponibles : projet d'autoapprentissage, management clinique, mentorat, stage clinique, discussion et travail en petits groupes. Elles offrent flexibilité, efficacité et accessibilité à l'apprenant.

A la lumière de ces prémisses qui démontrent que les médecins veillent habituellement au maintien de leurs compétences professionnelles, on peut donc se demander pourquoi le Collège des médecins du Québec a jugé bon d'instaurer le plan de DPC.

1.2.3. Contexte politique et professionnel

L'instauration du Plan d'autogestion du DPC s'inscrit aussi dans un cadre professionnel et politique beaucoup plus large où la compétence de tous les professionnels devient l'enjeu fondamental [27, 48-50]. Ainsi, la résolution du CMQ survient alors même que tous les autres ordres professionnels québécois se préoccupent du maintien des compétences professionnelles de leurs propres membres. Un sondage réalisé auprès des ordres professionnels révèle qu'en 2010, 21 parmi les 45 existants avaient choisi d'enchâsser cette responsabilité par un règlement plutôt que par une résolution du conseil d'administration, donnant ainsi plus de poids à cette disposition[51].

Parallèlement, la plupart des collèges médicaux régissant l'exercice de la médecine, les organismes d'accréditations et les associations médicales ont mis sur pied des programmes de maintien de la compétence professionnelle. La préoccupation à l'égard du maintien des compétences professionnelles et du plan de DPC s'inscrit donc dans une perspective beaucoup plus globale[52] où pointe à l'horizon la question de la recertification[53] plutôt que la revalidation des médecins[54-57] ; la revalidation étant définie comme un mécanisme d'assurance-qualité par lequel les membres d'un organisme provincial ou territorial de réglementation médicale sont tenus de démontrer, au moyen de données probantes satisfaisantes, leur engagement envers le maintien d'une performance compétente dans leur pratique[58]. Par ailleurs, s'il est vrai que la plupart des médecins sont mus par un puissant désir d'apprendre et qu'ils souhaitent demeurer à jour et que les occasions de maintenir leur compétence professionnelle sont pluripotentes, certaines pratiques médicales rendent le maintien des compétences plus erratique voire inexistant. Le fait de travailler en solo, de pratiquer depuis plus de 35 ans[10, 35] ou de n'appartenir à aucun organisme professionnel[59] sont considérés comme de facteurs de risque de perte de compétence professionnelle.

1.3. Revue de littérature

1.3.1. Méthodologie de la revue de littérature

Nous avons d'abord cherché à savoir si le Plan de DPC du CMQ ou d'autres plans de DPC similaires ou semblables avaient fait l'objet d'une quelconque évaluation. Pour ce faire, nous avons procédé à une revue systématique de la littérature[50, 60, 61] au moyen des mots-clés « Continuing Medical Education » « Continuing Professional Development » « Medical Competency », « Continuing Professional Plan » et « Continuing Professional Program - Survey », utilisant les différentes combinaisons [« And », « Or »]. En plus de la banque de données MEDLINE, nous avons aussi exploré les banques de données ERIC et EMBASE, via notre accès à la bibliothèque de l'Université de Montréal.

Nous avons poursuivi notre recherche en questionnant le moteur de recherche TRIP[56] au moyen à la recherche des mots-clés suivants inscrits dans le titre seulement [(Physicians)+(Continuing Medical education) + (Perception)]. Le moteur de recherche InfoClinique[62] a aussi été mis à contribution.

Enfin, nous avons questionné la banque des revues systématiques de la littérature Cochrane Library[18] en utilisant les mots « Continuing Medical Education » ou « Continuing professional plan » inscrit dans les textes (Search all text). Finalement, le site MD Consult [63] a aussi été mis à contribution.

1.3.2. Perception de médecins ou autres professionnels de la santé à l'égard des plans ou programmes de DPC

Cette revue de la littérature nous permis de répertorier plusieurs références. Toutefois, après une lecture préliminaire des titres et sommaires, seulement huit articles potentiellement pertinents ont été retenus. La consultation des autres moteurs de recherche n'a pas permis d'identifier d'autre article d'intérêt. En effet, un article [64] a été répertorié dans PubMed mais apparaît sans relation avec notre étude. Le moteur de recherche TRIP n'a rien apporté de plus. Cockrane a permis d'identifier un grand nombre d'articles sous Continuing Medical Education ou

Continuing Professional Development, mais aucun autre ne porte spécifiquement sur le plan de DPC.

Les quatre documents suivants nous sont apparus les plus pertinents au regard du plan de DPC :

Document 1 : Experiences and preferences of general practitioners regarding continuing medical education: a qualitative study [65]

Le premier article retenu, paru dans The New Zealand Medical Journal en avril 2003, rapporte la perception et les préférences de 24 médecins généralistes face à l'éducation médicale continue (EMC). Bien qu'il ne porte pas vraiment sur le plan de DPC, il nous est apparu intéressant de savoir ce que d'autres médecins pensent de l'EMC. Il s'agit d'une recherche qualitative réalisée en novembre et décembre 2001. Un échantillon aléatoire a d'abord été choisi à partir du fichier des médecins généralistes de la Nouvelle-Zélande, puis sa composition a été modifiée de façon délibérée (*purposive sampling*) à avoir des médecins ayant différentes caractéristiques (âge, sexe, ethnicité, niveau socio-économique et type de pratique). À travers des entrevues téléphoniques individuelles, les auteurs ont compilé les résultats et les ont divisés en cinq thèmes :

1. Le besoin d'interaction des médecins
2. La perception à l'égard des activités de DPC qui n'incluent pas d'interaction
3. L'opportunité face à l'apprentissage
4. Les préférences des médecins généralistes
5. Les obstacles empêchant l'optimisation du DPC

On retient que le DPC est considéré comme un outil nécessaire pour garder à jour ses compétences. Un médecin cité dans l'article avoue même « *qu'il deviendrait un fossile s'il lui était impossible de se maintenir à jour* » (traduction libre). Ce qui ressort le plus, en prenant conscience des résultats thématiques, est sans contredit le besoin d'interaction des médecins lors des activités de DPC : il est unanimement reconnu. De plus, ce besoin se fait sentir aussi bien en milieu urbain que rural. Toutefois, à l'intérieur du format interactif, les préférences diffèrent: certains

apprécient davantage les conférences suivi d'une période de questions (pour être informés par un expert), alors que d'autres privilégient les discussions de groupe (pour le côté humain et le support).

Les activités sans interaction demeurent moins intéressantes pour les médecins, spécialement les lectures individuelles. La plupart d'entre eux ne parcourent que sommairement les journaux ou revues. Alors que le contact entre collègues stimule, la lecture quant à elle manque de substance.

Les choix des activités de DPC relèvent fréquemment de l'opportunité; les médecins optent d'abord pour la proximité des lieux, le nombre de crédits à obtenir, leurs intérêts ou encore une activité basée sur leur point faible. Certains préfèrent toutefois combler eux-mêmes leur manque de connaissances en faisant des recherches, ou en ayant un contact soutenu avec les patients. En outre, les médecins généralistes trouvent important de contribuer au DPC, plus précisément au niveau de la construction du programme. Ainsi, ce dernier pourrait couvrir tous les aspects de la médecine générale et combler les besoins de chacun. Il demeure malgré tout ardu d'identifier les véritables changements entraînés par le DPC.

Concernant le type d'activité, les médecins se disent beaucoup plus à l'aise quand le côté pratique est mis de l'avant, contrairement à un contenu trop académique et donc, moins motivant. Toutefois, d'autres obstacles empêchent l'optimisation du DPC dont le manque de temps qui arrive au premier rang. Puisque le temps passé en famille est crucial pour les médecins, il faut maximiser le temps consacré au DPC en développant des solutions concordant avec leur style de vie (un exemple consiste à créer des cassettes éducatives pour la voiture).

Pour conclure, les auteurs reviennent sur l'importance accordée aux formats interactifs, ce qui démontre l'apport mutuel des médecins. De plus, l'emphase doit être mise sur les besoins spécifiques des médecins, ce qui constitue un défi pour les organisateurs de DPC. Par contre, la perception des médecins face à leur développement personnel sera rehaussée et deviendra un facteur supplémentaire de motivation.

Document 2 : Learning in Practice : Experiences and Perceptions of High-Scoring physicians [59]

Cette recherche s'intéresse à l'apprentissage informel des médecins qui sont bien cotés (*High scoring physicians*); et plus particulièrement sur leur façon d'apprendre et de maintenir leurs compétences professionnelles, notamment dans les champs des habilités communicationnelles. Ici encore, bien que cette recherche ne porte pas spécifiquement sur un plan de DPC, le sujet nous est apparu connexe à notre démarche. Cette recherche a été réalisée en 2002 auprès de médecins s'étant portés volontaires pour faire l'objet d'une évaluation globale, dite 360 degrés, basée sur les rétroactions provenant de plusieurs sources. Les vingt-cinq (25) médecins les mieux cotés ont été invités à participer à des entrevues semi-structurées.

A leurs yeux, bien que le DPC soit important, l'éducation à travers leurs patients et collègues semble plus fondamentale. Ils ne rejettent pas le DPC mais laissent la voie libre à leurs réflexes et leur instinct. Ainsi, ils se disent conscients de leurs faiblesses et très stimulés par certains cas de patients qui les poussent à effectuer des recherches. De plus, la lecture fait intégralement partie de leurs habitudes. De ce fait, l'apprentissage individuel domine sur les activités de DPC.

En termes de communication, la moitié des médecins demeurent sceptiques quant à la nécessité de l'enseigner. En effet, selon eux la capacité à bien communiquer est innée et ne peut s'apprendre. Toutefois, tous les médecins ont souligné l'expérience acquise au fil des ans qui permet de faciliter à long terme le rapport avec autrui.

Bien que les résultats des entrevues semblent atténuer l'utilité du DPC, il ne faut pas s'y méprendre; pour ces médecins de famille, l'EMC ne représente qu'une des façons de maintenir leurs compétences. Cela ne diminue pas son importance mais ouvre simplement le chemin à d'autres méthodes d'apprentissage. Pour les auteurs de l'article, la solution afin de maximiser le DPC, est de rendre l'invisible visible: c'est-à-dire qu'il importe d'encourager les médecins à découvrir les approches fournies par le DPC dans un cadre formel, ce qui les rendra plus accessibles. Ainsi, la valeur de ces activités sera renforcée et les médecins se sentiront plus soutenus.

Document 3: What do doctors really think about the relevance and impact of GP appraisal 3 years on? A survey of Scottish GPs[66]

Ce sondage s'intéresse aux retombées de l'autoévaluation annuelle (*annual appraisal*) visant à améliorer l'apprentissage et le développement des médecins écossais. Cette évaluation est obligatoire depuis 2004 dans ce pays et ce, en vertu d'une entente contractuelle, et est considérée comme faisant partie intégrante de la revalidation de l'exercice des médecins. L'objectif de l'étude était de déterminer si cette méthode amenait des changements dans la pratique médicale, l'éducation et l'apprentissage, la carrière, l'attitude face à la santé, l'organisation du travail des médecins, et de recueillir leurs perceptions globales face au processus. Un questionnaire postal a été envoyé à 1278 médecins, choisis de façon aléatoire et représentant 25% des 4926 ayant participé à l'autoévaluation. Six-cent soixante et onze (671) parmi les 1278 médecins, soit 53% ont répondu au questionnaire.

D'après les résultats, l'impact de l'évaluation se situe principalement dans l'identification des connaissances manquantes et la mise à jour des connaissances acquises. Par contre, sur le plan de la communication entre collègues et avec des patients ou encore de la direction des équipes ou du personnel, l'impact de l'évaluation annuelle est faiblement perçu.

En matière de développement professionnel, le sondage indique que l'évaluation annuelle a incité le tiers des répondants à s'engager dans des activités de formation supplémentaires. Pour 13 % des répondants, l'évaluation annuelle les a encouragés à modifier leurs activités professionnelles, soit en ajoutant des tâches et des rôles supplémentaires de supervision ou d'évaluation, soit en réduisant leurs activités. Onze répondants jugent que les exigences de l'évaluation annuelle les obligent à considérer la retraite. En outre, 39 % ont déclaré que l'évaluation favorise l'introduction de nouvelles pratiques, de procédures et de lignes directrices. De plus, ils indiquent que cela a un impact positif sur le travail d'équipe, la communication, la cohésion, la prévention, et engendre également une plus grande appréciation de leurs collègues et de leurs besoins. C'est donc dire que l'effet de l'évaluation annuelle est significatif et qu'elle participe au maintien des compétences des médecins. Bien que les avis soient partagés quant à son utilité du plan de DPC, 49,6 % des répondants affirment que celui-ci influence leur processus

d'apprentissage et procure des bienfaits sur le plan de la concentration, de la structure et de l'organisation.

Document 4 : Continuing professional development (CPD): GPs' perceptions of post-graduate education-approved (PGEA) meetings and personal professional development plans (PDPs) [67],

En 2003, Little et Hayes ont cherché à connaître l'opinion des médecins britanniques à propos des différents types d'activités de DPC et du plan de DPC. Ils ont adressé un questionnaire postal aux 921 omnipraticiens de trois districts sanitaires différents en leur demandant de faire référence aux plus récentes activités de DPC approuvées auxquelles ils avaient assistés et aux retombées du plan de DPC. Le taux de réponse a été de 76%. Parmi les constats : seulement 30 % des omnipraticiens britanniques avaient un plan de DPC, et cela ne leur permettait pas nécessairement un meilleur apprentissage; la plupart avaient participé à des activités de DPC récemment; pour plusieurs, l'éducation n'avait pas amené de modification dans leur pratique clinique. Les auteurs concluaient que les changements dans la pratique survenant à la suite d'une activité de DPC n'étaient pas uniquement reliés à la pertinence clinique ou au présentateur mais aussi à des facteurs professionnels et sociaux.

1.3.3. Efficacité du DPC

Par ailleurs, cette revue de la littérature a permis d'identifier d'autres publications ayant trait à l'efficacité du DPC à proprement parler.

Continuing medical education effect on physician knowledge application and psychomotor skills: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines[68]

Il est généralement reconnu que le DPC contribue au maintien des compétences professionnelles. En 1992, Davis et coll. procédaient à une revue systématique de la littérature et arrivaient aux conclusions suivantes : « *Broadly defined CME interventions using practice-enabling or reinforcing strategies consistently improve physician performance and, in some instances, health care outcomes* »[46].

Récemment, une méta-analyse réalisée par O'Neil et Addrizzo-Harris évaluait l'effet du DPC sur l'application des connaissances et le développement d'habiletés psychomotrices. Les auteurs répertorient 136 études s'intéressant à ce sujet. Utilisant les critères du « *Effectiveness of Continuing Medical Education, Evidence Report/Technology Assessment No. 149* » [69, 70], ils retiennent douze articles traitant de l'application des connaissances et trois des habiletés psychomotrices.

Parmi les douze études portant sur l'effet du DPC sur l'application des connaissances, une seule ne démontre aucun effet à court terme. Les douze études ne portent que sur les médecins spécialisés en soins de première ligne (ex. : médecins de famille, pédiatres, internistes) et elles diffèrent tant sur le plan des médias de formation (vidéos et CD-ROM, matériel écrit, web, courrier électronique, activités en personne) que sur le plan des types d'activités de formation (lecture, jeux de rôle, cours magistraux, ateliers, groupes de discussion, etc...)

Quant aux trois études sur l'effet du DPC sur l'amélioration des habiletés psychomotrices, elles portaient sur des techniques très pointues (examen du genou et de la cheville, sigmoïdoscopie flexible, infiltration du genou) et ont résulté dans tous les cas en une légère amélioration des habiletés psychomotrices des médecins.

Les auteurs de la méta-analyse concluent que le DPC est efficace pour améliorer l'application des connaissances par les médecins. Se basant sur les critères de l'*American College of Chest Physicians guideline grading system* [71], Bordage et coll attribuent une cote 1C à cette recommandation [16]. Le système développé par l'*American College of Chest Physicians* pour le classement des recommandations en matière de DPC est dérivé du système GRADE qui sert quant à lui à déterminer les niveaux de preuve scientifique et à établir la force des recommandations cliniques en chirurgie. Dans le système de classement adapté au DPC, la cote 1C correspond à une recommandation « forte », soit une preuve scientifique établie (le chiffre 1), mais basée sur des données de qualité faible ou très faible (la lettre C). Finalement, les auteurs concluent que le petit nombre d'études répertoriées ne permet pas de déterminer quels médias de formation ni quels types d'activités sont les plus efficaces pour améliorer l'application des connaissances et le développement d'habiletés psychomotrices.

Continuing medical education effect on clinical outcomes: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines[72]

Par contre, en ce qui a trait à l'effet du DPC sur l'amélioration de la qualité des soins de la population et plus particulièrement sur les résultats cliniques, les conclusions sont beaucoup plus nuancées. En effet, dans le même numéro du Chest, Mazmanian, Davis et Galbraith, procédant de la même manière et selon les mêmes critères que l'auteur précédent, n'accordent qu'une cote 2C à l'efficacité du DPC pour améliorer les résultats cliniques. La cote 2C correspond à une recommandation faible (le chiffre 2) basée sur des données de qualité faible ou très faible (la lettre C).

Bien que ces résultats puissent sembler contredire les résultats de la méta-analyse précédente, ils n'ont rien d'étonnants. Tout d'abord, la notion de résultats cliniques est très variable d'une étude à l'autre et cette variabilité constitue la première difficulté lorsqu'il s'agit d'évaluer les effets de toute intervention, qu'elle soit médicale ou éducative. Bien qu'on s'entende généralement sur l'idée que les résultats cliniques englobent tout ce qui découle des soins de santé prodigués à un patient, les catégories de résultats cliniques considérées dans les études sont aussi variées que le taux de glucose sanguin chez les patients diabétiques, la tension artérielle chez les patients souffrant d'hypertension, les complications des traitements, les réactions allergiques et la qualité de vie, pour ne citer que quelques exemples. Cette imprécision dans la notion de « résultats cliniques » entraîne des difficultés lorsqu'il s'agit de comparer ou de combiner les résultats de plusieurs études.

Une deuxième difficulté est liée à l'impossibilité de dissocier les effets du DPC de ceux d'autres démarches d'amélioration de la qualité des soins. Partout dans le monde, les systèmes de santé sont des structures en constante évolution, les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins faisant partie intégrante de leur mode de fonctionnement. À cause de cela, la plupart des études qui ont tenté d'évaluer l'impact marginal du DPC sur les résultats cliniques n'ont pas réussi à émettre des recommandations solides à cet égard.

1.3.4. Conclusion

En somme, même si cette revue de la littérature est intéressante et nous renseigne sur la perception des médecins à l'égard des activités de DPC ou sur le maintien des compétences, les données quant à la pertinence ou l'efficacité d'un plan structuré de DPC sont très parcellaires. Il existe peu de données sur la perception qu'ont les médecins à l'égard des programmes et des plans de DPC et aucune ne recense spécifiquement le point de vue des médecins québécois.

En effet, l'étude de Goodyear-Smith, Whitehorn et McCormick[65] s'attarde davantage aux préférences des médecins généralistes de la Nouvelle-Zélande, à l'égard des différents types d'activités de DPC plutôt qu'à leur perception à l'égard de l'obligation qu'ils ont de maintenir leurs compétences en participant à des activités de DPC. De plus, le cadre réglementaire néo-zélandais en matière de développement professionnel est très différent de celui qui prévaut au Québec. Ainsi, en Nouvelle-Zélande, les médecins généralistes ont l'obligation légale de se soumettre à un programme de recertification comportant trois éléments obligatoires, dont la participation à des activités de DPC. Au Québec, l'adhésion à un programme de DPC n'est pas obligatoire et les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, n'ont pas à se soumettre à des épreuves de recertification. Ces différences sont suffisamment importantes pour que les résultats de cette recherche ne puissent être transposés directement au contexte québécois. Cependant, nous sommes inspirés des thèmes identifiés par les auteurs à travers les propos recueillis auprès des médecins consultés pour concevoir, élaborer et développer le système de codage des entrevues.

Quant à Sargeant et coll.[59], ils s'intéressent aux méthodes utilisées par les médecins bien côtés selon l'évaluation dite à 360° pour apprendre et maintenir leurs compétences professionnelles, particulièrement dans les champs des habilités communicationnelles. A leurs yeux, bien que le DPC soit important, l'éducation à travers leurs patients et collègues semble plus fondamentale; l'apprentissage individuel domine sur les activités de DPC. Cette recherche, bien que fort attrayante, s'intéresse davantage au maintien des compétences qu'au plan de DPC.

La troisième étude[66], réalisée par Colthard et coll. en 2008, scrute l'opinion des médecins écossais à l'égard de l'autoévaluation annuelle (annual appraisal) : note-

on des changements dans la pratique, la formation, l'apprentissage? Ou des changements d'attitude face à la santé, des changements de mentalité ou organisationnels? Et quelles opinions a-t-on sur le processus? Dans ce pays où l'autoévaluation est obligatoire, depuis 2004, en vertu d'une entente contractuelle et considérée comme partie intégrante de la revalidation de l'exercice des médecins, l'impact de cette mesure se situe principalement dans l'identification des connaissances manquantes et la mise à jour des connaissances acquises. De façon générale, l'effet de l'évaluation annuelle est significatif et contribue au maintien des compétences des médecins.

Enfin, la dernière étude, celle de Little et Hayes[67] s'intéresse à la perception des omnipraticiens britanniques à l'égard des activités de DPC et du plan de DPC. Réalisée en 2003, elle révèle que seulement 30 % des omnipraticiens britanniques avaient un plan de DPC et que, selon eux, cela ne leur permettait pas nécessairement un meilleur apprentissage.

En conclusion, alors que la nécessité pour les médecins de maintenir leurs compétences professionnelles semble faire l'unanimité et que l'efficacité du DPC dans le maintien et l'application de leurs connaissances semble démontrée, tout en contribuant vraisemblablement aux issues sanitaires, la valeur et la nécessité d'un plan de DPC semble beaucoup moins établie. D'où la nécessité de cette recherche qui vise à recueillir la perception des médecins québécois à l'égard du plan de DPC du CMQ.

L'objectif de cette recherche est donc de recueillir et d'explorer la perception des médecins québécois à l'égard du plan de DPC, instauré par le CMQ en 2007, et à l'égard du maintien des compétences professionnelles.

2. Méthodes

*« Not everything that can be counted counts,
and not everything that counts can be counted »*

Cameron (1963)[73]

2.1. Approche analytique

Le principal objectif de cette étude exploratoire étant d'analyser les perceptions individuelles des médecins québécois, non pas pour en déduire des généralisations mais plutôt pour en comprendre le sens, l'approche phénoménologique s'est imposée naturellement [74-80]. Cette approche repose sur l'idée que les médecins sont les seuls à pouvoir expliciter eux-mêmes leur expérience, leurs opinions, leurs attitudes et leurs perceptions[81]. L'approche phénoménologique ne vise pas une généralisation des phénomènes observés ni la validation de relations de causes à effets, mais plutôt la mise en évidence de thèmes qui faciliteront la compréhension du phénomène à travers ses similitudes et ses différences d'un individu à l'autre[82, 83]. En somme, adopter une posture phénoménologique, c'est privilégier la recherche de sens plutôt que la recherche de théories ou de lois universelles qui permettraient de généraliser les résultats[84, 85].

La recherche qualitative est une approche qui épouse le paradigme interprétatif et privilégie l'approche naturaliste; elle tente de comprendre de façon riche les phénomènes à l'étude à partir des significations que les acteurs leur donnent dans leur milieu naturel. Elle est éclectique dans ses choix d'outils de travail[86].

Cette affirmation est reprise par Lorelei Lingard et Tara Kennedy :

Qualitative research methods can contribute to theory building and to the study of complex social issues in medical education [...] The domain of qualitative research encompasses an eclectic group of research, which are linked by their common aim to explore social processes through interpretation of qualitative data[87].

Or, de par sa complexité, la perception qu'ont les médecins du maintien des compétences professionnelles et des divers outils qui y contribuent correspond certainement à cette définition.

2.2. Méthode générale d'échantillonnage

La méthode générale d'échantillonnage privilégiée pour l'étude est celle par contraste-saturation, dont le but ultime est de construire une mosaïque de cas en s'assurant de la présence au sein de l'échantillon d'un minimum (au moins deux) de représentants de groupes jugés pertinents au regard de l'objet de l'étude[88-90].

L'objectif de l'échantillonnage par contraste-saturation n'est pas d'obtenir une représentativité statistique de la population, dans ce cas-ci l'ensemble des médecins du Québec, ce qui de toute façon serait impossible avec un nombre aussi restreint de participants, mais d'obtenir un échantillon représentatif de la problématique. Pour ce faire, il faut s'assurer que les participants choisis au départ ou sélectionnés en cours d'étude permettent une bonne représentation de la réalité empirique du phénomène à l'étude, en l'occurrence la perception des médecins à l'égard du plan de DPC du CMQ (ci après le « Collège »)[91].

Le nombre d'entrevues n'a pas été fixé *a priori*, mais découle plutôt du principe de saturation empirique de l'information, pour employer le terme de Bertaux [92]. Par opposition à la saturation théorique qui consiste à recueillir des données tant qu'elles continuent d'enrichir la conceptualisation ou la théorisation d'un phénomène à l'étude[78], la saturation empirique s'applique aux données elles-mêmes et elle est atteinte lorsque les données recueillies illustrent des points de vue déjà exprimés par d'autres participants. Compte tenu de la nature de l'étude, c'est ce type de saturation qui était recherché, dans la mesure où l'objectif n'était pas tant de cerner l'ensemble des propriétés d'un concept ou d'une théorie mais plutôt de s'assurer de « faire le tour » des différents points de vue existants, à l'égard du plan de DPC du Collège.

2.3. Sélection des participants

« En recherche qualitative, la validité et la richesse des hypothèses de recherche qui émergent dépendent plus de la qualité des cas et de la manière de les sélectionner combinées aux compétences de la chercheuse que de la grandeur de l'échantillon. »

Garon (2009)[93]

Pour constituer des groupes contrastés de participants, tel que le préconise la méthode d'échantillonnage par contraste-saturation, on a d'abord identifié un nombre restreint de variables socio-démographiques et professionnelles susceptibles d'être à l'origine de similitudes ou de différences de perception à l'égard du plan de DPC du Collège : sexe, âge[94], langue de communication, spécialité, lieu de pratique (en cabinet ou en établissement) et région de pratique (RMR¹ ou hors-RMR). Tout au long du processus de sélection de l'échantillon, on a veillé à ce que tous les profils de médecins déterminés par ces variables soient minimalement représentés[95]. L'échantillon final est composé de vingt-sept médecins, excluant les trois médecins qui ont participé à la validation du questionnaire.

De plus, afin de bien représenter les différents points de vue à l'égard du plan de DPC du Collège, tant positifs que négatifs, on a utilisé plusieurs techniques d'échantillonnage : échantillon d'informateurs clés, échantillon « boule de neige », échantillon de cas « *négatifs* » et échantillon opportuniste[89].

2.3.1. Échantillon d'informateurs clés

Composé de onze personnes ayant été délibérément ciblées parce qu'on pensait qu'elles fourniraient de l'information qui aiderait à atteindre les buts de l'étude, l'échantillon d'informateurs clés a constitué la première étape dans la sélection de notre échantillon. Les participants identifiés selon cette méthode sont désignés ci-après « informateurs clés ». Ils ont été sélectionnés au jugé, notamment parmi les médecins responsables de programmes de DPC au sein des différentes associations professionnelles et facultés de médecine des universités au Québec.

2.3.2. Échantillon « boule de neige »

Aussi appelé échantillon par réseau, l'échantillon « boule de neige » est composé de neuf personnes identifiées par les premiers participants interrogés comme étant susceptibles d'apporter à l'étude de l'information pertinente supplémentaire. Cette technique d'échantillonnage a été utilisée tout au long de l'étude en demandant à chaque participant, au terme de l'entrevue, s'il connaissait d'autres médecins partageant le même point de vue ou, au contraire, ayant une opinion contrastée à la sienne à l'égard du plan de DPC du Collège.

2.3.3. Échantillon de cas « négatifs »

L'échantillon de cas négatifs est composé de six personnes identifiées *a priori* comme étant susceptibles d'avoir une opinion négative à l'égard du plan de DPC du Collège. Bien que la majorité des médecins reconnaissent intuitivement l'importance de maintenir leurs compétences et leurs connaissances à jour, un petit nombre d'entre eux n'adhèrent à aucun plan de DPC, soit par refus de se soumettre à une directive qu'ils considèrent purement administrative, soit parce qu'ils remettent en question le bien-fondé des exigences propres aux différents programmes proposés (nombre de crédits obligatoires, démarche réflexive).

La plupart des cas négatifs sont des médecins qui avaient récemment été ciblés par le Collège dans le cadre du programme de suivi de l'adhésion au plan de DPC, parce qu'ils n'avaient adhéré à aucun plan de DPC au cours des deux dernières années. En vertu de ce premier volet du programme de suivi, ils avaient été invités à soumettre leur plan de DPC au Collège pour une évaluation de conformité et c'est en raison de la non-conformité de leur plan ou de leur refus de le soumettre que leur participation à l'étude a été sollicitée.

Les autres cas négatifs de l'échantillon proviennent du deuxième volet du programme de suivi, en vertu duquel le Collège sélectionne chaque année un échantillon aléatoire de 3 % des médecins en exercice. Ces derniers sont alors invités à soumettre leur plan de DPC au Collège à des fins de vérification de

¹ RMR : région métropolitaine de recensement de Statistique Canada

conformité. Les cas négatifs provenant de ce volet du programme ont été sélectionnés parmi les médecins ayant refusé de soumettre leur plan de DPC.

Il importe de mentionner ici que tous les médecins sollicités à titre de cas négatifs ont accepté d'emblée l'invitation à participer à l'étude, à l'exception d'un médecin qui n'a pas donné suite à l'invitation malgré quelques rappels.

2.3.4. Échantillon opportuniste

L'échantillon opportuniste est constitué d'un seul médecin qui, ayant entendu parler de la tenue de l'étude, a manifesté son intérêt à y participer. Dans une étude visant à généraliser les résultats à l'ensemble d'une population, ce mode de sélection aurait pu entraîner un biais de sélection, puisque c'est en raison de son désaccord avec certains aspects du plan de DPC du Collège que ce médecin s'est porté volontaire pour participer à l'étude. Cependant, étant donné que tous les efforts ont été déployés par ailleurs pour entendre non seulement les points de vue de médecins en désaccord mais également ceux de médecins plus favorables au plan de DPC, l'inclusion de ce participant ne cause pas de problème méthodologique et ne met pas en péril la validité de l'étude.

2.4. Méthodes de collecte de données

2.4.1. Choix de la méthode de collecte

De par son mandat de surveillance et de contrôle de la qualité de l'exercice des médecins, le Collège des médecins du Québec est généralement perçu par ces derniers comme un organisme dont le rôle est avant tout sanctionnel. C'est en raison de cette perception particulière des médecins à l'égard du Collège que nous avons choisi de privilégier l'entrevue individuelle comme méthode de collecte de données[96]. On espérait ainsi encourager l'expression franche et directe d'opinions et de points de vue pouvant parfois aller à l'encontre de ceux du Collège en matière de développement professionnel continu. Cette liberté d'expression de la part des participants nous semblait essentielle pour assurer la validité et la fiabilité des données recueillies.

Dans l'arsenal des instruments de collecte de données qualitatives, l'entrevue individuelle semi-structurée est réputée la plus efficace quand il s'agit d'explorer un thème en profondeur[90, 97, 98]. En optant pour des entrevues de type semi-structurées, où l'intervieweur ne fait que guider le participant en lui posant des questions assez générales, et en choisissant une intervieweuse indépendante du Collège, on a réussi à établir un mode d'entrevue qui ressemblait davantage à une conversation qu'à une entrevue formelle[99]. Tous ces choix méthodologiques ont permis de dégager une compréhension riche des perceptions diverses à l'égard du plan de DPC du Collège.

2.4.2. Déroulement des entrevues individuelles semi-structurées

Après un premier contact téléphonique initié par le chercheur principal de l'étude, le Dr Roger Ladouceur, le but de ce premier appel étant de solliciter la participation du médecin et de lui expliquer brièvement la nature et les objectifs du projet, l'intervieweuse communiquait avec le participant afin de fixer un rendez-vous pour la tenue de l'entrevue. Le choix du mode d'entrevue, téléphonique ou en personne, a été laissé dans tous les cas à la discrétion du participant.

Par la suite, l'intervieweuse faisait parvenir au participant, par courriel ou par télécopie, un formulaire de consentement (Annexe 3). Le formulaire dûment signé par le participant était récupéré et signé par l'intervieweuse le jour même de l'entrevue en personne, ou encore retourné par la poste ou par voie électronique, dans le cas des entrevues téléphoniques.

Avant de commencer l'entrevue proprement dite, l'intervieweuse rappelait brièvement les objectifs de l'étude et son importance pour le Collège, en plus d'insister sur le caractère confidentiel des données recueillies[97]. Au besoin, l'intervieweuse énumérait les mesures concrètes qui allaient être prises par l'agent de recherche pour garantir l'anonymat des participants aux yeux du chercheur principal de l'étude, responsable du plan de DPC du Collège, et la confidentialité des données, notamment :

1. Votre nom ne sera jamais mentionné dans les rapports ou les publications qui découleront de la recherche.
2. Les propos qui pourraient permettre de vous identifier ne seront pas cités dans les rapports ou publications.

3. L'enregistrement et la transcription de votre entrevue seront gardés en lieu sûr et seront accessibles uniquement aux chercheurs du projet.
4. Les entrevues seront anonymisées avant d'être analysées par les chercheurs de l'étude.

2.4.3. Éthique

Le CMQ a pour mission de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois[1]. L'un des mandats du CMQ est de s'assurer du maintien des compétences de ses membres tel qu'édicté par l'article 44 du code de déontologie : « *Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possible; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés* ». C'est à cette fin que le plan de DPC a été promu en 2007. La présente recherche s'inscrit dans le mandat du CMQ. À cet égard, les médecins s'engagent par écrit et signe une autorisation « *à produire sur demande tout document afférent aux activités de DPC et obtenir leur profil* » [100].

Le questionnaire a été soumis au comité d'éthique à la recherche du CMQ, même si le mandat du CMQ et l'autorisation signée par les médecins rendaient cette démarche non obligatoire[101, 102]. Le formulaire de consentement approuvé apparaît à l'Annexe 3.

2.4.4. Élaboration du guide d'entrevues

Après une première formulation des principales questions de recherche, une version préliminaire du guide d'entrevues a été produite par l'équipe de recherche et a été administrée à trois médecins à la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège, en présence de l'agente de recherche, afin d'en valider le contenu et la fluidité. Suite à cette phase de validation, des modifications mineures ont été apportées au guide d'entrevues, notamment pour en améliorer la fluidité. Le guide d'entrevues final est présenté à l'Annexe 1. Une version anglaise du guide a été utilisée pour deux entrevues (Annexe 2).

Le cadre théorique du DPC en médecine, présenté en introduction, définit trois types d'activités d'auto-apprentissage, soit les activités informelles (ex. : lecture de revues médicales), semi-structurées (ex. : revues de littérature) et formelles (ex. : projets

d'autoapprentissage). La première section du guide d'entrevues porte donc sur les choix et préférences des médecins parmi les trois types d'activités.

Les activités formelles de DPC sont associées de façon plus directe à une démarche réflexive où le médecin doit d'abord examiner sa pratique actuelle et les compétences qu'elle requiert, identifier ses besoins de formation, établir ses objectifs d'apprentissage et un plan de formation qui lui permettra de les atteindre, et finalement évaluer l'impact des activités de formation sur sa pratique. Ce type d'activités nécessite donc de la part du médecin une bonne capacité d'autoévaluation de ses besoins de formation. Or, cette étape est généralement reconnue comme étant difficile, le médecin ayant spontanément tendance à vouloir se former dans des domaines où il est déjà compétent. La question de l'autoévaluation des besoins est donc au cœur du cadre théorique et le guide d'entrevues aborde cette question d'entrée de jeu dans le but d'en comprendre les enjeux et les impacts possibles sur l'efficacité du DPC en médecine.

Les autres thèmes du guide d'entrevues se rapportent plus spécifiquement aux différents plans de DPC parmi lesquels les médecins peuvent choisir et aux critères qu'ils utilisent pour faire ce choix. Le guide d'entrevues aborde entre autres la question des crédits obligatoires que comportent certains plans, comme ceux du CRMCC et du CMFC.

Tout au long de l'étude, l'intervieweuse avait le loisir de modifier au besoin l'ordre et la formulation des questions de manière à favoriser un climat de confiance et de convivialité avec les participants, pourvu que l'ensemble des thèmes soient abordés au cours de l'entrevue.

Après quelques entrevues, on a ajouté au guide d'entrevues un thème qui avait été mentionné à plusieurs reprises par les premiers participants à l'étude, soit le thème de la recertification. Ce thème est directement lié à celui faisant l'objet de l'étude, la recertification étant considérée par bon nombre de professionnels de la santé comme une alternative au plan de DPC comme outil de validation du maintien des compétences. Les règles de mise en œuvre de la recertification sont variables selon les pays mais dans tous les cas, elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins de santé. Au Québec, bien que la qualité des soins et la protection du public soient au cœur de la mission du Collège, la recertification n'a pas été retenue par ce dernier jusqu'à maintenant comme moyen de surveillance de

la qualité de l'exercice des médecins. Ainsi, aucune obligation de DPC ne peut remettre en cause le statut d'un médecin québécois, ni pour les généralistes ni pour les spécialistes. C'est en grande partie par le biais de l'inspection professionnelle et des activités éducatives de remédiation (stages, tutorats, ateliers de formation, etc.) que le Collège veille à la qualité de la pratique médicale.

2.4.5. Collecte de données secondaires

Des données secondaires ont été colligées à partir de trois sources de données accessibles aux employés du CMQ : la base de données professionnelle CMQ-Vision, l'avis de cotisation 2009-2010 et les données du programme de suivi de l'adhésion au plan de DPC 2009-2010. Ces données ont permis de sélectionner les participants de manière à constituer un échantillon diversifié en termes de sexe, âge, langue de communication, spécialité, lieu de pratique (en cabinet ou en établissement) et région de pratique (RMR ou hors-RMR). Les données du programme de suivi du DPC ont été utilisées uniquement pour identifier les cas négatifs, soit les médecins dont le plan de DPC était non conforme ou ceux ayant refusé de soumettre leur plan, suite à la demande du Collège.

2.5. Méthodes d'analyse

2.5.1. Transcription des entrevues

*« Toutes les traces,
rien que les traces...
et les bonnes traces... »*

Van Der Maren (2008) [70]

Chaque entrevue a été enregistrée numériquement et transcrite intégralement par l'intervieweuse immédiatement après la tenue de l'entrevue. Les propos des participants ont été restitués fidèlement, sans aucune censure. Toutefois, pour assurer une meilleure lisibilité des entrevues, certaines interjections ont été ramenées à leur forme écrite et de courts segments de phrase ont été introduits (entre parenthèses) dans le texte pour expliciter certains segments implicites. L'agente de recherche a ensuite relu une première fois chacune des entrevues afin

d'en retirer tous les renseignements personnels susceptibles de permettre l'identification des participants par l'un ou l'autre des membres de l'équipe de recherche.

2.5.2. Codage des données

L'élaboration du système de codage des entrevues a été amorcée dès que les trois entrevues de pratique ont été complétées. Pour assurer une plus grande fiabilité des analyses, le système de codage a été élaboré séparément par deux membres de l'équipe de recherche, soit l'intervieweuse et l'agente de recherche. Après quelques rencontres visant à établir un consensus sur le système de codes et sur les règles de codage, les codes ont tous été clairement définis et introduits dans le logiciel d'analyse de données qualitatives QDA Miner. Ce système de codage préliminaire, réalisé avant la lecture approfondie des entrevues, était surtout basé sur les grands thèmes de la recherche et sur les questions du guide d'entrevues. Ce premier ensemble de codes était avant tout opérationnel et descriptif. Il s'est toutefois rapidement avéré insuffisant pour capter l'ensemble des détails et des subtilités contenues dans les propos des participants.

Une révision du système de codage s'est imposée en cours d'analyse, après la lecture approfondie d'une dizaine d'entrevues, puisque certains propos ne pouvaient être associés à aucun code existant. À l'inverse, certains codes étaient trop englobants et ont donc été scindés en plusieurs codes plus précis. Cette révision a permis d'éliminer toutes les ambiguïtés du système de codage préliminaire, en plus de fournir un système de codage plus thématique que le premier, plus collé à la réalité des propos recueillis au cours des entrevues et composé de codes plus explicatifs et interprétatifs, donc, plus utiles lors des étapes subséquentes de l'analyse.[103]

Une dernière révision du système de codage a finalement été réalisée en fin d'analyse, dans le but de faciliter l'interprétation des résultats et l'exécution de requêtes dans le logiciel QDA Miner. En effet, certains codes englobaient plusieurs catégories d'opinions, favorables et défavorables par exemple, de sorte que pour déterminer l'opinion prédominante il fallait relire tous les segments associés à ces codes. On a donc décidé de scinder ces codes en deux ou plusieurs codes plus précis.

2.5.3. Élaboration de propositions préliminaires

Une des premières étapes de l'analyse a été l'élaboration de propositions préliminaires (voir annexe 6), étape au cours de laquelle les deux responsables du codage des données ont commencé à formuler, sous forme de tableau, une série d'hypothèses de travail émergeant des propos recueillis auprès des participants. Pour quantifier le degré de confirmation de ces hypothèses, on notait également dans le tableau le nombre de participants dont les propos confirmaient ou infirmaient chaque hypothèse.

Les propositions préliminaires ont d'abord été formulées de façon indépendante par les deux responsables du codage, mais elles ont été analysées et révisées régulièrement par tous les membres de l'équipe de recherche lors des réunions d'équipe. Celles dont le degré de confirmation est demeuré élevé tout au long de l'analyse sont devenues les principales conclusions de l'étude. Quant aux autres propositions, elles ont été nuancées ou éliminées en cours de route si le nombre de propos contradictoires suffisait à les invalider.

La proposition préliminaire suivante constitue un exemple de proposition dont le degré de validation est demeuré élevé pendant toutes les étapes de l'analyse, de sorte qu'elle est devenue une des conclusions de l'étude en ce qui a trait aux moyens alternatifs de valider le maintien des compétences des médecins :

La plupart des médecins ne croient pas que la recertification représente une alternative au plan de DPC pour assurer le maintien des compétences.

À l'inverse, la proposition préliminaire suivante n'a été confirmée que par un petit nombre de participants, de sorte qu'elle a été abandonnée en cours d'analyse :

Avec PAGs, comme les activités de DPC ne sont pas soumises à un système d'accréditation, leur qualité peut être très variable.

Cela n'a rien d'étonnant puisque le guide d'entrevues ne comportait aucune question spécifique sur la qualité relative des activités de DPC. Seuls deux participants ont soulevé spontanément cette faiblesse potentielle des PAGs dont les activités ne sont pas soumises à un système d'accréditation. Cette situation est fréquente en recherche qualitative et c'est là une des limites de ce type de recherche. Certains thèmes débordant du cadre de l'étude surgissent parfois en cours d'entrevues et

bien qu'il soit tentant de les ajouter à l'étude, parce qu'ils représentent un aspect intéressant de la problématique, il est préférable de les garder pour une recherche ultérieure plutôt que d'alourdir le guide d'entrevues.

3. Critères de qualité

« La validité dépend de la relation de vos conclusions avec le monde réel et il n'y a aucune méthode qui puisse vous assurer que vous avez adéquatement saisi les aspects du monde que vous étudiez. »

Maxwell (1999)[104]

Selon Mucchielli[105], la qualité d'une recherche qualitative réfère à sa capacité de produire des résultats ayant « une valeur dans la mesure où ils contribuent de façon significative à mieux comprendre une réalité, un phénomène étudié ». Les critères de qualité peuvent varier selon l'approche, mais suivant les recommandations de Van der Maren[77], nous avons retenu les critères suivants : la validité interne (ou crédibilité) et la transférabilité (généralisabilité externe).

3.1. Validité interne

En recherche qualitative, la validité interne d'une étude réfère à la pertinence, à la cohérence, à la crédibilité et à la rigueur des méthodes utilisées, de la sélection de l'échantillon à la formulation des conclusions, en passant par la collecte, le codage et l'analyse des données[106-110]. Plusieurs mesures ont été prises tout au long de l'étude afin d'en maximiser la validité interne.

Tout d'abord, les participants ont été judicieusement choisis parce qu'ils étaient considérés comme les meilleures personnes susceptibles de faire avancer la compréhension du phénomène étudié, soit la perception des médecins québécois à l'égard du plan de DPC. En particulier, l'inclusion de cas négatifs, en plus des informateurs clés, a permis de maximiser la diversification interne des points de vue.

La méthode de collecte de données, basée sur des entrevues individuelles semi-structurées, a aussi contribué à la validité interne, ce choix étant davantage en adéquation avec l'objet de l'étude que ne l'auraient été des groupes de discussion, par exemple. En effet, il est apparu évident dès le début de l'étude que pour obtenir le maximum d'information et de franchise de la part des participants, il fallait absolument leur garantir l'anonymat et assurer un climat de confiance propice à l'expression de points de vue pouvant aller à l'encontre de celui du Collège. Le choix

d'une personne indépendante du Collège pour réaliser les entrevues s'est avéré efficace et judicieux à cet égard. Une attention particulière a aussi été apportée à l'élaboration du guide d'entrevues pour s'assurer qu'il couvre tous les aspects pertinents du plan de DPC.

De plus, afin d'assurer la qualité des entrevues, une sélection d'articles portant sur les méthodes d'entrevues individuelles ont été identifiés par l'agente de recherche et l'intervieweuse en a pris connaissance avant de débiter les entrevues. Mentionnons toutefois que cette dernière avait déjà effectué des entrevues similaires dans le cadre d'un projet universitaire de recherche qualitative.

À l'étape du codage des entrevues, les principaux moyens qui ont été utilisés pour augmenter la validité de l'étude sont :

- une définition opérationnelle claire et partagée entre les chercheurs des catégories utilisées pour le codage;
- la mise à jour en continu des catégories de codage à la lumière des entrevues déjà codées et des analyses préliminaires;
- l'utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative (QDA-Miner[111]);
- l'examen du matériel résidu, constitué des segments d'entrevues auxquels les deux personnes responsables du codage n'avaient attribué aucun code ou catégorie;
- la comparaison des codages effectués par les deux personnes responsables du codage.

De telles mesures prises dès le début de la période de codage ont permis d'assurer une plus grande validité de signifiante des interprétations qu'on a pu dégager des propos recueillis lors des entrevues.

À l'étape de l'analyse, la formulation de propositions préliminaires et la recherche de propos non seulement confirmatoires mais également contradictoires font partie des stratégies qui ont été utilisées pour augmenter la validité interne.

La tenue d'un journal de bord (voir annexe 5) a également permis de conserver une trace systématique de la progression de l'étude. Tous les événements significatifs pour l'analyse et l'interprétation des résultats y ont été répertoriés, incluant la description et la justification des décisions prises lors des réunions périodiques de

l'équipe de recherche et les impressions et notes d'entrevue de l'intervieweuse. Le journal de bord s'est avéré un moyen efficace pour favoriser une démarche réflexive des membres de l'équipe de recherche.

3.2. Transférabilité

La transférabilité des données est à la recherche qualitative ce que la généralisation est à la recherche quantitative [98, 112, 113]. Elle repose sur une bonne connaissance des caractéristiques des participants qui peut alors permettre au chercheur d'affirmer avec un degré raisonnable de certitude que les résultats obtenus à partir de l'échantillon, si restreint soit-il, sont transférables à l'ensemble de la population.

À cet égard, il faut mentionner que le chercheur principal de l'étude, de par ses fonctions de responsable du DPC au Collège, connaissait déjà bien les perceptions générales à l'égard du programme de DPC du Collège et les personnes les plus susceptibles de fournir des informations riches et partagées par un grand nombre de médecins. Ces personnes ont rapidement été identifiées comme informateurs clés de l'étude. De même, les cas négatifs étaient bien connus du chercheur principal et leur disposition à participer à l'étude a permis de recueillir leurs perceptions et les principaux reproches qu'ils adressent au programme de DPC du Collège et aux plans de DPC en général.

Une fois identifiés les informateurs-clés et les cas négatifs, la sélection de l'échantillon visait avant tout une bonne couverture des principales catégories de médecins, telles que définies par les variables démographiques et professionnelles énumérées précédemment : sexe, âge, langue de communication, spécialité, lieu de pratique (en cabinet ou en établissement) et région de pratique (RMR² ou hors-RMR). Lorsque plusieurs répondants potentiels étaient suggérés par les médecins interviewés, la sélection tenait toujours compte du degré de couverture de chacune des catégories de médecins.

La transférabilité des résultats résulte aussi du degré de saturation atteint au terme de la collecte de données. La saturation est d'abord un critère de constitution de l'échantillon, en ce sens qu'elle indique au chercheur à quel moment il peut arrêter la

² RMR : région métropolitaine de recensement de Statistique Canada

collecte de données. Mais elle est aussi un critère d'évaluation méthodologique[114] du degré de transférabilité des résultats à un ensemble plus grand d'individus. En effet, tant que des idées nouvelles ressortent des entrevues, il convient de continuer la collecte de données et c'est exactement ce qui a été fait dans la présente étude, le degré de saturation empirique étant évalué après chaque entrevue.

4. Résultats

4.1. Profil des participants

Vingt-sept entretiens ont été réalisés (excluant les trois entretiens de validation). De ce nombre, quatorze entretiens ont été réalisés par téléphone, les treize autres ayant été menés en personne sur les lieux de travail du médecin participant. Dans tous les cas, les entretiens ont été enregistrés, le participant en ayant été informé au préalable. Le tableau 1 décrit les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des répondants échantillonnés selon les techniques d'échantillonnage utilisées, soit les « Informateurs-clés », ceux recrutés selon la technique « Boule de neige », les répondants dits « Cas négatifs » ou opportuniste.

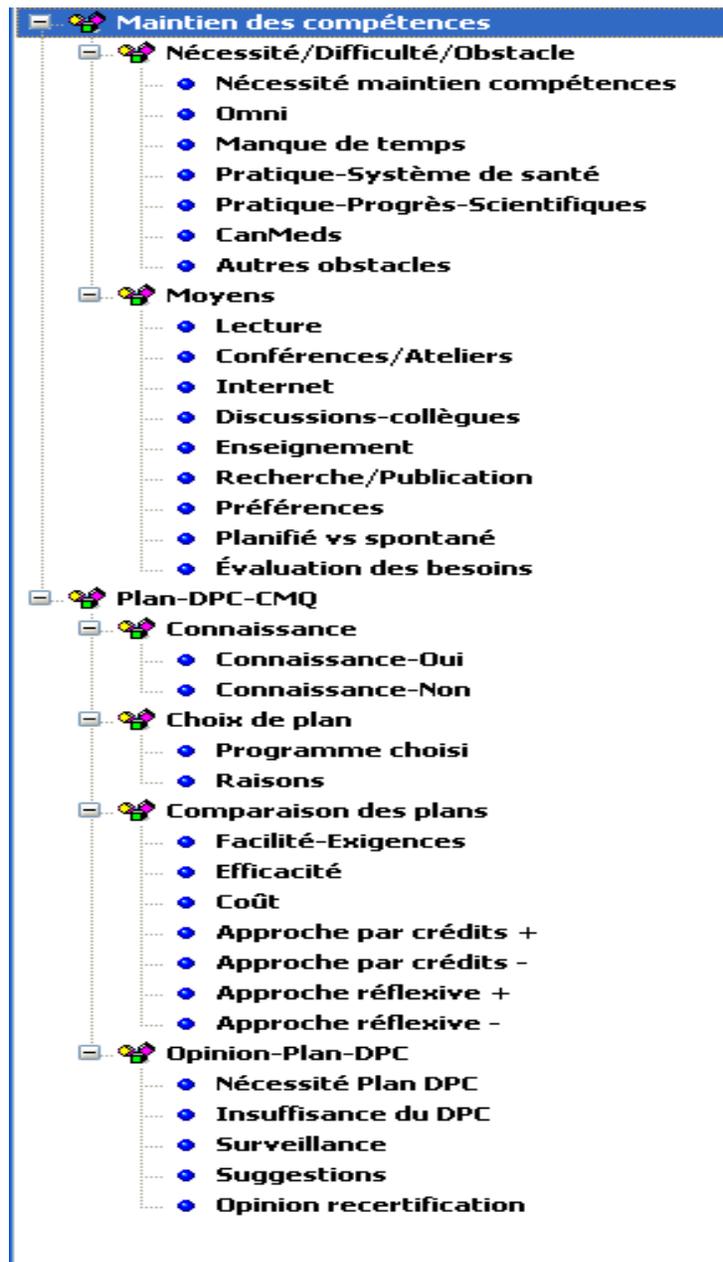
Tableau I: Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des répondants

Caractéristiques	Informateurs clés (Cas PLUS)	"Boule de neige" (Cas référés)	MOINS (Cas négatifs)	OPPORTUNISTE	TOTAL	
					en nombre	en %
Âge						
< 65 ans	9	8	4	1	22	81%
>= 65 ans	2	1	2		5	19%
Sexe						
F	4	4	2		10	37%
M	7	5	4	1	17	63%
Langue¹						
Français	9	9	6	1	25	93%
Anglais	2				2	7%
Spécialité						
Omni	8	5	1	1	15	56%
Spécialiste	3	4	5		12	44%
Lieu de pratique²						
Établissement	5	5	4		14	52%
Hors-établissement seulement		4	1		5	19%
Autre ³	6		1	1	8	30%
Région						
RMR ⁴	8	8	3	1	20	74%
Hors-RMR	3	1	3		7	26%

4.2. Codes des entrevues

Le tableau II présente la liste des codes utilisés pour répertorier les perceptions des médecins à l'égard du plan de DPC et du maintien de la compétence professionnelle.

Tableau II : Liste des codes répertoriés, puis cartographiés via QDA Miner



4.3. Définitions des codes

Le tableau III présente la définition de ces codes

Tableau III : Définitions des codes (QDA Miner)

Maintien des compétences

Nécessité/Difficulté/Obstacle

- Nécessité maintien compétences
Tout énoncé, positif ou négatif, sur la nécessité de maintenir ses compétences en tant que médecin, sans référence spécifique aux compétences CanMeds.
- Omni
Tout énoncé sur la difficulté de maintenir ses compétences en tant que médecin OMNIPRATICIEN (médecin de famille).
- Manque de temps
Tout énoncé sur la difficulté de maintenir ses compétences à cause du MANQUE DE TEMPS.
- Pratique-Système de santé
Tout énoncé sur la difficulté de maintenir ses compétences à cause de la façon dont est organisé de SYSTÈME DE SANTÉ (ex.: groupes de médecine de famille pas encore bien implantés).
- Pratique-Progrès-Scientifiques
Tout énoncé sur la difficulté de maintenir ses compétences à cause de la rapidité des PROGRÈS SCIENTIFIQUES (ex.: nouveaux médicaments, nouvelles lignes directrices).
- CanMeds
Tout énoncé sur les compétences CANMEDS (ex.: nécessité de les maintenir, importance relative, facilité relative).
- Autres obstacles
Tout énoncé sur la difficulté de maintenir ses compétences pour des raisons autres que OMNI, MANQUE DE TEMPS, SYSTÈME DE SANTÉ, PROGRÈS SCIENTIFIQUES (ex.: coût élevé des conférences).

Moyens

- Lecture
Tout énoncé parlant de la LECTURE comme moyen de maintenir ses compétences (ex.: revues scientifiques, livres spécialisés, journaux), excluant la lecture sur des sites Internet.
- Conférences/Ateliers
Tout énoncé parlant de CONFÉRENCES OU ATELIERS comme moyen de maintenir ses compétences (ex.: congrès, colloque, séminaire, cours spécialisé, atelier), excluant les conférences ou ateliers en ligne (sur Internet).
- Internet
Tout énoncé parlant d'INTERNET comme moyen de maintenir ses compétences (ex.: bulletins électroniques comme DYNAMED, résumés de recherche comme POEMS (Patient-Oriented Evidence that Matters), visites de sites Internet spécialisés).
- Discussions-collègues
Tout énoncé parlant de DISCUSSIONS AVEC DES COLLÈGUES comme moyen de maintenir ses compétences, incluant les discussions lors de réunions formelles ou de rencontres fortuites.
- Enseignement

Tout énoncé parlant de l'ENSEIGNEMENT comme moyen de maintenir ses compétences.

- Recherche/Publication
Tout énoncé parlant de la RECHERCHE ET LA PUBLICATION d'articles scientifiques comme moyen de maintenir ses compétences.
- Préférences
Tout énoncé sur les PRÉFÉRENCES à l'égard des divers moyens de maintenir ses compétences, incluant les RAISONS de ces préférences.
- Planifié vs spontané
Tout énoncé sur la façon dont se produisent les occasions de maintien des compétences : de façon PLANIFIÉE (ex.: choix d'une conférence ou d'un atelier) OU SPONTANÉE (ex.: suite à la visite d'un patient, à une discussion avec un collègue).
- Évaluation des besoins
Tout énoncé, positif ou négatif, sur l'ÉVALUATION DES BESOINS en matière de maintien des compétences, incluant la difficulté d'évaluer ses besoins de formation.

Plan-DPC-CMQ

Connaissance

- Connaissance-Oui
Tout énoncé qui démontre que la personne CONNAÎT les différents plans de DPC reconnus par le CMQ.
- Connaissance-Non
Tout énoncé qui démontre que la personne NE CONNAÎT PAS les différents plans de DPC reconnus par le CMQ.

Choix de plan

- Programme choisi
Tout énoncé sur le PROGRAMME DE DPC CHOISI par la personne (excluant les raisons de ce choix).
- Raisons
Tout énoncé sur les RAISONS du choix de programme de DPC.

Comparaison des plans

- Facilité-Exigences
Tout énoncé dans lequel la personne COMPARE les différents programmes en fonction de leur FACILITÉ et de leurs EXIGENCES.
- Efficacité
Tout énoncé dans lequel la personne COMPARE les différents programmes en fonction de leur EFFICACITÉ à maintenir les compétences.
- Coût
Tout énoncé dans lequel la personne COMPARE les différents programmes en fonction de leur COÛT.
- Approche par crédits +
Tout énoncé POSITIF sur l'APPROCHE PAR CRÉDITS.
- Approche par crédits -
Tout énoncé NÉGATIF sur l'APPROCHE PAR CRÉDITS.
- Approche réflexive +
Tout énoncé POSITIF sur l'APPROCHE RÉFLEXIVE.

4.3 Perceptions des médecins

A MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Opinions des médecins québécois interviewés quant à la nécessité, les difficultés et les obstacles au maintien des compétences professionnelles et des moyens pris pour y arriver.

A.1 La nécessité pour les médecins québécois de maintenir leurs compétences professionnelles

(code : Nécessité / Difficulté / Obstacle)

Interrogés sur la nécessité et l'importance du maintien des compétences, tous les médecins étaient d'accord pour dire qu'il est essentiel et incontournable. Tous les médecins et autres professionnels de la santé doivent rester à la fine pointe des connaissances et des développements technologiques dans le domaine de la santé.

« C'est obligatoire, dans le sens que tout médecin qui travaille consciencieusement doit se maintenir à jour. »

Bien qu'il y ait unanimité parmi les médecins sur la nécessité du maintien des compétences, certains d'entre eux s'interrogent sur la façon de s'assurer que l'ensemble des médecins prennent les moyens nécessaires pour maintenir leurs compétences à jour dans tous leurs champs de pratique.

« Moi je trouve ça très important. La seule affaire, c'est que c'est comment mesurer la compétence qui peut être problématique. »

La plupart des participants à l'étude sont d'avis que la majorité des médecins maintiennent adéquatement leurs compétences mais plusieurs s'inquiètent de la minorité de médecins qui négligent cet aspect de leur profession, au détriment non seulement de leurs patients mais également de leurs pairs.

❖ **Les difficultés propres aux omnipraticiens de maintenir leurs compétences professionnelles**

(Code : Omni)

À moins d'avoir un nombre limité de champs de pratique, c'est plus difficile en tant que médecin de famille de maintenir à jour ses connaissances parce qu'il faut suivre les progrès scientifiques dans tous les domaines liés à nos champs de pratique.

De plus, certains champs de pratique sont tellement vastes (ex. : gériatrie, psychiatrie) que même en s'y limitant, un médecin de famille doit consacrer beaucoup de temps et d'efforts à se maintenir à jour.

Un ophtalmologiste interrogé dans le cadre de l'étude affirme toutefois que dans son domaine de spécialité, les pathologies sont tellement différentes l'une de l'autre que c'est aussi difficile pour lui de se maintenir à jour que pour un médecin de famille.

❖ **Le manque de temps invoqué parmi les difficultés pour maintenir ses compétences professionnelles**

(Code : Manque de temps)

Le manque de temps est l'obstacle le plus fréquemment mentionné par les participants à l'étude, suivi de près par la façon dont est organisé le système de santé. En fait, ces deux obstacles sont intimement liés, le manque de temps étant dû en grande partie, selon plusieurs médecins interrogés, à la surcharge de travail qui découle de l'organisation du système de santé.

❖ **L'organisation du système de santé invoqué parmi les difficultés pour maintenir ses compétences professionnelles**

(Code : Système de santé)

L'organisation du système de santé est perçue à la fois comme un obstacle et comme une opportunité au regard du maintien des compétences.

Pour les médecins qui travaillent seuls en cabinet privé, c'est plus difficile de maintenir leurs compétences à cause du manque de contact avec des pairs et avec des spécialistes à qui ils peuvent poser des questions, soumettre des cas complexes, etc.

« La moyenne de pratique à l'urgence pour les généralistes, c'est cinq ans. Ça veut dire que la majorité, après cinq ans, se retire dans leurs appartements, c'est-à-dire dans les bureaux, les cliniques, et ça c'est plus difficile pour le maintien des compétences quand ils sont rendus là. À l'hôpital, je vous le répète, on n'a pas le choix, on est dans un tourbillon pour apprendre des affaires tout le temps. »

Les nouveaux modes de fonctionnement du système de santé basés sur les équipes multidisciplinaires, le partenariat et les groupes de médecine de famille, par exemple, ont le potentiel de contribuer au maintien des compétences en favorisant les échanges avec d'autres professionnels de la santé. Par contre, selon certains participants à l'étude, les nombreux changements introduits au cours des dernières années, en particulier dans les services de première ligne, compliquent parfois le travail du médecin et augmentent sa charge de travail, ce qui entraîne des conséquences néfastes sur sa capacité à maintenir ses compétences.

« Donc, c'est toute cette approche du système de santé, de références qui est compliqué et qui change régulièrement (...) Je vous donne un exemple : tu veux référer un patient en gastroentérologie, je veux dire, tu t'y prends comment pour trouver un gastroentérologue, en moins de six mois ? Ce n'est pas évident. En neurologie, c'est pareil. »

❖ **La rapidité des progrès scientifiques invoqués parmi les difficultés pour maintenir ses compétences professionnelles**

(Code : Progrès scientifiques)

À l'instar des autres domaines professionnels, celui de la médecine évolue à un rythme effréné et la plupart des médecins interrogés considèrent cet aspect de leur profession comme un obstacle au maintien des compétences. Selon eux, les progrès scientifiques sont particulièrement rapides sur le plan des thérapies médicamenteuses et, dans une moindre mesure, des plans d'investigation, ce qui les oblige à constamment remettre en question leur façon de traiter les patients.

« Écoute, les connaissances, il y en a, c'est hallucinant ! C'est pour ça que c'est très difficile pour un médecin de tout savoir. D'où l'importance d'être capable de réfléchir sur ses connaissances et d'être surpris. Ça c'est fondamental. »

« La profession médicale, c'est une profession très difficile à exercer, parce qu'on est bombardés de documents médicaux à cause de la technologie avancée, donc on est vraiment bombardés, on ne sait pas de quel côté aller. »

En plus des progrès dans les méthodes thérapeutiques et d'investigation, les médecins doivent également maintenir leurs connaissances à jour sur les progrès physiopathologiques afin de mieux comprendre les signes cliniques et biologiques des maladies qu'ils traitent chez leurs patients.

« D'un coup on découvre : Ah, c'était ça la physiopathologie? (...) Il me semble qu'il y a un autre facteur qui entre en ligne de compte : ce n'est plus seulement ça ou ce n'est pas ça du tout, donc si on ne va pas se mettre à jour... »

A.2 Les moyens pris par les médecins québécois de maintenir leurs compétences professionnelles

(code : Moyens)

❖ La lecture comme moyen de maintenir ses compétences professionnelles (code : Lecture)

Définition : tout énoncé parlant de la LECTURE comme moyen de maintenir ses compétences (ex. : revues scientifiques, livres spécialisés, journaux), excluant la lecture sur des sites Internet.

Tous les médecins interviewés disent utiliser la lecture comme moyen pour maintenir leurs compétences professionnelles :

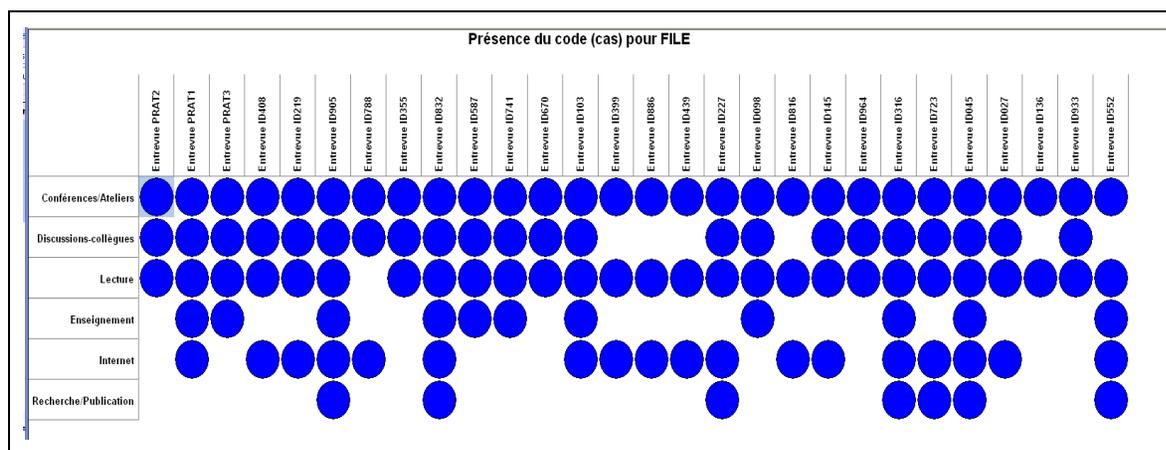
- « *Comme tout le monde, je lis les revues* »;
- « *Je lis les articles qui m'intéressent et qui sont liés à ce qui m'intéresse* »;
- « *Je pense qu'il y a différents moyens qui sont bons, que ce soit la lecture, la lecture de revues, d'articles, etc.* »;
- « *... j'ai vu justement qu'il y avait telle information dans telle revue, je vais aller lire ça pour compléter ce que je viens d'avoir dans ma conférence* ».

Les médecins québécois interviewés utilisent diverses méthodes pour maintenir à jour compétences professionnelles, parmi lesquelles , la lecture d'articles ou de journaux médicaux, l'assistance à des conférences ou des ateliers, le recours à l'Internet et à la formation en ligne, les discussions avec les collègues, l'enseignement, la recherche ou la publication d'articles scientifiques. La figure 2 illustre à quelle fréquence chacun de ces moyens a été invoqué lors des entrevues. On voit que la lecture est le moyen le plus souvent mentionné, la recherche et l'enseignement sont parmi les moins souvent cités.

Les médecins utilisent différents moyens pour maintenir leurs compétences professionnelles.

Les conférences et ateliers, la lecture et les discussions avec les collègues sont les plus fréquemment cités; en contrepartie, l'enseignement, l'Internet et l'utilisation des résultats de recherche ont été moins invoqués.

Figure 2 : Moyens utilisés par les médecins pour maintenir ses compétences professionnelles



B. PLAN DE DPC

Opinions des médecins québécois interviewés quant au plan de DPC

B.1 Connaissance des différents plans de DPC

(Code : Connaissance)

Définition : tout énoncé qui démontre que la personne connaît ou ne connaît pas les différents plans de DPC reconnus par le CMQ.

Interrogés sur la connaissance qu'ils ont des différents plans de DPC, la quasi-totalité des médecins ont répondu connaître l'existence de plans de DPC. La citation suivante relative au PAG de la FMOQ reflète bien cette perception :

- « Ah oui, le PADPC, on le voit partout ».
- « Je pense que spécialement le docteur Ladouceur a fait beaucoup de chemin pour faire connaître son visage à tout le monde. C'est très très commun que je vais aller dans un congrès et qu'il est là, toujours avec la même présentation pour expliquer les différents plans de DPC, pourquoi on doit les faire. »

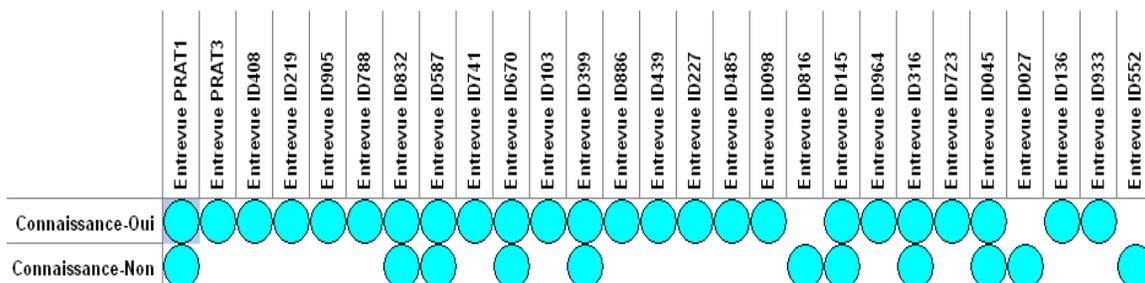
Toutefois, la compréhension des distinctions entre les différents programmes apparaît très variable : certains démontrent une bonne compréhension;

- « *Oui, je les connais bien. Premièrement, le CRMCC et le CMFC, c'est un cumul d'activités créditées ou non créditées avec un nombre d'heures requis pour chaque programme, alors que celui de la FMOQ et celui du CMQ, c'est plus l'approche réflexive. On ne s'intéresse pas au nombre d'heures.* », alors que d'autres ressentent beaucoup de confusion :
- « *C'est bien compliqué ça, moi je suis tout mélangé là-dedans.* »
- « *Il y a toutes sortes d'exigences, moi je comprends rien là-dedans.* »

Mais en réalité, la méconnaissance des divers programmes semble plutôt s'appliquer aux programmes auxquels le médecin n'adhère pas :

- « *je sais qu'il y a différents organismes qui ont leur programme, mais je ne pourrais pas du tout dire qu'est-ce qui est contenu dans les autres programmes* ».

Figure 3 : Connaissance ou non des différents programmes de DPC



B.2 Choix de plan (ou programme) de DPC

(Code : Choix de plan)

❖ **Les programmes de DPC choisis par les médecins interviewés**

(Code : programme choisi)

Définition : Tout énoncé sur le PROGRAMME DE DPC CHOISI par la personne (excluant les raisons de ce choix).

La répartition des plans choisis est la suivante :

- onze (11) médecins utilisaient l'un ou l'autre des PAGs, soit

- cinq (5), le PADPC de la FMOQ;
- cinq (5), le Plan du Collège;
- un (1), l'un des autres PAGs reconnu;
- sept (7) médecins utilisaient le MDC du CRMCC;
- six (6) médecins avaient recours au Mainpro du CMFC.

A noter qu'un médecin utilisait 2 programmes différents, soit le Mainpro et le PAG du CMQ, alors qu'un autre n'en avait aucun :

- « *Écoute, je ne suis inscrit à aucun. Est-ce assez simple?* »

❖ **Les raisons invoquées pour expliquer ces choix**
(Code : Choix de plan – Raisons)

Définition : Tout énoncé sur les RAISONS du choix du programme de DPC.

Les médecins qui optent pour des plans reposant sur un cumul de crédits le font parce qu'ils considèrent que c'est plus simple, ou parce que ce programme fait partie des bénéfices accordés aux membres. Les citations suivantes ont été recueillies pour chacun des plans suivants :

Plan du CRMCC

- « *Parce que je suis un médecin spécialiste, et parce que j'avais déjà adhéré au programme du CRMCC avant même que les programmes du CMQ soient installés. Donc, comme j'étais déjà dans ce programme-là, c'était beaucoup plus simple de continuer* ».
- *"but I was a specialist, so I was automatically into the Royal College".*

Plan du CMFC

- « *De toute façon, quand tu fais partie du CMFC, tu payes 800\$ par année, puis ça fait partie du « package deal ».*
- « *Parce que c'est simple. J'envoie le nombre de crédits par année. C'est tout. J'ai choisi ça : 1) parce que j'étais déjà membre du CMFC, 2) parce que c'est simple. Mais ça ne veut pas dire que personnellement, je ne crois pas à l'approche réflexive* ».

- *« C'est parce qu'à chaque fois que je renouvelle ma cotisation au CMFC, je dois tout fournir la liste de mes activités de formation que j'ai fait dans l'année. Donc, je le fais une fois ».*

Quant à ceux qui optent pour une approche réflexive, comme le Plan du CMQ ou le PADPC de la FMOQ, ils le font en croyant aux vertus de cette approche et en soulignant aussi la facilité d'usage et de complétion, particulièrement le PADPC.

PAG du CMQ

- *« À partir du moment où tu as une autoréflexion sur ta pratique, t'es capable de mettre en évidence tes lacunes et d'aller chercher la formation en fonction de ça et non en fonction de l'endroit où c'est donné ou si c'est plaisant. ».*
- *« Parce que je ne suis pas membre du CRMCC ni du CMFC ».*

PADPC de la FMOQ

- *« c'est un plan qui est tout à fait convivial, qui peut, de façon simple, aider le médecin à rencontrer son obligation déontologique et, en temps réel, il est capable d'avoir son approche réflexive, de réfléchir à ses besoins de formation, de sorte qu'il fait une formation : « je suis dans un congrès de la Fédération ». Au moment même du congrès, je suis capable d'aller dans mon plan d'autogestion cocher mon évaluation et mon approche réflexive par rapport à une conférence, au moment même de la conférence et aussitôt que la conférence est terminée. Donc, l'adhésion à mon plan « en ligne » fait que je vais être capable d'aller sur mon appareil mobile, mon téléphone, mon ipad ou autre, être capable d'aller compléter mon approche réflexive au moment même où je viens de compléter ma formation. Alors, à notre sens, tu ne peux pas avoir quelque chose de plus accroché à la réalité que ça. On est vraiment en temps réel. »*

Autres plans d'autogestion reconnus

- *« moi je l'ai trouvé intéressant...et il satisfaisait plus mes besoins... mais c'est un copié-collé du plan d'autogestion. C'est juste que l'outil qu'ils ont développé pour eux me satisfait plus que l'outil offert par le Collège. Il est plus simple...C'est un programme informatique. En fait, c'est en Excel et, je peux vous le montrer, c'est un outil».*

Absence de plan

Enfin, ceux qui n'ont aucun plan de DPC se considèrent tout aussi compétents et ne croient pas que l'adhésion à un quelconque plan témoigne vraiment de la compétence professionnelle

- *« Je n'ai pas besoin des autres pour faire ma FMC et je n'ai pas besoin d'être inscrit à un programme pour me maintenir compétent, je ne pense pas. L'autre affaire, d'être inscrit à un programme, est-ce que ça veut vraiment dire que tu maintiens tes compétences? Je pense que non, moi. Je pense que c'est beaucoup plus fondamental que ça. Ça fait partie de ton éthique professionnelle, de ton éthique... »*
- *« Parce que la médecine, ce n'est pas juste des papiers comme ça et une énumération de choses. Il y a une partie que les gens oublient tout le temps dans leurs critères, c'est que l'expérience aussi, c'est très important. Et quelqu'un qui reste actif et qui pratique beaucoup, c'est jamais calculé dans ces affaires-là. On veut toujours mettre des nombres, des chiffres, des affaires, moi ça ne m'intéresse pas »*

B.3 Perception des médecins à propos des différents programmes de DPC

❖ Comparaison des différents programmes selon la facilité et les exigences de chacun

(Code : Facilité – Exigences)

Définition : tout énoncé dans lequel la personne COMPARE les différents programmes en fonction de leur FACILITÉ et de leurs EXIGENCES.

Les médecins vantent les mérites des programmes qu'ils utilisent tout en étant critiques à l'égard des autres. Ainsi, les utilisateurs de PAGs disent :

- *« les plans d'autogestion, de façon générale, sont plus souples à mon avis. Ils (son plan d'autogestion) sont plus souples et permettent plus de variété ou de subtilité d'adapter à mes besoins que celui du Collège Royal ou du Collège des médecins de famille. En plus, je n'ai pas à m'astreindre à un nombre d'heures. D'ailleurs, moi, le nombre d'heures me fatigue. »*

PADPC de la FMOQ

- *« Parce que je trouve que c'est celui-là qui est le plus, comment dirais-je, c'est le plus simple,..., et puis l'autre chose, c'est qu'on peut avoir l'enregistrement en ligne. Donc, on fait une activité et à ce moment-là, on peut l'enregistrer nous-mêmes si c'est des choses personnelles, ou encore si c'est des choses de la Fédération, ça entre automatiquement dans notre PADPC. Donc, au lieu d'avoir une compilation à faire ou d'avoir des petits papiers ici et là, c'est vraiment une facilité et ça ne coûte rien en plus ».*
- *« Le Padpc de la FMOQ, donc il y a toute une formation et un enseignement aux gens sur comment évaluer leur pratique, où aller chercher. Il y a un système aussi que tu peux l'enregistrer là-bas et tout ça ».*

PAG du CMQ

- *« Celui du Collège a cet exercice-là aussi, et il n'y a pas une compilation automatique. La FMOQ compile le leur, celui du Collège ne le compile pas. Celui du Collège des médecins de famille a moins, il a juste une compilation du nombre d'heures que tu as fait et dans quelle activité. Il n'y a pas tout l'exercice de réflexion sur la pratique et tout ça. À mon avis, c'est probablement le moins complet. T'as ça dans le Collège et t'as ça dans celui de la FMOQ. Mais l'autre, tu l'as pas. »*

Autres PAGs reconnus

- *« ...il est adapté à nos besoins spécifiques....moi je l'ai trouvé intéressant.... Il est plus simple. »*

Les médecins qui optent pour le MDC ou le Mainpro mettent en doute la valeur de l'approche réflexive :

- *« Selon vous, le processus de réflexion, ça serait plus exigeant que ramasser des crédits? Ben oui!*

Ils émettent aussi des critiques à l'égard de ces programmes :

Plan du CRMCC

- *« ... je suis très insatisfait, parce que le module informatique est mal fait, il est harassant. Exemple : on va à une réunion du département de médecine tous les mercredis. Tu ne peux pas, dans leur système, inscrire que tu vas aux réunions tous les mercredis. Il faut que tu les inscribes une par une. Il faut que tu inscribes une date, c'est d'une lourdeur effrayante! Je veux dire, je déteste le système. Je m'y prête, parce que je suis obligé, mais je ne le trouve pas du tout convivial, contrairement à ce que le Collège Royal dit. Il a l'air convivial au premier abord, t'as des belles colonnes, mais quand tu viens pour entrer, quelqu'un comme moi qui fait ça, je fais de l'éducation médicale, j'apprends pour moi-même tous les jours. Je lis deux heures par jour. Je vais le lundi à une réunion, le mercredi à une réunion, le jeudi à une réunion, plus mes congrès. Quand je viens pour rentrer ça au bout d'un mois ou d'une semaine, c'est l'enfer, c'est enrageant, parce qu'il n'y a pas moyen de rien automatiser, de pouvoir marquer : « tous les jeudis, je fais ça, tous les lundis, je fais ça..» Non, pas moyen. Ou de mettre le congrès annuel, c'est infernal! À la limite, presque inutilisable. Et je trouve ça vraiment détestable. Alors moi, mon problème dans ma pratique, c'est documenter mon éducation médicale (qui) est pour moi très pénible et désagréable. Et s'il y avait un meilleur système, je le prendrais ».*

❖ **Les opinions quant sur les coûts des différents programmes de DPC
(Code : Coût)**

Définition : Tout énoncé dans lequel la personne compare les différents programmes en fonction de leur coût.

Certains médecins préfèrent adhérer aux PAGs parce qu'ils sont gratuits :

- *« je pourrais faire partie de ces Collèges-là facilement. Par contre, je n'ai pas à payer 800\$ pour être membre. Donc en principe, je n'ai pas à payer. Le Collège est gratuit, puis comme je vous le dis, il est plus souple. »*

Les médecins membres du CRMCC ou du CMFC disent utiliser les programmes de ces organismes parce qu'ils paient déjà pour ces plans de DPC :

- *« je suis insatisfait du système du Collège Royal auquel je suis obligé de participer et que je paye ».*

A noter que certains songent à quitter ces organismes en raison justement des coûts

- *« les gens qui vont laisser le Collège Royal, c'est pour ne pas payer la cotisation et pour s'en aller dans un programme qui leur apparaît beaucoup plus souple, moins coercitif, moins mesurable, et dans lequel ils vont pouvoir dire : « Oui, oui, j'ai fait tout ce qu'il faut ».*

❖ **Les opinions favorables aux plans de DPC axés sur le cumul de crédits
(Code : Approche par crédits (+))**

Définition : tout énoncé positif sur l'approche par crédits.

Certains médecins considèrent que les programmes de DPC axés sur le cumul de crédits sont sérieux et que le nombre de crédits est une mesure concrète.

- *« C'est plus tangible comme idée d'avoir des crédits que d'y aller seulement avec un plan d'auto réflexion qui peut être rempli de façon tout à fait bidon. »*

❖ **Les opinions défavorables aux plans de DPC axés sur le cumul de crédits**

Code : Approche par crédits (+)

Définition : tout énoncé négatif sur l'approche par crédits.

La citation suivante illustre bien le ras-le-bol des médecins face à la nécessité d'enregistrer les crédits de DPC :

- *Quelqu'un me dit : « Oui, mais il faut que tu le fasses tous les jours. » Heille, lâchez-moi! Ma vie est assez remplie comme ça. S'il faut qu'en plus je passe 10-15 minutes à aller sur le site du Collège Royal pour dire que je suis allé à la réunion du département de médecine du mercredi quand je ne peux pas le marquer que je le fais 42 semaines par année, c'est mal fait. »*
- *« ...avec le Collège royal, ils nous obligent à faire, mettons, 400 heures sur cinq ans. Donc, t'es obligé d'avoir 80 heures par année, puis tu peux les accumuler dans différentes catégories, il y a des catégories de crédits, il y a des sections 1, 2, 3, 4, 5. Puis, à ce moment-là, ça a l'air plus difficile à mon avis au départ, parce qu' ils disent : « t'es obligé d'avoir 80 heures », mais tu finis toujours par les accumuler parce que t'as le droit à tant d'heures avec tes lectures personnelles, t'as le droit à tant d'heures sur des projets personnels d'apprentissage, puis ce qui est le plus facile à comptabiliser pour des médecins, c'est : « J'ai été à un congrès qui m'a donné 15 heures de crédits, j'ai été à un autre congrès qui m'a donné 20 heures de crédits ». Donc, à la suite de ça, c'est facile d'accumuler tes 80 heures de crédits. »*
- *« Il n'y a pas de preuve dans la littérature qui dit que 250 crédits c'est le summum de la compétence, puis qu'à 249 je suis incompetent. »*

❖ **Les opinions défavorables à l'approche réflexive**

Code : Approche réflexive (-)

Définition : tout énoncé NÉGATIF sur l'APPROCHE RÉFLEXIVE.

Certains médecins interviewés questionnent la valeur de l'approche réflexive :

- *« J'ai pas envie de lire une demi-heure et d'être obligé d'écrire pendant trois heures ».*
- *« Quand on regarde la littérature, l'autoévaluation des médecins n'est pas bonne. Ils s'autoévaluent très mal. Les bons s'évaluent pas bons, et les pas bons s'évaluent bons ».*
- *« Là où je suis d'accord avec Dr. Jacques quand il dit : « Le développement professionnel, ce n'est pas juste une accumulation de crédits; il a raison, ce n'est pas juste une accumulation de crédits mais c'est une mesure, c'est un système de mesures qui permet de voir si les gens se sont assis pour réfléchir. Lui, sa technique n'est pas mesurable. »*
- *« Ça ne changerait absolument rien, dans ma démarche, d'avoir ou non cette affaire-là du Collège, parce qu'on ne peut pas ne pas être compétent ».*
- *« ... j'ai des doutes sur la réflexion réelle qui est faite avec ces programmes-là versus l'obligation que les médecins semblent remplir la feuille après l'activité. Je pense que théoriquement, la pratique réflexive est peut-être plus exigeante sur le coup pour l'activité spécifique, c'est-à-dire que les programmes de la FMOQ et du Collège des médecins du Québec sont plus exigeants et demandent de remplir la petite feuille sur le coup, mais ils sont moins exigeants en ce sens qu'il n'y a pas d'objectif, il n'y a pas de minimum, il n'y a pas de nombre minimal qu'on doit avoir fait dans une année.*

❖ Les opinions quant à la nécessité du plan de DPC

(Code : Nécessité-Plan-DPC)

Définition : tout énoncé, positif ou négatif, sur la NÉCESSITÉ D'AVOIR UN PLAN DE DPC pour maintenir ses compétences.

Questionnés sur la nécessité d'avoir un plan de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles, les médecins interrogés en avait beaucoup à dire. Plus de 140 citations réfèrent à cet élément.

Les éléments positifs sont les suivants

➤ La pertinence du plan :

- *« Ça te permet de te questionner sur ta pratique, de regarder comment tu gères ta formation en fonction de tes besoins, donc ça t'oblige à avoir un processus d'autoréflexion sur ta pratique, je pense que c'est ça qui est le bien-fondé ».*
- *« Si le Collège ne fait rien, c'est clair qu'il va y avoir une dérive importante. Alors une fois que le Collège a dit que c'était l'outil privilégié pour aider les médecins à maintenir leurs compétences, il n'a pas le choix que de le mettre de l'avant et de le "forcer" entre guillemets ».*
- *« Je pense que c'est une très bonne idée, parce que ça vous fait penser à vos besoins ».*
- *« Donc, je pense que ça, ça va être utile pour les professionnels de faire ça ».*
- *« je pense que c'est une démarche qui devrait se faire. Sauf qu'on n'a pas appris à la faire. On a appris à la faire juste quand on en a parlé tous les docteurs ».*
- *« les médecins qui ont compris que finalement, c'est tout simplement pour eux, et pour maintenir leurs compétences, et aussi pour éviter d'embrayer dans le même sens que plusieurs ordres professionnels d'aller vers une recertification ou un vent de recertification qu'on sent au niveau mondial. Et ça, ça va peut-être empêcher ça : « Ah oui, moi j'aime*

bien mieux faire ça ». Et c'est tout à fait collé à la réalité de la pratique du médecin ».

➤ Les avantages du plan

- *« Ça te permet de te questionner sur ta pratique, de regarder comment tu gères ta formation en fonction de tes besoins donc, ça t'oblige à avoir un processus d'autoréflexion sur ta pratique, je pense que c'est ça qui est le bien-fondé. »*
- *« Les gens, je pense, vont le percevoir comme une obligation mais il y a un moment donné où ils vont réaliser que ça te permet de te questionner sur ta pratique, de regarder un peu comment tu gères ta formation en fonction des besoins que tu identifies, donc ça oblige les gens à avoir un processus d'autoréflexion sur leur pratique, mais je pense que c'est ça qui est le bien-fondé. À partir du moment où tu as une autoréflexion sur ta pratique, t'es capable de mettre en évidence quelles sont tes lacunes et d'aller chercher la formation en fonction de ça et non en fonction de l'endroit que c'est donné ou si c'est plaisant ». Les éléments négatifs sont les suivants :*

➤ La futilité du processus :

- *« Les quelques médecins qui n'avaient pas de plan, [...] je doute beaucoup que de faire le plan du Collège, ça change quelque chose pour eux. Oui, ils vont être capables de le faire, et s'ils sont intelligents, ils vont faire un plan qui va satisfaire [le Collège], mais ils ne le mettront pas en pratique ».*
- *« Je n'ai pas besoin des autres pour faire ma formation médicale continue, et je n'ai pas besoin d'être inscrit à un programme pour me maintenir compétent, je ne pense pas ».*
- *« Je pense que d'emblée, le groupe professionnel des médecins était, de façon éthique, un groupe qui, en général, maintient à jour leurs*

compétences. Juste le fait d'être avec la population, la santé, la vie des gens, tu maintiens tes compétences comme tel ».

- *« Je pense que la plupart des médecins de toute façon le faisait déjà, s'assuraient de rester à jour. Je pense que c'est une question plus de déontologie puis de responsabilités personnelles et professionnelles. »*
- *« Moi je dirais non. Mais s'il y a un problème, évidemment que ça va être évident que cette personne-là n'a pas suivi son plan. Je pense que soit que c'est obligatoire, soit que ce ne l'est pas. Si ce ne l'est pas, pourquoi les surveiller? Soit que vous pensez que tout le monde devrait le faire mais quand vous regardez ce qui est écrit sur le site du Collège, c'est très bien expliqué que même si ce n'est pas exigé, que si jamais il y avait un problème légal, une plainte, que ce n'est pas nécessairement une bonne chose en votre faveur le fait que vous n'ayez pas maintenu vos compétences par une de ces trois méthodes. Alors je pense que c'est assez bien expliqué de cette façon ».*

➤ La lourdeur du processus :

Beaucoup en ont contre le fait d'avoir à remplir des papiers :

- *« je ne dis pas qu'on n'a pas besoin de programme, je dis simplement qu'il ne faut pas tomber dans la bureaucratie des papiers et de tout ça ».*
- *« C'est encore le fardeau, c'est encore le Collège, le maudit Collège qui nous oblige à faire de la paperasse de plus entre guillemets. C'est encore ça pour plusieurs, sauf qu'il y a une ouverture ».*
- *« Sauf que, si moi qui suis dans l'enseignement, moi qui suis bien vendue à la question et je sais que c'est important de le faire, j'ai eu de la misère au début. Donc, imagine-toi ceux qui pensent que c'est du niaisage ou qu'on nous impose quelque chose, ça a dû être plus dur, je ne sais pas ».*

- *« La médecine, c'est pas juste des papiers comme ça et une énumération de choses. [...] Quelqu'un qui reste actif et qui pratique beaucoup, c'est jamais calculé dans ces affaires-là. On veut toujours mettre des nombres, des chiffres, des affaires, moi ça ne m'intéresse pas. »*

Les avis sont partagés et divisés quant à la nécessité d'avoir un plan de DPC. Comme il fallait s'y attendre, les informateurs-clés sont plus favorable. Paradoxalement, même les médecins « négatifs » émettent des commentaires favorables envers le plan de DPC.

Par contre, ce plan ne fait pas l'unanimité.

❖ **Les opinions portant sur la relation entre le plan de DPC et la compétence professionnelle**

(Code : Insuffisance du DPC)

Définition : tout énoncé, positif ou négatif, qui permet de déterminer si, selon la personne, le fait d'avoir un plan de DPC est suffisant pour maintenir sa compétence professionnelle

- La plupart des médecins interrogés croient que le plan de DPC ne garantit pas nécessairement les compétences professionnelles :
 - *« D'être inscrit à un programme, est-ce que ça veut vraiment dire que tu maintiens tes compétences ? Je pense que non, moi. Je pense que c'est beaucoup plus fondamental que ça ».*
 - *« C'est que ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas un plan qu'ils ne sont pas nécessairement en maintien des compétences. Ils peuvent maintenir leurs compétences, mais sans compléter administrativement les papiers ».*
 - *« Est-ce que vraiment les médecins sont mieux formés en raison d'un programme ? Je ne sais pas ».*
 - *« Moi, j'ai l'impression, je ne sais pas, j'ai l'impression que c'est un peu administratif ça, les exigences sont un peu administratives,... moi quand*

je remplis mes papiers pour le Collège des médecins de famille du Canada, je les remplis, parce que c'est une formalité. Ça n'a rien à faire avec, je vous parle très sincèrement, que j'aie cinquante crédits ou cinq cent crédits, ça ne change rien dans ma pratique régulière. Pour moi, ce n'est pas un gage de compétence. C'est juste une exigence administrative ».

- *« Je pense que ces programmes-là, que ce soit du Collège Royal ou le Collège des médecins de famille, ou le Collège des médecins, c'est essentiel comme outil pour le médecin à maintenir ses compétences, mais ce n'est pas suffisant pour son mandat de protection du public. Je répète, c'est essentiel la formation continue, c'est essentiel ce plan-là, mais c'est pas suffisant comme rôle de protection du public. Ça prend plus que ça ».*
- *Beaucoup pensent que d'autres mesures devraient être entreprises pour s'assurer de la compétence professionnelle des médecins :*
- *« Mais je pense que tout ce qui est le processus d'évaluation de la qualité de l'acte dans les établissements, tous les processus d'évaluation des pratiques, faits par l'inspection professionnelle, je pense qu'on devrait faire plus encore d'évaluations de l'acte professionnel des médecins dans les cliniques, dans les cabinets, ce qui se fait très peu ».*
 - *« Mettons un médecin qui travaille en solo, comment il peut savoir s'il est à jour ou pas? Il reçoit des revues, il les feuillette, il les lit, mais il n'est pas confronté à des collègues qui viennent lui raconter : « Ah, j'ai vu un cas, ça m'a causé un mal de tête, et là je cherche. » Il n'y a pas ça. Donc, finalement, au fur et à mesure que les années passent, les connaissances peuvent s'étioler ».*
 - *"I think the systems we have in place now do help, but there's probably a lot of room for improvement".*
- *Certains disent que le plan de DPC devrait être plus exigeant :*
- *« Alors je pense que ça pourrait être plus exigeant, c'est possible, mais je ne peux pas expliquer comment on pourrait le faire ».*

- *"Ils disent : « t'es obligé d'avoir 80 heures » mais tu finis toujours par les accumuler, parce que t'as le droit à tant d'heures avec tes lectures personnelles, t'as le droit à tant d'heures sur des projets personnels d'apprentissage ».*
- Et d'autres pas :
 - *« Moi, je trouve que c'est correct comme c'est là. Je considère qu'on n'a pas besoin de mettre une police et de mettre ça plus sévère. Je pense qu'il faut laisser une certaine latitude aux médecins. La majorité des médecins font de la formation continue. Je ne considère pas qu'on devrait mettre plus de règles à ce programme-là ».*

- En contrepartie, le concept du plan d'autogestion plait :
 - ❖ *« Je ne pense pas que c'est un nombre d'heures qui est important. Je pense que c'est plus le processus de se questionner sur ta pratique, qu'est-ce que tu peux améliorer, quels sont les besoins de t'adapter. Une fois que tu as fait ça, tu vas pouvoir le faire toute ta vie professionnelle ».*

- ❖ **Les opinions sur la recertification**
(Code recertification)

Les médecins sont généralement en désaccord avec l'idée d'avoir à repasser des examens.

« Repasser un examen, ce que je vois là-dedans, c'est que ça ne prouve pas les compétences, ça prouve que tu as une bonne mémoire, que tu es capable de passer ton examen pour retenir tout, mais l'appliquer dans la pratique avec un bon jugement clinique, c'est différent ».

- ❖ **Suggestions d'amélioration du Plan de DPC**

Les suggestions suivantes ont été faites :

- Rendre le système de saisie des activités de DPC plus convivial
 - *« Je ne veux pas pifonner. Je veux juste qu'on consigne quelque part ma participation à mes activités ».*
- Créer un répertoire centralisé des activités de DPC régionales, nationales et internationales.
- Simplifier et uniformiser les différents plans de DPC
 - *« Il faut aller vers la simplification et l'uniformisation, pas vers la diversification ultraspécialisée, parce que les médecins sont là pour traiter des malades, pas pour remplir des formulaires d'auto-évaluation ».*
- *Autres moyens de maintenir ses compétences*
 - *Échanges et comparaisons avec des pairs (ex. : communautés de pratique réelles ou virtuelles, indicateurs de performance)*

- *Évaluation de l'acte (ex. : inspection professionnelle, examens ou entrevues avec patients simulés, évaluation par les pairs)*
- Préceptorat et mentorat

En conclusion, tous les médecins étaient d'accord pour dire qu'il est essentiel et incontournable. Tous les médecins et autres professionnels de la santé doivent rester à la fine pointe des connaissances et des développements technologiques dans le domaine de la santé. La plupart sont d'avis que la majorité des médecins maintiennent adéquatement leurs compétences. Le manque de temps est l'obstacle le plus fréquemment mentionné au maintien des compétences professionnelles.

Quant à la nécessité d'avoir un plan de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles, les médecins interrogés en avait beaucoup à dire, et les avis sont très partagés. Si la quasi-totalité des médecins disent en connaître l'existence, plusieurs remettent en question le bien-fondé d'avoir des plans tantôt basés sur le cumul des crédits ou d'autres reposant sur une démarche d'autoréflexion.

Enfin, la plupart des médecins croient que la revalidation est préférable à la recertification.

5. Discussion

Cette recherche visait à recueillir et à explorer la perception des médecins québécois à l'égard du plan de DPC instauré par le Collège des médecins du Québec en 2007. Elle a aussi permis de mettre en lumière leurs perceptions à l'égard de la compétence professionnelle, des moyens qu'ils utilisent pour la maintenir et de leur vision des autres mesures qui pourraient être prises pour s'assurer de son maintien.

A notre avis, cette recherche jouit d'une bonne validité interne (ou crédibilité) laquelle réfère à la pertinence, à la cohérence et à la rigueur des méthodes utilisées tout au long de l'étude, de la sélection de l'échantillon à la formulation des conclusions, en passant par la collecte, le codage et l'analyse des données. A ce sujet, nous avons été surpris que tous les médecins (à une exception près) aient accepté de participer à cette étude sans égard à leur statut, soient-ils omnipraticiens ou spécialistes, âgés ou plus jeunes, travaillant en établissement ou en solo. Nous avons reçu un accueil favorable des médecins qualifiés de « négatifs », c'est-à-dire qui n'avaient pas de plan de DPC conforme; pourtant, comme ces médecins avaient déjà reçu plusieurs avis et rappels du Collège, nous nous serions attendus à ce qu'ils refusent de participer, ce qui n'a pas été le cas.

À notre avis, elle jouit aussi d'une bonne validité externe ou transférabilité des données. La bonne connaissance des caractéristiques des participants nous permet d'affirmer avec un degré raisonnable de certitude que les résultats obtenus à partir de l'échantillon sont transférables à l'ensemble de la population, soit les médecins pratiquant au Québec. Nous sommes convaincus qu'une autre recherche portant sur le même sujet et utilisant la même méthodologie conduirait aux mêmes résultats.

Les principales constatations sont les suivantes :

L'importance du maintien des compétences professionnelles

Tous les médecins, peu importe leur âge, leur sexe, leur spécialité, leur lieu et leur type de pratique et sans égard au fait qu'ils aient ou non un plan de DPC, s'entendent pour reconnaître que le maintien des compétences professionnelles est essentiel. Ils souscrivent ainsi à l'article 44 du code de déontologie qui stipule : « *Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les*

plus élevées possibles; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés ».

Les difficultés inhérentes au maintien des compétences professionnelles

Les principales embûches au maintien des compétences professionnelles sont la rapidité des progrès scientifiques et le manque de temps. Le maintien des compétences est aussi plus difficile pour les médecins qui ne travaillent pas en établissement parce qu'ils ont moins d'opportunités de formation dans leur milieu de travail (ex.: midi-conférences). De plus, les omnipraticiens soulignent qu'il est plus difficile pour eux de maintenir leurs compétences parce que leurs champs de pratique sont plus variés.

Le plan de DPC

La majorité des médecins considèrent le plan de DPC comme étant nécessaire. Plusieurs médecins reconnaissent que l'obligation d'avoir un plan de DPC les force à réfléchir sur leurs besoins de formation continue et sur l'impact dans leur pratique de tous les jours. Toutefois, l'adhésion à un plan de DPC n'est pas une garantie de maintien des compétences et à l'inverse, le fait qu'un médecin n'adhère pas à un plan de DPC ne veut pas dire qu'il ne maintient pas ses compétences. Même si tous sont d'accord sur la nécessité de maintenir ses compétences, ils trouvent contraignant de devoir remplir de la paperasse ou des formulaires électroniques pour planifier, répertorier et justifier leurs activités de DPC. La plupart des médecins qui sont membres du CRMCC (spécialistes) ou de la FMOQ (omnipraticiens) adhèrent au plan de DPC de leur association respective, la principale raison étant qu'ils paient déjà.

La surveillance des plans de DPC

L'adhésion à un plan de DPC n'est pas une garantie de maintien des compétences et à l'inverse, le fait qu'un médecin n'adhère pas à un plan de DPC ne veut pas dire qu'il ne maintient pas ses compétences. À cause de cela, les avis sont partagés sur la nécessité pour le CMQ de surveiller plus étroitement les médecins qui n'ont pas de plan de DPC. C'est le maintien des compétences qu'on devrait mesurer et non pas l'adhésion à un plan de DPC. Les médecins sont d'accord avec le fait que le CMQ exerce un certain contrôle sur le maintien des compétences des médecins cependant, ils ne sont pas d'accord avec la façon dont le plan de DPC a été présenté et ils ont l'impression que le Collège des médecins les prend pour des

enfants. Les avis sont partagés à l'égard des médecins plus âgés lesquels auraient moins d'obligations en matière de DPC. Même si on reconnaît que ce sont les médecins plus âgés qu'on devrait "surveiller" davantage, surtout si les facultés dont ils ont besoin pour exercer la médecine commencent à faiblir (ex.: un chirurgien qui tremble, un radiologiste qui a des cataractes), on reconnaît aussi qu'il peut être plus difficile pour eux de répondre aux exigences d'un plan de DPC.

L'approche réflexive

En théorie, l'approche réflexive devrait être plus efficace pour le maintien des compétences parce qu'elle oblige à réfléchir sur les besoins, les objectifs, l'impact sur la pratique, etc. En pratique, si la réflexion n'est pas sincère et qu'elle est faite après coup, juste pour remplir les exigences, ce n'est pas mieux qu'une approche par crédits sans démarche réflexive. Par contre, l'exercice d'évaluation des besoins en vue de mieux planifier son DPC est un exercice difficile à faire, qui oblige à avouer "publiquement" ses faiblesses et en plus, même après avoir bien identifié ses besoins de formation, il est souvent difficile de trouver des activités qui répondent à ces besoins parce qu'elles ne sont pas centralisées. Il faut chercher partout sur Internet, sur les sites des universités, sur ceux des associations médicales, etc.

Les plans basés sur les crédits

Les plans de DPC basés sur une accumulation de crédits ont l'avantage de fournir une mesure objective des efforts fournis par les médecins en matière de maintien et de développement, par contre, ils peuvent avoir un effet pervers si les médecins accumulent des crédits juste pour répondre aux exigences, sans que ça réponde à leurs besoins.

Les moyens privilégiés

Les conférences, les lectures incluant celles sur l'Internet, les discussions avec les collègues et la participation à l'enseignement ou à la recherche sont les moyens privilégiés par les médecins québécois. Par contre, dans certaines conférences, ce ne sont pas tous les sujets qui sont intéressants ou pertinents donc, ce n'est pas nécessairement le moyen le plus optimal. En général, les conférences régionales ou locales sont plus pertinentes, mieux adaptées aux besoins.

La recertification

La quasi-totalité des médecins ne croient pas que la recertification représente une alternative au plan de DPC pour assurer le maintien des compétences.

Améliorations à apporter au plan

Cette recherche a permis de recueillir des suggestions en vue d'améliorer le plan de DPC, parmi lesquelles : rendre le système de saisie des activités plus convivial; créer un répertoire centralisé des activités régionales, nationales et internationales et simplifier les différents plans

Tout compte fait, le fait que les médecins accordent de l'importance au maintien des compétences professionnelles est certainement rassurant. Les suggestions formulées pour améliorer le plan de DPC et les exigences du CMQ sont intéressantes et méritent d'être retenues.

LIMITES

En contrepartie, cette recherche a des limites importantes. En effet, alors qu'elle nous permet de savoir ce que les médecins québécois pensent du maintien des compétences, des moyens qu'ils prennent pour les maintenir et du plan de DPC, il est impossible de statuer sur la valeur du plan de DPC comme tel ni sur la pertinence pour le Collège d'avoir instauré cette mesure, les avis étant trop partagés à cet égard.

De plus, elle ne permet pas de savoir quelles autres mesures pourraient être prises par le Collège pour assurer le maintien de la compétence professionnelle, puisque les médecins interrogés ne formulent pratiquement aucune suggestion à cet égard. Incidemment, ils sont tous uniformément contre l'idée d'imposer la recertification obligatoire, tout comme ils sont peu favorables à l'idée d'imposer par voie réglementaire un plan de DPC.

Enfin une limite importante tient à la méthodologie de sélection des médecins interviewés. Il est concevable qu'un échantillon différent pourrait amener des résultats différents; toutefois, de par les caractéristiques variées des médecins interviewés, nous croyons que les opinions exprimées dans cette recherche à

l'égard du Plan de DPC du CMQ et de maintien des compétences professionnelles reflète le spectre des opinions qu'ont les médecins du Québec.

6. Conclusion

Cette recherche a permis de recueillir et d'explorer la perception des médecins québécois à l'égard du plan de DPC, instauré par le Collège des médecins du Québec en 2007. Vingt-sept médecins québécois aux profils sociodémographiques et professionnels différents ont été interviewés : médecins de tout âge, hommes et femmes, oeuvrant dans un grand centre urbain, en périphérie ou en régions éloignées, pratiquant en solo ou en groupe, académiciens, cliniciens ou administrateurs, favorables ou non au plan de DPC. Des entrevues individuelles semi-structurées, réputées être plus efficaces quand il s'agit d'explorer un thème en profondeur, ont été réalisées auprès de chacun d'eux, permettant ainsi d'obtenir un tableau représentatif et une saturation des thèmes et opinions.

Les résultats démontrent que les médecins québécois attachent beaucoup d'importance au maintien des compétences professionnelles et y consacrent beaucoup de temps. En contrepartie, ils sont unanimement en défaveur de la recertification comme moyen d'assurer la compétence professionnelle.

Quant aux plans de DPC, les opinions sont plus partagées. Même si la plupart sont en faveur, plusieurs expriment des réserves. Certains doutent que le plan de DPC témoigne vraiment de la compétence professionnelle du médecin. Plusieurs en ont contre la reconnaissance de programmes tantôt axés sur les crédits, tantôt n'y accordant pas d'importance. Certains remettent en question la validité d'un nombre minimal de crédits alors que d'autres questionnent l'approche réflexive. La lourdeur administrative du plan de DPC est souvent soulignée.

Cette recherche aura donc permis de faire le point sur la perception des médecins à l'égard du plan de DPC. Les résultats seront présentés au comité de DPC et au conseil d'administration du CMQ qui verront à la pertinence de procéder à des changements ou d'instaurer les améliorations au plan de DPC.

Les prochaines étapes sont les suivantes : organiser des groupes de discussion lors de conférences médicales, notamment pour comparer les médecins de différents groupes d'âge; améliorer la convivialité du plan d'autogestion du CMQ; et mettre sur pied un forum de discussion sur le plan de DPC.

7. Références

1. Le Collège des médecins du Québec. *Le développement professionnel continu*. [cited 2010; Available from: <http://www.cmq.org/fr/medecinsmembres/profil/commun/AProposOrdre/Organisation.aspx>.
2. *Code de déontologie des médecins*, in 134 G.O. II, 7354; art. 44, L.C.d.m.d. Québec, Editor 2002.
3. *Résolution CA-07-45 du Comité administratif (comité exécutif)* 24 janvier 2007, Collège des médecins du Québec.
4. Le Collège des médecins du Québec. *Le plan d'autogestion du développement professionnel continu*. 2008; Available from: LE PLAN D'AUTOGESTION DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU.
5. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. *PADPC - FMOQ*. 2010; Available from: http://www.fmoq.org/fr/login.aspx?ReturnUrl=http://www.fmoq.org/fr/training/padpc/default.aspx%3fReturnUrl%3dhttp%253a%252f%252fpadpc.fmoq.org%252fpadpc%252fpadpc_etape1.aspx.
6. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Mainpro® - Maintien de la compétence professionnelle*. 2010; Available from: <http://www.cfpc.ca/French/cfpc/cme/mainpro/maintenance%20of%20proficiency/default.asp?s=1>.
7. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Mainport*. 2010; Available from: <https://www.mainport.org/mainport/>.
8. Desrosiers, P.L., R., *Le Plan de DPC est-il obligatoire?* L'actualité Médicale, 2008.
9. Palmer, R.H., *Using health outcomes data to compare plans, networks and providers*. Int J Qual Health Care, 1998. **10**(6): p. 477-83.
10. Durning, S.J., et al., *Aging and cognitive performance: challenges and implications for physicians practicing in the 21st century*. J Contin Educ Health Prof, 2010. **30**(3): p. 153-60.
11. Korinek, L.L., et al., *Do physicians referred for competency evaluations have underlying cognitive problems?* Acad Med, 2009. **84**(8): p. 1015-21.
12. Adler, R.G. and C. Constantinou, *Knowing - or not knowing - when to stop: cognitive decline in ageing doctors*. Med J Aust, 2008. **189**(11-12): p. 622-4.
13. Hauer, K.E., et al., *Remediation of the deficiencies of physicians across the continuum from medical school to practice: a thematic review of the literature*. Acad Med, 2009. **84**(12): p. 1822-32.
14. McAuley, R.G., et al., *Five-year results of the peer assessment program of the College of Physicians and Surgeons of Ontario*. CMAJ, 1990. **143**(11): p. 1193-9.

15. Ladouceur, R., *Réflexions sur le nombre de crédits de dpc*. Le collège 2009. **49**(4): p. 21.
16. Bordage, G., B. Carlin, and P.E. Mazmanian, *Continuing medical education effect on physician knowledge: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines*. Chest, 2009. **135**(3 Suppl): p. 29S-36S.
17. Schostak, J., et al., '*Effectiveness of Continuing Professional Development' project: a summary of findings*. Med Teach, 2010. **32**(7): p. 586-92.
18. Li, S.T., et al., *Successful self-directed lifelong learning in medicine: a conceptual model derived from qualitative analysis of a national survey of pediatric residents*. Acad Med, 2010. **85**(7): p. 1229-36.
19. Pitts, J., et al., '*Practice professional development plans': general practitioners' perspectives on proposed changes in general practice education*. Br J Gen Pract, 1999. **49**(449): p. 959-62.
20. du Boulay, C., *From CME to CPD: getting better at getting better?* BMJ, 2000. **320**(7232): p. 393-4.
21. du Boulay, C., *Revalidation for doctors in the United Kingdom: the end or the beginning?* BMJ, 2000. **320**(7248): p. 1490.
22. Valente, T.W. and U. Bharath, *An evaluation of the use of drama to communicate HIV/AIDS information*. AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education, 1999. **11**(3): p. 203-11.
23. Knowles, M.S., *Self-Directed Learning: A Guide for Learners and Teachers*, ed. A. Press 1975.
24. Davis, A.D.F., R.D., *The Physician as a Learner: Linking Research to Practice*, ed. M.E. Group: American Medical Association.
25. Pickup, A.J., L.G. Mee, and A.J. Hedley, *The general practitioner and continuing education*. J R Coll Gen Pract, 1983. **33**(253): p. 486-90.
26. Campbell, C., et al., *A study of the factors that influence physicians' commitments to change their practices using learning diaries*. Acad Med, 1999. **74**(10 Suppl): p. S34-6.
27. Taber, S., et al., *Identifying the policy implications of competency-based education*. Med Teach, 2010. **32**(8): p. 687-91.
28. Lasserson, M., *How do we learn?* Br J Gen Pract, 2011.
29. Collège des médecins du Québec. *Règlement sur le stage et le cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins*. Loi médicale (L.R.Q., c. M-9, a. 3) [cited Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a. 94, par. j)]; Available from: <http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/AProposOrdre/~media/6E9EFEE956134C7A932EF87FDDB4FAF2.ashx?51128>.
30. Brouwers, M., D. Stacey, and A. O'Connor, *Knowledge creation: synthesis, tools and products*. CMAJ, 2010. **182**(2): p. E68-72.

31. McDonald, W.J., *Council of Medical Specialty Societies: committed to continuing medical education reform*. J Contin Educ Health Prof, 2005. **25**(3): p. 144-50.
32. Ladouceur, R., *Portrait de l'adhésion des médecins au DPC*. Le collège, 2008. **48**(3): p. 15.
33. Miller, J., et al., *Motivation and continuation of professional development*. Br J Gen Pract, 1998. **48**(432): p. 1429-32.
34. Carré, P., *L'apprenance, vers un nouveau rapport au savoir*, ed. P. Sup2005: Dunod. 224.
35. Hiemstra, R.P., *Educational planning for older adults: a survey of "expressive" vs. "instrumental" preferences*. Int J Aging Hum Dev, 1973. **4**(2): p. 147-56.
36. Long, H.D., *Education: East and West*. NLN Publ, 1970(23-1411): p. 51-5.
37. Carré, P., Caspar, P., *Traité des sciences et des techniques de la formation*. 2ième édition ed, ed. Psycho Sup2004: Dunod.
38. Hiemstra, R., *Lifelong Learning: An Exploration of Adult and Continuing Education Within a Setting of Lifelong Learning Needs*. Third edition ed, ed. H. Press2002, Fayetteville, New York: Professional Educators Publications, Lincoln, Nebraska.
39. Brockett, R.G., Hiemstra, R., *Self-direction in adult learning: perspectives on theory, research, and practice*. a conceptual framework for understanding self-direction in adult learning, ed. British Library Cataloguing in Publication Data1991.
40. Friedman, J.H., *Continuing medical education (CME): goals and objectives*. Medicine and health, Rhode Island, 2010. **93**(11): p. 330-1.
41. Holm, H.A., *Should doctors get CME points for reading?* BMJ, 2000. **320**(7232): p. 394-5.
42. Bower, E.A., et al., *Barriers to innovation in continuing medical education*. J Contin Educ Health Prof, 2008. **28**(3): p. 148-56.
43. IMS Health. *Top-line Industry data*. 2010; Available from: <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.a953aef4d73d1ecd88f611019418c22a/?vqnextoid=94c0beb3a50d6110VqnVCM10000071812ca2RCRD>.
44. Miles, A., M. Loughlin, and A. Polychronis, *Medicine and evidence: knowledge and action in clinical practice*. J Eval Clin Pract, 2007. **13**(4): p. 481-503.
45. Boote, D.N. and P. Beile, *Scholars before Researchers: On the Centrality of the Dissertation Literature Review in Research Preparation*. Educational Researcher, 2005. **34**(6): p. 3-15.
46. Davis, D.A., et al., *Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials*. JAMA, 1992. **268**(9): p. 1111-7.

47. Beaulieu, M.D., et al., *When is knowledge ripe for primary care? An exploratory study on the meaning of evidence*. *Eval Health Prof*, 2008. **31**(1): p. 22-42.
48. Frenk, J., et al., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. *Lancet*, 2010. **376**(9756): p. 1923-58.
49. Frank, J.R. and D. Danoff, *The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies*. *Med Teach*, 2007. **29**(7): p. 642-7.
50. Giacomini, M.K. and D.J. Cook, *Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care B. What are the results and how do they help me care for my patients? Evidence-Based Medicine Working Group*. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 2000. **284**(4): p. 478-82.
51. Goulet, F., *Sondage auprès des ordres professionnels du Québec*, Le Comité de DPC - Collège des médecins du Québec, Editor 2010: Montréal.
52. Tetroe, J.M., et al., *Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: an international study*. *Milbank Q*, 2008. **86**(1): p. 125-55.
53. Cantillon, P. and R. Jones, *Does continuing medical education in general practice make a difference?* *BMJ*, 1999. **318**(7193): p. 1276-9.
54. Lewis, M., G. Elwyn, and F. Wood, *Appraisal of family doctors: an evaluation study*. *Br J Gen Pract*, 2003. **53**(491): p. 454-60.
55. Bruce, D., et al., *Revalidation for general practitioners: randomised comparison of two revalidation models*. *BMJ*, 2004. **328**(7441): p. 687-91.
56. Mahmood, T., *Recertification and continuing professional development: The way ahead*. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. **In Press, Corrected Proof**.
57. Catto, G., *Medical Education - Whatever next?* *Gravitas*, 2008. **41**(3): p. 3.
58. Fédération des ordres des médecins du Québec. *La revalidation des médecins*. 2010; Available from: http://www.fmrac.ca/policy/revalidation_fra.html.
59. Sargeant, J., et al., *Learning in practice: experiences and perceptions of high-scoring physicians*. *Acad Med*, 2006. **81**(7): p. 655-60.
60. Montori, V.M., et al., *Optimal search strategies for retrieving systematic reviews from Medline: analytical survey*. *BMJ*, 2005. **330**(7482): p. 68.
61. Giacomini, M.K. and D.J. Cook, *Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group*. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 2000. **284**(3): p. 357-62.
62. InfoClinique - L'information à la portée du clinicien. Available from: http://132.203.45.117/ORC_Cochrane/Membres/Infoclinique.aspx.

63. MD Consult. Available from:
http://www.mdconsult.com/das/search/summary/254902306-3?search_id=1166424769&kw=Continuing%20Medical%20Education&search_type=Summary&etype=All&SortBy=hits.
64. Akre, V. and S.R. Ludvigsen, [*How to learn medical practice? A qualitative study of physicians' perception of their own learning processes*]. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række, 1997. **117**(19): p. 2757-61.
65. Goodyear-Smith, F., M. Whitehorn, and R. McCormick, *Experiences and preferences of general practitioners regarding continuing medical education: a qualitative study*. N Z Med J, 2003. **116**(1172): p. U399.
66. Colthart, I., et al., *What do doctors really think about the relevance and impact of GP appraisal 3 years on? A survey of Scottish GPs*. Br J Gen Pract, 2008. **58**(547): p. 82-7.
67. Little, P. and S. Hayes, *Continuing professional development (CPD): GPs' perceptions of post-graduate education-approved (PGEA) meetings and personal professional development plans (PDPs)*. Fam Pract, 2003. **20**(2): p. 192-8.
68. O'Neil, K.M. and D.J. Addrizzo-Harris, *Continuing medical education effect on physician knowledge application and psychomotor skills: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines*. Chest, 2009. **135**(3 Suppl): p. 37S-41S.
69. Marinopoulos, S.S., et al., *Effectiveness of continuing medical education*. Evid Rep Technol Assess (Full Rep), 2007(149): p. 1-69.
70. Van der Maren, J.-M., *Analyse et interprétation des données qualitatives*, ÉTA-6512, Editor 2008: Montréal.
71. Marinopoulos, S.S. and M.H. Baumann, *Methods and definition of terms: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines*. Chest, 2009. **135**(3 Suppl): p. 17S-28S.
72. Mazmanian, P.E., D.A. Davis, and R. Galbraith, *Continuing medical education effect on clinical outcomes: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines*. Chest, 2009. **135**(3 Suppl): p. 49S-55S.
73. Cameron, W.B., ed. *Informal Sociology: a casual introduction to sociological thinking*. ed. Random House studies in sociology 1963: New York. 170.
74. Karsenti, T., Savoie-Zajc, L., *Introduction à la recherche en éducation* 2000, Sherbrooke: Éditions du CRP.
75. Marshall, C., Rossman, G.B., *Designing qualitative research (3ième éd.)* 1999, Thousand Oaks, Calif.,: Sage Publications.
76. Van der Maren, J.-M., *Méthodes de recherche pour l'éducation*.
77. Van der Maren, J.-M., *La recherche qualitative peut-elle être rigoureuse? Rigueur en R.Q.*, ed. C.d.r.n. 11-111996: HEC-ARQ. 2-9.

78. Glaser, B.G., C. Strauss, A.L., *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, 1967, Chicago: Aldine.
79. GLASER, B.G., C. STRAUSS, A.L., *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* 1967, Chicago: Aldine Publishing Company,.
80. Lincoln YS, G.E., ed. *Naturalistic inquiry*. 1985, Sage Publications,: Newbury Park, CA,.
81. Tavakol, M., Torabi, S., Zeinaloo, A.A., *Grounded Theory in Medical Education Research*. Med Educ Online [serial online], 2006. **11**(30): p. 1-6.
82. Coyne, I.T., *Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries?* J Adv Nurs, 1997. **26**(3): p. 623-30.
83. Babbie, E., *The practice of social research (8th ed.)* 1998, Belmont, CA: Waldworth.
84. Creswell, J.W., *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* 2002, Upper Saddle River, NJ.: Merrill Prentice Hall.
85. Ercikan, K., Roth, W.-M., *What Good Is Polarizing Research into Qualitative and Quantitative?*, Educational Researcher, Editor 2010, American Educational Research Association. p. 14-23.
86. Denzin, N.K., Lincoln, Y.S., *The discipline and Practice of Qualitative Research*, in *Handbook of Qualitative Research* 1984, John Wiley: New York.
87. Lingard, L., Kennedy T.J., ed. *Qualitative research methods in medical education*. 1st ed. ed. The Association for the study of Medical Education, ed. T. Swanwick 2010, Wiley-Blackwell: London. 446.
88. Marshall, M.N., *Sampling for qualitative research*. Fam Pract, 1996. **13**(6): p. 522-5.
89. Marshall, M.N., *The key informant technique*. Fam Pract, 1996. **13**(1): p. 92-7.
90. Patton, M.Q., *Qualitative research & evaluation methods (3e éd.)* 2002, Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
91. Draucker, C.B., et al., *Theoretical sampling and category development in grounded theory*. Qual Health Res, 2007. **17**(8): p. 1137-48.
92. Bertaux, D.s.l.d.d., *The Life History Approach in the Social Sciences*. Biography and Society 1981, Beverly Hills: Sage.
93. Garon, R., *Cours ETA 6512*, 2009: Montréal.
94. Adler, R.G. and C. Constantinou, *Knowing - or not knowing - when to stop: cognitive decline in ageing doctors*. The Medical journal of Australia, 2008. **189**(11-12): p. 622-4.
95. Palys, T., *Purposive Sampling*, in *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*, L.M. Given, Editor 2008, Sage: Thousand Oaks, Ca. p. 697-698.

96. Myers, P., *The objective assessment of general practitioners' educational needs: an under-researched area?* Br J Gen Pract, 1999. **49**(441): p. 303-7.
97. Boutin, G., *L'entretien de recherche qualitatif* 1997, Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
98. Royer, C., Baribeau, C., Duchesne, A., *Les entretiens individuels dans la recherche en sciences sociales au Québec : où en sommes-nous? Un panorama des usages.* LA RECHERCHE QUALITATIVE : PERSPECTIVES COMPARATIVES, ed. A.p.l.r. qualitative. Vol. 7. 2009.
99. Gubrium, J.F., Holstein, J.A., *Handbook of interview research - Context and Method* 2002, Thousand Oaks: Sage.
100. Collège des médecins du Québec. *Avis de cotisation.* 2009; Available from: <https://www1.cmq.org/accueil.aspx?JScript=1&IntervType=Membre>.
101. *La recherche à l'Université de Montréal*, U.d. Montréal, Editor 2010.
102. Université de Montréal. *Comité pluridisciplinaire d'éthique à la recherche (CPÉR).* 2010; Available from: <http://www.scedu.umontreal.ca/recherche/ethique.html>.
103. Weston, C., Gandell, T., Beauchamp, J., McAlpine, L., Wiseman, C., Beauchamp, C., *Analyzing Interview Data: The Development and Evolution of a Coding System*, in *Qualitative Sociology*, 2001, Human Sciences Press, Inc. p. 381- 399.
104. Reeves, S., et al., *Why use theories in qualitative research?* BMJ, 2008. **337**: p. a949.
105. Mucchielli, A., *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* 1996, Paris: Colin. 275.
106. Cook, D.A. and T.J. Beckman, *Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application.* Am J Med, 2006. **119**(2): p. 166 e7-16.
107. Downing, S.M., *Validity: on meaningful interpretation of assessment data.* Med Educ, 2003. **37**(9): p. 830-7.
108. Downing, S.M., *Reliability: on the reproducibility of assessment data.* Med Educ, 2004. **38**(9): p. 1006-12.
109. Giacomini, M.K. and D.J. Cook, *Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group.* JAMA, 2000. **284**(3): p. 357-62.
110. Golafshani, N., *Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research.* The Qualitative Report, 2003. **8**(4): p. 597-607.
111. *QDA Miner 3.0*, Recherches Provalis.
112. Pope, C., S. Ziebland, and N. Mays, *Qualitative research in health care. Analysing qualitative data.* BMJ, 2000. **320**(7227): p. 114-6.
113. Morse, J.M.B., M. Mayan, M. Olson, K. Spiers, J., *Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research.* International Journal of Qualitative Methods, 2002. **1**(2).

114. Savoie-Zajc, L., *Comment peut-on construire un échantillonnage scientifique valide?* Recherche qualitative (En ligne), 2007(5): p. 99-111.

8. Ressources et bibliographies*

Livres (disponibles à la bibliothèque de l'Université de Montréal et sélectionnés parce qu'ils sont récents, 2000 ou plus, et d'intérêt général sur la recherche qualitative)

En français

Aktouf, O. (2006). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations une introduction à la démarche classique et une critique*. from <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.ako.met>

Boutin, G. (2007). *L'entretien de groupe en recherche et formation*. Montréal: Éditions nouvelles.

Contandriopoulos, A.-P. (2005). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal: G. Morin.

Couratier, C., & Miquel, C. (2007). *Les études qualitatives : théories, applications, méthodologie, pratique*. Paris: Harmattan.

Droesbeke, J.-J., Lejeune, M., Saporta, G., & Société française de statistique. (2005). *Modèles statistiques pour données qualitatives*. Paris: Technip.

Giordano, Y., & Allard-Poesi, F. (2003). *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*. Colombelles, France: Éditions EMS.

Karsenti, T. et Savoie-Zajc, L., (2000). *Introduction à la recherche en éducation*. Sherbrooke : Éditions du CRP.

Maxwell, J.A. (1999). *La modélisation de la recherche qualitative : une approche interactive*. Traduit de l'anglais par Marc-Henry Soulet. Friburg : Éditions universitaires.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd. ed.). Paris: De Boeck Université.

- Paillé, P. (2006). *La méthodologie qualitative : postures de recherche et travail de terrain*. Paris: Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Paquay, L., Crahay, M., Ketele, J.-M. d., & Huberman, A. M. (2006). *L'analyse qualitative en éducation : des pratiques de recherche aux critères de qualité : hommage à Michael Huberman* (1^{ère} éd.). Bruxelles: De Boeck Université.
- Pires, A. P. (2007). Échantillonnage et recherche qualitative essai théorique et méthodologique. from <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030022877>.
- Santiago-Delefosse, M., & Rouan, G. (2001). *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Paris: Dunod.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative : techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg: Academic Press Fribourg.
- Turgeon, J., & Tremblay, M. A. (2005). L'approche qualitative et la construction du sens en médecine familiale. from <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.tuj.app>.
- Van der Maren, J.-M. (1999). *Recherche appliquée en pédagogie. Des modèles pour l'enseignement*. Bruxelles : De Boeck-Université.

En anglais

- Bailey, C. A., & Bailey, C. A. (2007). *A guide to qualitative field research* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Pine Forge Press.
- Berg, B. L. (2007). *Qualitative research methods for the social sciences* (6th ed.). Boston ; Montreal: Pearson Education/Allyn & Bacon.
- Bloor, M., & Wood, F. (2006). *Keywords in qualitative methods : a vocabulary of research concepts*. London ; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

- Bogdan, R., & Biklen, S. K. (2003). *Qualitative research for education : an introduction to theory and methods* (4th ed.). Boston, MA ; Toronto: Allyn and Bacon.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2003). *The landscape of qualitative research : theories and issues* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2008). *Collecting and interpreting qualitative materials* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Flick, U. (2006). *An introduction to qualitative research* (3rd ed.). London: SAGE.
- Flick, U. (2007). *Designing qualitative research*. London: SAGE.
- Flick, U., Kardorff, E. v., & Steinke, I. (2004). *A companion to qualitative research*. London ; Thousand Oaks, Calif.: SAGE.
- Gibbs, G. (2002). *Qualitative data analysis : explorations with NVivo*. Buckingham ; Philadelphia, Pa.: Open University Press.
- Given, L. M., & Given, L. M. (2008). *The Sage encyclopedia of qualitative research methods 2 VOLUME SET*. Los Angeles, Calif.: Sage Publications.
- Hahn, C. (2008). *Doing qualitative research using your computer : a practical guide*. Los Angeles ; London: SAGE.

- Holliday, A. (2002). *Doing and writing qualitative research*. London ; Thousand Oaks, Calif.: SAGE.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (2002). *The qualitative researcher's companion*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Huberman, A.M. & Miles M.B. *Analyse des données qualitatives- Recueil de nouvelles méthodes*; De Boeck.
- Johnson, B., & Christensen, L. B. (2004). *Educational research : quantitative, qualitative, and mixed approaches* (2nd ed.). Boston ; Toronto: Pearson/A and B.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. et Boutin, G. (2e éd.) (1995). *La recherche qualitative : fondements et pratiques*. Montréal : Éditions nouvelles.
- Lichtman, M. (2006). *Qualitative research in education : a user's guide*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2006). *Designing qualitative research* (4th ed.). Thousands Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative research design : an interactive approach* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Merriam, S. B. (2002). *Qualitative research in practice : examples for discussion and analysis* (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Merriam, S. B., & Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research : a guide to design and implementation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Munhall, P. L., & Chenail, R. J. (2008). *Qualitative research proposals and reports : a guide* (3rd ed.). Sudbury, Mass. ; Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- O'Donoghue, T. A., & MyiLibrary Ltd. (2007). *Planning your qualitative research project an introduction to interpretive research in education*. from <http://www.myilibrary.com?id=64852> Accès réservé UdeM.

- Paillé, P. (1998). *Un regard sur la recherche qualitative en éducation au niveau des mémoires et des thèses de doctorat des universités (années 80 et début des années 90)*. Recherches qualitatives, 18, p. 187-216.
- Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. Recherches qualitatives, 15, p. 179-194.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A.P., (1997). *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville : Gaëtan Morin Éd.
- Roth, W.-M. (2005). *Doing qualitative research : praxis of method*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. (2005). *Qualitative interviewing : the art of hearing data* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Schostak, J. F. (2002). *Understanding, designing, and conducting qualitative research in education : framing the project*. Buckingham England ; Philadelphia, Pa.: Open University Press.
- Schostak, J. F. (2006). *Interviewing and representation in qualitative research*. Maidenhead, England: Open University Press.
- Seale, C. (2004). *Qualitative research practice*. London ; Thousand Oaks, Calif.: SAGE.
- Silverman, D. (2004). *Qualitative research : theory, method and practice* (2nd ed.). London ; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research : a practical handbook* (2nd ed.). London ; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Swanwick, T (2010). *Understanding Medical Education: Evidence, theory, and practice* (1st ed). London; Wiley-Blackwell.

- Van der Maren J.M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : PUM; Bruxelles : De Boeck-Université, 2e édition, 1996.
- Weinberg, D. (2002). *Qualitative research methods*. Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing : biographic narrative and semi-structured methods*. London ; Thousand Oaks: SAGE.
- Willig, C., & Stainton Rogers, W. (2008). *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. Los Angeles ; London: SAGE.
- Willis, J. (2007). *Foundations of qualitative research : interpretive and critical approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Wolcott, H. F. (2001). *Writing up qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Périodiques

- *Recherches qualitatives*:
(<http://www.recherche-qualitative.gc.ca/revue.htmlv>)
- *International journal of qualitative studies in education*. (Périodique électronique).
- *Qualitative health research* (Périodique électronique).
- *International journal of qualitative method*:
(<http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/index>).

Livre sur l'analyse de contenu automatisée

- Neuendorf, K. A. (2002). *The content analysis guidebook*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Sites Internet

<http://www.recherche-qualitative.qc.ca> (Site de l'Association pour la recherche qualitative).

<http://www.atlasti.com/> (Site d'Atlas-ti).

<http://www.qsrinternational.com/> (Site de N'Vivo).

http://www.image-zafar.com/index_alceste.htm (Site d'Alceste).

<http://www.provalisresearch.com/> (Site de QDA Miner).

<http://www.ualberta.ca/~iiqm/> (site de l'International Institute for Qualitative Methodology).

<http://www.qualitativeresearch.uqa.edu/QualPage/> (Ressources pour la recherche qualitative).

<http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm> (Revue pairée multilingue en ligne pour la recherche qualitative : Forum : Qualitative Social Research)

http://www.lboro.ac.uk/research/mmethods/research/software/caqdas_comparison.html (comparaison des différents logiciels d'aide à l'analyse qualitative).

<http://www.textanalysis.info/> (Site sur l'analyse de contenu automatisée)

*Tiré de WebDépot, ÉTA-6512, Analyse et interprétation des données qualitatives,

Roseline Garon et Normand Roy

<<https://www.webdepot.umontreal.ca/xythoswfs/webui?CASPass=ST-FldWTel1yepgBgFO96Xf>>

9. Annexes

9.1. Annexe 1 – Guide d’entrevues en français

Questionnaire semi-structuré

INTRODUCTION

Comme le Dr Ladouceur vous l’a expliqué au téléphone, le **but** de notre rencontre aujourd’hui est de connaître vos perceptions et votre opinion à l’égard du maintien des compétences et du développement professionnel continu.

Je voudrais d’abord vous rassurer sur le fait que même si **j’enregistre** notre conversation, votre nom ne sera jamais mentionné et tous les efforts seront faits pour qu’on ne puisse **pas vous identifier** dans les rapports et les publications qui découleront de cette recherche.

L’entrevue devrait durer entre 30 et 60 minutes.

C’est important que vous me disiez vraiment **tout ce que vous pensez**, tout ce qui vous vient à l’esprit, que ce soit **positif ou négatif** à l’égard du plan de DPC du Collège des médecins. Le but de l’étude est justement de connaître tous les points de vue dans le but d’améliorer l’approche et les outils que le Collège met à la disposition des médecins du Québec pour les aider dans le maintien de leurs compétences tout au long de leur carrière.

Avez-vous des **questions** avant qu’on commence l’entrevue?

ENTREVUE

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin?**
- Quelle **importance** accordez-vous au maintien de vos compétences? Pourquoi?
- **Quels sont les moyens que vous utilisez pour maintenir vos compétences?** (ex. : lectures, recherche sur Internet, colloques, discussions avec collègues)
- Avez-vous une **préférence** pour certains types d’activités? Pourquoi?
- La plupart du temps, est-ce que vous **planifiez** à l’avance vos activités de formation ou est-ce qu’elles se présentent plutôt **spontanément** dans le cadre de votre pratique de tous les jours?
- Vous arrive-t-il de choisir vos activités de formation **en fonction de vos besoins**?

- Si « OUI » : comment faites-vous pour **évaluer vos besoins** de formation? Trouvez-vous que c'est **facile ou difficile** d'évaluer vos besoins?
- Parmi vos différents **champs de pratique**, quels sont **les plus importants** à maintenir et à améliorer? Pourquoi?
- Et lesquels sont **les plus difficiles à maintenir** et à améliorer? Pourquoi?
- Parmi les **compétences** reconnues par **CanMeds** (expertise médicale, communication, collaboration, gestion, promotion de la santé, érudition, professionnalisme), selon vous, quelles sont **les plus importantes à maintenir** et à améliorer? Pourquoi?
- Et lesquelles sont **les plus difficiles à maintenir** et à améliorer? Pourquoi?
- Quels sont les principaux **obstacles** auxquels vous faites face dans le maintien de vos compétences?
- **Connaissez-vous les différents programmes de développement professionnel continu (DPC) reconnus par le Collège des médecins du Québec comme outils de maintien des compétences?**
- Si « OUI » : **Pouvez-vous les nommer?**
- Si « NON » : **Énumérer les trois programmes suivants :**
 1. *le « Programme de maintien du certificat » (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada,*
 2. *le « Programme de maintien de la compétence » (Mainpro) du Collège des médecins de famille du Canada, et*
 3. *les plans d'autogestion, comme celui du Collège des médecins ou de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec,*
et demander : **Selon vous, quelles sont les principales différences entre ces programmes?**
- **À quel programme** ou plan de DPC **adhérez-vous?**
- **Pourquoi** avez-vous choisi d'adhérer à ce programme ou à ce plan plutôt qu'à un autre?
- Si *aucun plan* : **Pourquoi avez-vous décidé de ne pas adhérer à un des programmes reconnus par le Collège des médecins?**
- **Quelle opinion avez-vous des différents programmes ou plans de DPC?**
- À votre avis, **est-ce nécessaire** d'adhérer à un programme ou à un plan de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles?
- À votre avis, certains programmes ou plans sont-ils plus **efficaces** que d'autres pour maintenir vos compétences?
- Certains programmes ou plans sont-ils plus **exigeants** que d'autres?

- **Que pensez-vous du fait que certains programmes exigent de compléter un certain nombre de crédits de DPC?** (*Mentionner, au besoin, que c'est le cas du « Programme de maintien du certificat » (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du « Programme de maintien de la compétence (Mainpro) du Collège des médecins de famille du Canada.*)
- Selon vous, un programme qui **exige** un certain nombre de crédits est-il **plus efficace** pour assurer le maintien des compétences?
- Pensez-vous que les **exigences** du Collège des médecins sont **suffisantes** pour assurer le maintien des compétences?
- **Selon vous, le Collège des médecins du Québec devrait-il veiller à ce que tous les médecins québécois maintiennent et améliorent leurs compétences?**
- *Si la personne répond « Non » : Qui devrait le faire?*
- *Si la personne répond « Oui » : Croyez-vous que le plan de DPC est un bon moyen pour maintenir la compétence des médecins, ou pensez-vous que la Collège des médecins devrait utiliser d'autre(s) moyen(s)?*
- Pensez-vous que le Collège des médecins du Québec devrait **surveiller** plus particulièrement l'exercice des médecins québécois qui **n'ont pas de plan de DPC?**
- **Avez-vous d'autres commentaires, opinions, ou suggestions à propos du plan de DPC du Collège des médecins ou à propos du maintien des compétences en général?**

CONCLUSION

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à nos questions et encore une fois, soyez assuré que les renseignements que vous m'avez donnés seront traités de façon confidentielle.

Si jamais nous avons des questions à vous poser pour clarifier certains de vos propos, nous permettez-vous de vous rappeler au besoin?

Pourriez-vous me suggérer un médecin à interroger, qui aurait un point de vue intéressant, semblable au vôtre ou complètement différent?

Mesures qui seront prises pour assurer la confidentialité (à mentionner si demandé seulement)

1. Votre nom ne sera jamais mentionné dans les rapports ou les publications qui découleront de la recherche.
2. Les propos qui pourraient permettre de vous identifier ne seront pas cités dans les rapports ou publications.
3. L'enregistrement et la transcription de votre entrevue seront gardés en lieu sûr et seront accessibles uniquement aux chercheurs du projet.
4. Les entrevues seront dénominalisées avant d'être analysées par les chercheurs de l'étude.

9.2. Annexe 2 – Guide d’entrevues en anglais

INTRODUCTION

As Dr Ladouceur explained to you over the phone, the **purpose** of our meeting (conversation) today is to know your perceptions and your opinion regarding the maintenance of competence and continuing professional development, or CPD.

Let me first reassure you that even if **I’m recording** our conversation, your name will never be mentioned and every effort will be made to preserve confidentiality in reports and publications resulting from this research.

The interview should last from 30 to 60 minutes.

It is important that you tell me **what you really think**, all that comes to your mind, be it **positive or negative** with respect to the CPD plan of the Collège des médecins du Québec (which I’m going to call the CMQ from now on). The purpose of the study is precisely to know all points of view in order to improve the approach and tools that the CMQ makes available to physicians in Quebec to assist in maintaining their competence throughout their careers.

Do you have any **questions** before we start the interview?

INTERVIEW

- **What do you think of the maintenance of professional competence as a physician?**
- How **important** is it for you to maintain your competence? Why?
- **What are the different methods you use to maintain your competence?** (Readings, Internet research, seminars, discussions with colleagues)
- Do you have a **preference** for certain types of activities? Why?
- Most of the time, do you **plan your training activities in advance** or do **they just present themselves** in the context of your daily practice?
- Do you sometimes choose your training activities **according to your training needs**?
- How do you **assess** your training **needs**? Do you find it **easy or difficult** to assess your needs?
- Among your different **areas of medical practice**, which ones would you consider **the most important to maintain** and improve? Why?
- And which ones are **the most difficult to maintain** and improve? Why?

- Among the **different competencies** that a physician must have according to the CanMeds model (medical expertise, communication, collaboration, management, health promotion, scholarship, professionalism), in your opinion, **which ones are the most important to maintain** and improve? Why?
- And what are **the most difficult to maintain** and improve? Why?
- What are the main **obstacles** you face in maintaining your competence?
- **Do you know the different continuing professional development programs (CPD) recognized by the CMQ for maintaining competence?**
- *If "YES": Can you name them?*
- *If "NO": List the three following programs:*
 1. *the "Maintenance of Certification" program (MOC) of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada,*
 2. *the "Maintenance of Proficiency Program" (Mainpro) of the College of Family Physicians of Canada, and*
 3. *self-managed plans, like the one proposed by the CMQ or by the FMOQ (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec).*

and ask: In your opinion, what are the main differences between these programs?
- **What program or CPD plan** do you use?
- **Why** did you choose this particular program (or plan)?
- *If no plan: Why did you decide not to use one of the programs recognized by the CMQ?*
- **What do you think of the different CPD programs?**
- In your opinion, is it **necessary** for a physician to have a CPD plan to maintain his competence?
- Do you think some programs are **more effective** than others for maintaining competence?
- Do you think some programs are **more demanding** than others?
- What do you think of the fact that some programs require physicians to complete a certain number of **CPD credits**? (*If necessary, mention the "Maintenance of Certification" program of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and the "Mainpro" program of the College of Family Physicians Canada*)
- Do you think a program that requires a certain number of **credits** is **more efficient** in maintaining competence?
- Do you think that the CMQ's requirements in terms of CPD are **sufficient** to maintain competence?

- **Do you think the CMQ should see to it that all Quebec physicians maintain and improve their competence?**
- *If the person answers "NO": Who should do it then?*
- *If the person answers "YES": Do you think the CPD plan is the right tool to do it? Should the CMQ use other means of encouraging physicians to maintain their competence?*
- Do you think the CMQ should **monitor more closely** the performance of physicians **who don't have a CPD plan?**
- **Do you have any other comments, opinions or suggestions about the CPD plan of the Collège des médecins du Québec and about the maintenance of competence in general?**

CONCLUSION

Thank you for taking the time to answer our questions and once again, be assured that the information you have given me will be treated confidentially.

If ever we needed to clarify some of your comments, would you allow us to call you back if necessary?

Could you suggest the name of another physician whom we could interview for our study, someone whose opinion would be similar or completely opposite to yours?

Actions to be taken to ensure confidentiality

- 1) Your name will never be mentioned in reports or publications that result from the study.
- 2) The comments that might identify you will not be cited in reports or publications.
- 3) The recording and transcript of your interview will be kept secure and will be accessible only to project researchers.
- 4) The interviews will be denominalized before being submitted to the research team for analysis.

9.3. Annexe 3 – Formulaire de consentement



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Recherche qualitative sur la perception des médecins québécois à l'égard du plan de développement professionnel continu du Collège des médecins du Québec

Projet de recherche mené par

Roger Ladouceur M.D., M.Sc, FCMF

Responsable du plan de développement professionnel continu
Direction de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec

André Jacques M.D., FCMC

Directeur de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec

François Goulet M.D., M.Sc, FCMF

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

Johanne Thiffault M.Sc.

Agente de recherche
Direction de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec

But du projet

Cette étude vise à recueillir et à explorer la perception des médecins québécois à l'égard du plan de DPC instauré par le Collège des médecins du Québec en 2007. Cette recherche devrait permettre de dégager la compréhension des médecins à l'égard du plan de DPC. Les résultats de cette recherche qualitative pourraient permettre au CMQ d'orienter le programme d'autogestion des plans de DPC.

Procédure

Il s'agit d'une recherche qualitative reposant sur des entrevues individuelles semi structurées d'une durée approximative de 30 à 60 minutes. Les médecins seront recrutés selon une méthode d'échantillonnage mixte (informateurs clés, « boule de neige », variation maximale) où les médecins interviewés sont invités à suggérer le nom d'autres personnes intéressées à participer à l'étude et ayant potentiellement des opinions à exprimer sur le plan de DPC ou un intérêt pour le DPC. Les participants seront sollicités directement par le Dr Roger Ladouceur, chercheur principal. Il leur sera demandé l'autorisation qu'un assistant de recherche puisse les interviewer. Cet assistant de recherche, embauché par le CMQ, communiquera avec les participants pour fixer le moment et le lieu de l'entrevue. Les entrevues seront enregistrées.

Risques

Cette étude ne comporte aucun risque pour les participants. Une copie écrite du formulaire de consentement leur sera remise. Le seul inconvénient sera le temps de participation qui devrait être approximativement de 30 à 60 minutes. Le projet a été soumis et approuvé par le comité d'éthique de la recherche du Collège des médecins du Québec.

Bénéfices

Les participants ne retireront aucun bénéfice direct de cette recherche, sinon d'avoir aidé à comprendre la réaction des médecins à l'égard du plan de DPC et du maintien des compétences. L'évaluation de la perception des médecins québécois à l'égard du maintien des compétences professionnelles et du plan de DPC est fondamentale à la poursuite de l'initiative lancée par le CMQ en 2007.

Confidentialité

La confidentialité des informations recueillies sera respectée et l'identité des participants ne sera révélée en aucun cas. Le questionnaire est anonyme et les résultats sont confidentiels. Les résultats de cette recherche seront ensuite analysés par une agente de recherche non impliquée dans le processus d'évaluation des médecins. Le présent formulaire de consentement ne sera vu que par l'agente de recherche, Mme Johanne Thiffault, qui sera impliquée dans la compilation des résultats. Le responsable de cette étude, l'agente de recherche et toutes les autres personnes impliquées dans le projet sont tenus par le secret professionnel. Les données et les résultats seront conservés dans un classeur au bureau de l'agente de recherche auquel personne d'autre n'a accès. Les données seront conservées jusqu'à la publication des résultats ou pour une durée maximale de cinq ans. Les enregistrements des entrevues seront détruits au terme de la durée de la conservation des données.

Liberté de participation et de retrait

Vous êtes entièrement libre de participer ou non à ce projet. Vous pourrez retirer votre participation à tout moment, sans que cela entraîne quelque préjudice que ce soit.

Personne à rejoindre

Vous pouvez joindre le D^r Roger Ladouceur, chercheur principal, au 514 933-4441, poste 5296, si vous avez des questions ou désirez plus d'information au sujet de ce projet de recherche. Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler ou des questions d'ordre éthique, vous pouvez vous adresser à M^e Isabelle Dubuc, présidente du comité d'éthique de la recherche au CMQ, au 514 933-4441, poste 5260.

Engagement du chercheur ou du représentant autorisé

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation dans le projet; et d) lui avoir remis une copie signée et datée du présent formulaire.

Adhésion du sujet

Par la présente, je consens, de plein gré, à participer au projet de recherche du Collège des médecins du Québec intitulé : *Recherche qualitative sur la perception des médecins québécois à l'égard du plan de développement professionnel continu du Collège des médecins du Québec*. Je reconnais avoir compris la nature du projet et avoir eu la chance de poser toutes les questions utiles.

Nom du médecin participant

Signature du médecin participant

Date

Nom du chercheur ou du représentant autorisé

Fonction

Signature

Date

Entrevue ID027

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend dans votre vie quotidienne?**

RÉPONSE : Ben l'importance, ça fait 30 ans que je pratique. J'ai appris des choses à tous les jours. Je pense que pour la plupart des gens qui travaillent dans un milieu actif au niveau médical, ça se fait de soi-même beaucoup, je veux dire, on apprend au contact des patients. Chaque patient nous apprend un peu quelque chose, puis plus ça va, maintenant, plus on a les moyens d'apprendre vite, parce qu'on a des outils qu'on n'avait pas avant. Peut-être qu'il aurait fallu, à ce moment-là, être plus rigoureux pour que les gens apprennent des choses quand il n'y avait pas d'ordinateur sur les bureaux. Maintenant, je veux dire, tous les jours, il y a quelque chose, je veux dire, l'ordinateur est là, on a des résultats tout de suite, on a des réponses à nos questions tout de suite, alors je pense que ça dépend beaucoup de la place où on travaille, la quantité de temps qu'on passe au travail, l'intérêt qu'on a c'est sûr, tout le temps, mais je pense que s'il y a un système uniforme qui vient encore gruger du temps quand on travaille 70 heures par semaine, c'est voué à l'échec, en tout cas, avec moi, oui.

- **Quels sont les différents moyens que vous utilisez pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Je lis, j'ai l'ordinateur, on a des conférences à l'hôpital pendant nos réunions de médecine. Avant nos réunions, on a toujours une séance de formation. Je vais à des stages aussi à l'extérieur, je ne peux pas y aller beaucoup, parce que 1) je suis à Chibougamau, 2) J'ai six enfants, je ne peux pas les laisser à tout bout de champ pour partir 3-4 jours, oubliez ça, mais j'y vais fidèlement au moins une fois par année, un bon congrès sur la médecine d'urgence, la réanimation, ces choses-là. Alors, je fais ma part!

- **Est-ce que vous avez des préférences pour certains types d'activités?**

RÉPONSE : Ça fait 30 ans que je fais de l'urgence, j'ai fait des soins intensifs, beaucoup. Je fais encore de l'hospitalisation. La seule chose que j'aime moins de ma pratique, c'est le bureau. Je ne suis pas la seule. J'aime la médecine active, et je suis toujours à l'hôpital. À l'hôpital, si on veut survivre et faire survivre les patients, il faut se tenir à flot, parce que sinon, ça ne marche pas.

- **Je voulais dire par « les moyens que vous utilisez pour maintenir vos compétences », est-ce qu'il y en a un en particulier que vous préférez?**

RÉPONSE : Moi j'aime bien l'ordinateur, parce que c'est à jour. Les livres, les revues, c'est sûr que c'est un autre bon moyen, mais moi j'aime bien l'ordinateur, parce qu'on a une réponse immédiate quand on a une question. On a aussi un éventail de sujets connexes faciles avec les programmes de médecine, comme « up to date ». On a les réponses extensives à nos questions, on apprend encore. Ça c'est intéressant.

- **Est-ce que le plus souvent vous choisissez vos activités de formation en fonction de vos besoins, c'est-à-dire en fonction de ce que vous allez appliquer dans la pratique?**

RÉPONSE : Oui, et en fonction de mes intérêts aussi. Je ne vais pas faire exprès d'aller à un congrès de médecine tertiaire qui est surspécialisé, des fois comme en hématologie avec la génétique et tout ça. Ça m'intéresse, mais c'est sûr que je vais y aller avec des choses qui vont être plus pratiques pour moi dans ce que je fais comme activités médicales avec mes patients.

- **Est-ce que vous trouvez facile ou difficile d'évaluer votre pratique, c'est-à-dire d'évaluer vos besoins de formation?**

RÉPONSE : Relativement, oui. Je pense qu'en fonction de la clientèle qu'on voit, on ajuste les choses. C'est sûr que si on a des questions et qu'on se les pose, c'est parce qu'il y a quelque chose qu'on veut savoir de plus sur un sujet. Si on le savait déjà, on ne chercherait pas nécessairement. Ça avance tellement vite maintenant que je pense qu'il n'y a plus personne qui est capable d'être au courant de tout tout le temps, à toutes les secondes. C'est maintenant impossible. La somme de connaissances est trop grande. Mais oui, il faut moduler ça en fonction de ce qu'on voit. D'ailleurs, si on part des patients qu'on voit, on ne fait pas d'erreur, dans le sens que c'est sûr qu'on va s'enligner là-dessus.

- **Dans votre champ de pratique, est-ce qu'il y aurait des compétences que vous jugez plus importantes que d'autres à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Oui, je pense que sauver des vies, ça reste quelque chose d'important. La cardio, toutes les choses qui évoluent rapidement et que quand on a un patient qui ne va pas bien, on n'a pas beaucoup de temps, on n'a pas le temps de faire des recherches, il faut que ça marche tout de suite. La traumatologie, oui, il y a des champs qui sont plus, je trouve... ce qui est plus dynamique et qui demande une réponse rapide quand il y a le patient. Vous comprenez? Si j'ai quelque chose au bureau, un problème de médecine interne, je peux avoir des jours devant moi pour faire mes recherches, mes choses. Si j'ai un patient qui arrive avec une pathologie cardiaque aiguë, je n'ai pas le temps de faire des recherches ; il faut que je le sache pas mal, puis vous comprenez, moi j'organise ça en fonction de l'urgence d'une situation potentielle et je vais essayer de me tenir toujours à flot dans ces choses-là. C'est comme ça que je fonctionne.

- **Est-ce que vous connaissez les compétences CanMeds qui sont des compétences transversales?**

RÉPONSE : Ça ne m'intéresse pas.

- **Je vais quand même vous les énumérer. Je vais avoir deux petites questions là-dessus : il y a l'expertise médicale qui a rapport à toutes les connaissances ; il y a la communication avec vos collègues et vos patients ; la collaboration ; la gestion de la pratique ; la promotion de la santé ; l'érudition ; et le professionnalisme qui a plus rapport à l'éthique. Selon vous, est-ce qu'il y en aurait des plus importantes que d'autres parmi celles-là?**

RÉPONSE : Est-ce que vous pouvez les répéter?

(Je les répète)

RÉPONSE: Dans les premières que vous avez dites, la première c'était quoi, excusez-moi?

- **L'expertise médicale.**

RÉPONSE : Excusez-moi, j'ai fait des gardes et j'ai passé des nuits à l'hôpital, c'est pour ça. L'expertise, ça c'est important. La communication, c'est important. La collaboration avec les confrères, parce que c'est aussi une façon d'apprendre en échangeant avec les confrères. Eux-mêmes te parlent de leurs expériences, de leurs trucs du métier et vice-versa. La promotion de la santé, oui, mais je pense qu'on en entend assez parler qu'à un moment donné, je pense que ça fait l'effet contraire. C'est sûr que c'est important que c'est pas urgent, dans le sens que c'est fait de toute façon, *ad nauseam* comme on dit de ce temps-là. L'érudition, s'il y en a que ça tente, il n'y a pas de trouble, on peut l'être, mais ça ne fait pas de tort si on l'utilise bien. Le professionnalisme, c'est important aussi, c'est sûr, mais dépendamment toujours du type de pratique qu'on fait, c'est sûr que si vous êtes dans une salle d'urgence avec un patient qui ne va pas bien, c'est l'fun d'être érudit, mais on en parlera plus tard. C'est l'fun de communiquer avec les autres, c'est important, mais il faut connaître ce qu'on fait. C'est sûr qu'il faut être professionnel tout le temps. Mais je dirais que la promotion de la santé, peut-être l'érudition, de ce que vous me dites, peut-être dans les

choses que vous avez mentionnées, c'est peut-être plus, c'est peut-être moins... c'est important, mais ce n'est pas le plus important. Tout est important mais il y a des degrés différents. Je pense que l'érudition, c'est ça, c'est un peu moins, que je trouve moi, majeur.

- **Est-ce que vous rencontrez certains obstacles dans le quotidien pour le maintien de vos compétences, qui vous empêchent de maintenir vos compétences comme vous le voudriez?**

RÉPONSE : Plus maintenant. Depuis cinq ans, j'ai choisi la place où je travaille en fonction de certains critères, c'est-à-dire avoir un peu plus de temps quand je vois un patient, et avoir une pratique variée et intéressante à la fois, alors ce qui est moins l'fun, comme les tracas administratifs et autres choses, oui la gestion dans l'item avant, c'est fatiguant pas mal ça! Vous savez dans les compétences que vous avez nommées, vous avez mentionné la gestion je pense aussi. C'est ça, là vous me barrez ça – en blague!

C'est difficile quand il y a beaucoup de tracas administratifs ou il y a des climats de travail, aussi, très difficiles, qui ne sont pas propices à ce que les gens soient heureux et qui aient beaucoup de temps pour faire des recherches. Dans les gros centres hospitaliers, si on joue juste sur le facteur temps, s'il faut aller vite, vite, vite et passer les patients un après l'autre en faisant plein de gaffes, c'est sûr que les gens ont moins de le temps de résoudre les problèmes de façon complète. Je pense qu'il y a des milieux qui sont moins propices à ça. Mais il faut faire l'effort aussi un peu d'apprendre des choses.

- **On va passer maintenant aux différents programmes de DPC. Est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : Je ne veux même pas en entendre parler! Je sais qu'il y a des gens chez nous qui font affaire avec le Collège des médecins de famille, je n'en fais pas partie, je suis un trop vieux Docteur, je n'ai pas fait mon cours avec ce Collège-là dans les pattes, mais moi, je vous le dis, je...

- **Est-ce que je peux vous les énumérer quand même?**

RÉPONSE : Ça ne m'intéresse pas, je ne vais pas courir après. Je ne sais pas, vous pouvez les nommer, mais...

- **Parce qu'en fait, il y a le Collège Royal qui est fait pour les spécialistes, qui fonctionne par accumulation de crédits ; il y a le Collège des médecins de famille qui est pour les médecins de famille évidemment, et ça fonctionne aussi avec des crédits, et il y a une partie de réflexions maintenant, une partie pour écrire ses réflexions personnelles ; et il y a deux plans d'autogestion : celui du Collège des médecins et celui de la FMOQ, qui ne demandent pas un minimum d'heures par année ni de crédits, c'est le médecin, dans le fond, qui choisit ce qu'il apprend : il écrit ses objectifs, il écrit aussi tout ce qu'il applique à sa pratique ensuite. Donc, c'est ça les principales différences. Pour quelles raisons avez-vous décidé de ne pas adhérer à un programme?**

RÉPONSE : Parce que la médecine, ce n'est pas juste des papiers comme ça et une énumération de choses. Il y a une partie que les gens oublient tout le temps dans leurs critères, c'est que l'expérience, aussi, c'est très important. Et quelqu'un qui reste actif et qui pratique beaucoup, c'est jamais calculé dans ces affaires-là. On veut toujours mettre des nombres, des chiffres, des affaires, moi ça ne m'intéresse pas. Deuxièmement, je n'ai pas le temps. J'ai six enfants, je suis célibataire, ils sont jeunes de 16 à 3 ans, je travaille à temps plein, j'adore mon travail, j'aime ma vie de famille, mais je n'ai pas le temps de m'asseoir et de commencer à comptabiliser des affaires comme ça. J'en vomis rien qu'à y penser. Donc, moi je pense aussi que les médecins, ce n'est pas des... comment je vous dirais ça? La plupart, je sais qu'il y en a des pas fins qui font hontes à la profession, mais en général, on est, je pense, la plupart, très honnêtes et on veut que ça aille bien, et je vous le dis, on ne peut pas travailler en ne sachant pas d'affaires. Je ne veux pas risquer de tuer quelqu'un! La plupart des gens, on travaille et on se maintient à flot, parce que c'est impossible de

fonctionner, sinon. Je veux dire, je ne comprends pas qu'on veuille essayer de tout comptabiliser comme ça. C'est irritant! Mais la plupart des gens sont irrités, mais en fait, la plupart, la très grande majorité, mais ils le remplissent pareil! Si j'avais eu du temps pour monter un mouvement de résistance, je l'aurais fait, mais je n'ai pas le temps!

- **Ça a été mis au point pour faire de la prévention, pour s'assurer que tout le monde maintienne ses compétences.**

RÉPONSE : Quand on travaille dans un hôpital, on fait de la médecine active, c'est impossible de ne pas se maintenir, il faut faire exprès. Il faut faire exprès ou avoir de la mauvaise volonté, parce que les choses avancent vite, c'est intéressant, il y a toutes sortes de techniques, toutes sortes de choses, puis l'information est disponible. La plupart des gens que je connais, moi je travaille dans un petit milieu, on est 17. Tout le monde fait des gros efforts tout le temps, parce qu'on est intéressé, et on aime ce qu'on fait. Alors moi je trouve que c'est un emmerdement de plus. C'est considérer que les gens ne font jamais rien et se laissent aller, et là, on veut comptabiliser ces affaires-là pour donner une bonne apparence, pour rassurer tout le monde, mais pour nous autres, c'est... je pense que ça fait partie de l'éthique professionnelle de se tenir au courant des choses.

- **Mais des plans comme ça, les autres professions en ont aussi. Ça sert vraiment à veiller à ce que tout le monde maintienne ses compétences.**

RÉPONSE : Il y a bien des professions, je vais vous dire, qui sont « dull », peut-être que les gens, ça leur prend un effort pour se tenir à flot. Moi, si j'étais comptable, je n'aurais pas de fun! Le pilote d'avion, il y a des techniques qu'il faut qu'il pratique aussi. C'est sûr, tout le monde, mais on le fait! Il y a toujours des gens qui assistent à tous les cours qui sont proposés, sinon toutes ces organisations-là qui proposent des séances, des formations, des cours, s'il n'y avait pas de monde, ils arrêteraient d'en faire, mais c'est toujours plein. On y va! Alors c'est quoi le problème? Moi je pense qu'en quelque part, on alourdit toutes les choses. Le temps que quelqu'un met là-dedans ou que je mettrais, mais je ne le mettrai pas, je veux dire, je suis aussi bien d'aller lire de quoi!

- **Tout à fait. Il y a quelqu'un qui proposait que ceux qui ne veulent pas adhérer à un plan de DPC, parce qu'on estime qu'il y a environ 5 % des médecins qui n'adhèrent pas du tout à un plan de DPC, il y a un médecin, donc, qui proposait que ceux qui ne veulent pas pourraient envoyer une lettre de justification au Collège des médecins pour ne pas adhérer à un plan. Qu'est-ce que vous en pensez?**

RÉPONSE : Si c'est un moyen d'avoir la paix et de prouver qu'on n'est pas débiles mentaux, je vais le faire, mais, comment je vous dirais ça, moi quand je suis arrivée ici à Chibougamau, je veux dire, après avoir travaillé quelques mois, les gens m'ont demandé d'être le chef de l'urgence. Pourtant je ne remplis pas le DPC, mais je dois savoir quelque chose! Parce que c'est irritant! C'est irritant! C'est de nous considérer comme des bas de gamme qui faut qu'on prouve tout ce qu'on fait comme si on ne le faisait pas! Alors qu'il y a des moyens de vérifier, je veux dire, il y a l'agrément qui vient dans les institutions. Quand ils disent, comme dans notre institution : tout le monde est pas mal égal, il n'y a pas personne à qui on peut reprocher quoi que ce soit et tout va bien. Pourquoi est-ce qu'on en rajoute! Ça veut dire que c'est correct! Comprenez-vous? C'est irritant et fatiguant! Mais si on peut s'en débarrasser en écrivant une lettre et en se justifiant, je veux dire, 30 ans de pratique et encore dans la médecine active, je suis d'accord. L'autre chose que je proposerais peut-être, au lieu d'avoir ça chapeauté par le Collège et 50 affaires, pourquoi pas quand les gens travaillent dans un hôpital, remettre ça à la direction des services professionnels, puis quand on a des stages, des choses, qu'à ce moment-là, à notre niveau, que simplement le calcul de crédits soit fait. Il n'y a pas de justification! Je veux dire : « je pense que je devrais faire telle affaire... » Moi là, j'adhère pas à ça. Je ne suis pas capable.

- **Mais un plan de crédits, justement, ça ne vous intéresserait pas plus?**

RÉPONSE : Ben un plan de crédits, mais ça pourrait être au niveau local, comprenez-vous? Que ce soit à la DSPH, tout ça. Là, c'est parce qu'il y a toujours toutes sortes de systèmes qui nous demandent tout le temps plus d'affaires et de gestion. C'est la maladie de notre siècle ça. À un moment donné, il va falloir que ça arrête. Moi mon temps, je veux le mettre avec les patients. J'aime ça! Mais tout le monde travaille pour qu'on ait plus de choses à faire de paperasse tout le temps et de gestion, justement, qui nous tient loin de ce que c'est notre profession. C'est ça mon reproche principal.

- **Auriez-vous d'autres moyens à suggérer? Il y en a qui disaient que ça pourrait être obligatoire en début de pratique ou quelque chose comme ça.**

RÉPONSE : Ben, en début de pratique, je ne sais pas, moi la chose que je vois, c'est que, regardez, je parle de mon niveau en tant que généraliste. La moyenne de pratique à l'urgence pour les généralistes, c'est cinq ans. Ça veut dire que la majorité, après cinq ans, se retire dans leurs appartements, c'est-à-dire dans les bureaux, les cliniques, et ça c'est plus difficile pour le maintien des compétences quand ils sont rendus là. À l'hôpital, je vous le répète, on n'a pas le choix, on est dans un tourbillon pour apprendre des affaires tout le temps! Donc, on n'est moins à risque, mais moi, je ne sais pas, c'est sûr que les gens qui sont retirés du milieu depuis longtemps, du milieu actif de la pratique médicale, peut-être que oui. La durée, maintenant, je ne sais pas. Au début, les gens ont beaucoup de connaissances théoriques, moins de pratique ; c'est difficile à évaluer aussi. Quelqu'un, plus tard, a beaucoup d'expérience, beaucoup de pratique, et il accumule des connaissances aussi. Ça se mesure probablement différemment, ça je ne suis pas experte là-dedans. Je sais qu'il faut, comment je vous dirais ça, moi je suis contre les systèmes égalitaires qui essaient de niveler tout le monde. Ce n'est pas facile non plus. Mais je ne pourrais pas vous dire si en début de pratique il faudrait être plus sévère avec eux autres.

- **Mais sinon, si ça reste très libre, et que, par exemple, ceux qui ne veulent vraiment pas adhérer...**

RÉPONSE : Moi je pense que c'était comme ça avant, ça s'appelait de même « profession libérale ». Je pense que la grande majorité d'entre nous ne posons pas de problèmes de sécurité pour qui que ce soit. C'est sûr qu'il y en a toujours des déviants, il va tout le temps en avoir, mais ça c'est la job du Collège de les débusquer. Ce n'est pas la mienne! Mais, il y a les DSP qui sont là aussi pour faire mention, quand il y a des individus qui ne fonctionnent pas ou qui ne sont pas à la hauteur. Il y a aussi ce système-là qui est déjà là, au niveau des CMDP... pour le bureau, c'est autre chose, je ne sais pas à qui ils se rapportent ceux-là, mais les gens qui fonctionnent dans une structure hospitalière, il y a déjà des moyens pour encadrer la pratique. Ceux qui sont vraiment déviants, ils se font cibler. C'est pour ça qu'une autre structure par-dessus, ça ne me semble pas nécessaire.

- **Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions ou des suggestions à propos du plan de DPC ou à propos du maintien des compétences en général?**

: Moi je pense qu'il y a beaucoup de matériel qui est offert, qui est intéressant, et c'est infini. Il y a toutes sortes de chose : on peut faire des petits stages dans des domaines qui nous intéressent, dans les grands hôpitaux via la FMOQ. Moi j'en ai déjà fait un en endocrinologie à l'hôpital Maisonneuve. Il y a toutes sortes de moyens d'améliorer nos choses, de creuser un domaine, aussi, qui nous intéresse plus. C'est déjà offert beaucoup, mais de mettre... moi je n'ai pas trouvé ça utile nécessairement d'avoir une structure qui oblige les gens, et surtout la formulation, je ne sais pas, moi je pense que ça a rebuté les gens. On continue à s'instruire tout le temps quand on est en médecine et quand on voit les patients. Alors je pense que c'est une démarche qui n'est pas...

- **C'est peut-être la manière dont ça a été présenté aussi...**

RÉPONSE : Ben, c'est puéril, un peu, j'ai trouvé ça. Pis ça prend du temps. Tout ce qui prend du temps, c'est inacceptable pour l'instant, et on n'en a plus de temps, moi je n'en ai

plus en tout cas, pas pour ça. C'est sûr que le but, on ne peut pas être contre, le fait que les gens apprennent des choses, mais si on le fait déjà, pourquoi est-ce que tout le monde se fend? Est-ce qu'on est vraiment nuls ou en-dessous de la moyenne, ou est-ce qu'on démontre tous les jours qu'on ne sait rien? C'est ça pourquoi on le fait ou là, c'est parce qu'on fait partie de l'Office des professions et il faut se mettre à niveau avec tout le monde. On n'est pas nécessairement tout le monde. La médecine, il y a une grosse partie qui est liée à l'expérience, et c'est aussi un art, ce n'est pas juste une accumulation de connaissances bêtes et plates. Il y a beaucoup de choses en médecine. C'est complexe. Moi je pense que les gens, quand ils font de la médecine, ils sont intéressés. Ceux qui ne le sont pas, ça paraît vite, puis soit qu'ils changent de branche ou ils sont ramenés à l'ordre. Tu ne peux pas faire de la bonne médecine si tu n'es pas intéressé. Et quand tu es intéressé d'apprendre des choses, ça va avec. Puis je pense qu'on le fait.

▪ **Est-ce que vous avez autres choses à rajouter?**

RÉPONSE : Ce que j'ai dit au Dr. Ladouceur l'autre fois, qu'avec toutes ces choses-là qui arrivent, ces irritants-là, si j'avais moyen de prendre ma retraite, je la prendrais, temporairement en tout cas. Mais je ne peux pas, alors s'ils continuent à serrer la vis comme ça et à mettre des irritants sur la route, c'est sûr que, il y en a peut-être qui vont, c'est dommage, peut-être qu'il y en a qui vont dire : « Bon ben ça fait », puis moi je pense que ça peut encourager des gens qui avaient le nombre d'années et les moyens de prendre leur retraite, il y en a peut-être qui vont dire : « Bon ben, je pense que c'est assez là ». Je pense que c'est l'effet que ça va avoir. Ça a tanné tout le monde! Je peux vous le dire, dans nos réunions nous autres, il n'y en a pas un qui aime ça, zéro, je ne retiens rien. C'est un irritant majeur, les gens voient ça comme : premièrement, une insulte, deuxièmement, un emmerdement. Alors, c'est à peu près ça.

Entrevue ID045

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend pour vous dans votre vie quotidienne?**

RÉPONSE : D'abord voulez-vous me rappeler quel est le programme du Collège?

- **Oui, là on parle du maintien de vos compétences en général. En fait, les plans de DPC, on va y arriver plus tard dans l'entrevue.**

RÉPONSE : Le maintien des compétences des médecins fait partie même de l'exercice de la profession médicale. Aucun médecin n'a besoin d'être convaincu de ça. Les médecins ont le souci de bien pratiquer la médecine. Ils sont un peu paresseux intellectuellement quand ils tombent dans la routine ou quand leur pratique est devenue routinière et ne stimule pas assez leur cerveau. C'est bien que le Collège ait des règles qui vont jusqu'à être disciplinaires à la fin, parce que si quelqu'un ne rencontre pas le minimum, il va être jugé en difficulté dans l'exercice de sa profession. Alors, ce n'est pas né d'hier, ça fait partie de la profession, les médecins sont d'un naturel curieux, certains plus que d'autres. Maintenant, il faut que ce soit bâti en système, mais que tout le monde ait l'obligation de mettre à jour ses connaissances dans le domaine d'exercice. Une chose, cependant, quand on sort de l'école de médecine, on est un universel, on connaît tout. On doit connaître, avoir des connaissances dans tous les domaines. Nous choisissons une spécialité ou la spécialité de médecine de famille, et encore là, dans notre spécialité ou en médecine de famille, nous devons connaître tout le champ d'exercice de cette discipline. Avec les années, on a nos préférences cliniques, donc on devient de plus en plus spécifique à une pratique qui n'est plus une pratique universelle et on doit garder des connaissances générales, mais les connaissances, on se sent pris dans notre domaine d'activité. Et je connais de très bons médecins qui sont tout à fait ignorants de choses de la médecine assez courantes, mais ils sont parfaits dans leur secteur d'activité. Alors, comment respecter ça, des connaissances générales et des connaissances spécifiques? Je pense que le programme personnel de formation continue est assez habile là-dessus. Il laisse les gens faire leur formation dans le domaine de leur exercice.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez dans votre quotidien pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Ils sont multiples. C'est toujours dans ma serviette, deux-trois numéros du *New England Journal of Medicine*. Je ne lis plus la même chose que je lisais il y a dix ans, je défile sur mon bureau des revues, je regarde toujours la table des matières, je choisis un article, je commence par le résumé de l'article, la conclusion qui dit toujours « telle intervention produit tel effet » ou c'est plutôt un leurre, et puis j'entre dans le secteur de l'article. Ça me prend à peine, je dirais, 7-8 minutes pour trouver l'essentiel d'une revue. Je fais peu de recourt, personnellement, aux revues électroniques, mais je pense que ça deviendra un outil principal.

- **Avez-vous d'autres moyens? Est-ce que vous allez à des congrès, par exemple ou est-ce que vous participez à des colloques?**

RÉPONSE : Oui. Personnellement, je suis un administrateur médical. Les colloques, je les organise, j'y participe, et je suis souvent appelé à être un conférencier invité. Donc chaque fois que j'ai ça à faire, je réunis mes connaissances sur le sujet, je rencontre du monde pour entendre leur opinion, je travaille beaucoup par consultation avec des hommes et des femmes qui sont à la fine pointe du sujet. Dans mon cas, c'est le cas d'une gestionnaire ou d'un leader d'organisation médicale. Très souvent, et je dis ça pour moi, mais je suis sûr que les gens qui opèrent au même niveau font la même chose. Je réunis au téléphone 4-5 experts sur un sujet. Je fais ça régulièrement : Quel est l'état de la question sur la chimiothérapie dans tel problème? Quel est l'état de la question sur l'usage des mesures diagnostiques pour telle et telle chose? Et je réunis des experts, ça prend, je dirais, 20

minutes, et à la fin, je sors avec des connaissances très pointues, très pratiques, et je fais ça pour mon travail. Mais en même temps que je le fais pour mon travail, je garde une érudition médicale qui m'étonne. Je suis un médecin de soins intensifs. Avant, mes connaissances étaient de plus en plus en plein sur ma pratique. Depuis que je travaille comme sous-ministre adjoint, j'ai des connaissances beaucoup plus universelles dans un tas de domaines. Récemment, je viens de mettre au point le programme de procréation assistée. Je connais plus de choses là-dessus que la très grande majorité des médecins du Québec. Il y a six mois, je n'en connaissais rien. Alors, comme j'ai dû mettre ce programme au monde, je l'ai fait en connaissance de cause.

- **Donc est-ce qu'on pourrait dire que l'échange avec vos collègues est le moyen que vous préférez?**

RÉPONSE : C'est de loin le moyen le plus agréable et le plus productif. Mais des échanges organisés : Quel est l'état de la question là-dessus? Qu'est-ce qu'on fait? Quelles sont les meilleures pratiques? Ce genre de choses-là. Je viens d'en avoir une au téléphone sur les taux de césariennes. On s'occupe de la politique de périnatalité, les taux de césariennes sont très hauts, alors je réunis 3-4 personnes pour me parler. Pourquoi c'est comme ça? Comment changer ça? Quelles sont les meilleures pratiques? Vous voyez? Ça c'est vraiment, pour moi, une source de mise à jour des connaissances extraordinaires. Et quand Yves Robert dit (Roger Ladouceur plutôt), parce qu'il m'a appelé l'autre fois et il dit : « ton DPC, tu ne l'as pas rempli, tu n'as rien écrit » Je ne savais pas comment lui dire ça. Mes mécanismes de formation sont peut-être un peu différents. Enfin, est-ce que je réponds à votre question?

- **Oui, absolument. Donc, le plus souvent, vous choisissez vos activités de formation en fonction de vos besoins, c'est-à-dire de ce que vous allez appliquer dans votre pratique?**

RÉPONSE : Oui. À chaque fois que j'ai un sujet à traiter, je m'assure que j'ai les connaissances appropriées pour être un bon sous-ministre.

- **Est-ce que vous trouvez facile ou difficile d'évaluer vos besoins, donc d'une certaine manière, d'évaluer votre pratique?**

RÉPONSE : Non, c'est assez facile. J'ai un « background » de médecin-chercheur. Ça a toujours fait partie de ma vie intellectuelle, d'être ce que sont tous les médecins à divers degrés, un esprit curieux qui veut savoir qu'est-ce que la quête des sciences apporte comme connaissances nouvelles. Alors, c'est très facile. Je n'ai pas à me « botter le derrière », si c'est ça le sens de votre question, pour...

- **Mais de savoir vraiment quelles connaissances vous devriez améliorer, par exemple.**

RÉPONSE : Moi je ne pratique plus la médecine. Je ne fais plus de prescription, sauf renouveler les prescriptions de ma femme quand elles arrivent à date, des choses comme ça. Alors mes connaissances sont plutôt des connaissances de système ou de tendances ou de bonne pratique. C'est moins des besoins. Je n'ai pas de patient devant moi à tous les jours. Ce n'est pas ce genre de connaissances-là dont j'ai besoin.

- **Quand vous pratiquiez, quelles étaient les connaissances que vous jugiez importantes?**

RÉPONSE : Je suis un médecin de soins intensifs périnataux. Les connaissances... j'étais à la fine pointe des connaissances, et comment je faisais ça, j'avais d'abord mon propre laboratoire de recherches, je publiais beaucoup, j'enseignais beaucoup, je lisais tout ce qui concernait ma science, concernant mon domaine de pratique. Alors, mon intérêt intellectuel était dicté par ma pratique quotidienne. Vous savez ce que c'est la médecine, on se bute à des questions qui sont sans réponse et on cherche la réponse.

- **Est-ce que vous connaissez les compétences CanMeds? Ça fait quelques années que c'est sorti. Ce sont des compétences transversales qu'on appelle.**

RÉPONSE : Non, je vais te dire que depuis les 15 dernières années, j'ai été à distance de la pratique médicale quotidienne, et je n'y reviendrai pas. J'ai 66 ans, je ne m'ouvrirai pas un bureau, mais après avoir été directeur du département, je suis devenu Doyen de médecine, et puis là, j'ai gardé, pendant quelques temps, des activités cliniques, après ça, j'ai arrêté. Après ça, je suis devenu président du FRSQ où je dirigeais toute la science du Québec. Le niveau de connaissances que j'avais est plutôt systémique. Il n'est pas cas par cas, et j'ai pris une distance de ce à quoi les organismes comme le Collège s'adressent, et le médecin pratiquant, qu'est-ce qu'il a besoin de connaître?

- **En fait, les compétences transversales, c'est tout ce qui est autre que les connaissances médicales proprement dites, mais qui entrent dans la pratique. Je peux vous les nommer rapidement : il y a l'expertise médicale, c'est le maintien de vos compétences ; la communication entre collègues et avec les patients ; la collaboration ; la gestion de la pratique ; la promotion de la santé ; l'érudition, et le professionnalisme qui touche à l'éthique. Selon vous, quelles seraient les compétences les plus importantes parmi elles?**

RÉPONSE : Elles sont toutes essentielles à des dosages différents. Le premier, c'est le maintien de la compétence dans le champ de pratique. Ça c'est le premier. L'érudition est importante pour le médecin, et c'est probablement la plus négligée. Les médecins vieillissent mal avec leurs connaissances : ils ne sont pas assez stimulés, colloques, etc.

- **Est-ce qu'il y aurait des compétences dans celles-là que vous jugez plus difficiles que d'autres. Je peux vous les renommer si vous le voulez.**

RÉPONSE : Oui, renommez-les moi.

(Je les redis)

RÉPONSE : C'est l'érudition qui est le plus difficile. Le professionnalisme, il y a des gains importants à faire là-dessus. Le reste, la bonne communication, la collaboration avec les collègues... les médecins sont généralement bons là-dessus.

- **Quand vous pratiquiez, quels étaient les principaux obstacles auxquels vous faisiez face dans le maintien de vos compétences tout au long de votre carrière?**

RÉPONSE : J'aurais tendance à dire que votre question ne se pose pas. Moi j'étais obligé d'être connaissant. Je n'avais pas d'autres choix. Tu ne peux pas présenter, tu ne peux pas enseigner quelque chose sans le savoir. C'est certain que le facteur temps était une limite à l'érudition ou à la quantité de matériel qu'on peut lire ; les médecins sont très occupés, mais j'avais un style de pratique académique extrêmement stimulant, alors votre question est non pertinente. Le type de pratique que je faisais et que les gens qui, je pense, travaillent en soins intensifs dans des milieux académiques d'enseignement et de recherche, je pense que cette question n'est pas très pertinente, mais pas quelqu'un d'une spécialité générale dans un milieu non académique, qu'il peut vieillir vite dans ses connaissances.

- **Est-ce que vous connaissez les différents programmes de DPC?**

RÉPONSE : Non.

- **Ok. Je vais juste vous...**

RÉPONSE : Je sais ce que les facultés de médecine font, mais...

- **Je vais vous les dire rapidement : il y a le Collège Royal, qui s'adresse aux spécialistes et qui fonctionne par crédits, donc c'est par accumulation de crédits ; celui du Collège des médecins de famille du Canada, il faut aller aussi chercher des crédits, mais de plus en plus, il y a une partie de réflexions**

écrites à faire ; et il y a deux plans d'autogestion : celui du Collège des médecins et celui de la FMOQ qui ne demandent pas d'accumuler des crédits, mais c'est carrément une démarche personnelle où les médecins écrivent des objectifs, écrivent ce qu'ils ont appliqué à leur pratique, et c'est ça en gros les différences. À quel programme adhérez-vous? Adhérez-vous au programme du Collège Royal?

RÉPONSE : Oui, j'étais au Collège Royal, mais quand j'étais en pratique, ceux-là n'étaient pas encore implantés. Ils étaient à l'époque, une planification. J'ai un peu de réserves sur le leurre que sont les crédits. J'ai été à bien des colloques où j'ai participé finalement à titre de conférencier, et on vous émet, à la fin, un certificat de piété. Vous pouvez avoir été là une demi-journée et aller chercher vos crédits en sortant. Il ne faut pas mettre trop d'emphase là-dessus.

- **Est-ce que vous croyez que le plan d'autogestion est une bonne solution nouvelle?**

RÉPONSE : C'est une très bonne solution. Il faut qu'il soit suivi et je trouve que c'est une très bonne solution.

- **Parce que ça laisse la liberté aux médecins de faire leur démarche personnelle sans avoir à accumuler un certain nombre de crédits obligatoirement.**

RÉPONSE : Quel peut être un bon mécanisme de vérification ou de contrôle de ça, je ne le sais pas, mais le DPC, c'est inhérent à la pratique, c'est une bonne formule. Maintenant, comment le Collège des médecins de famille (Collège des médecins plutôt) peut-il mieux contrôler ça, je ne le sais pas.

- **Est-ce que c'est nécessaire, à votre avis, d'adhérer à un programme de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles?**

RÉPONSE : Je pense que ce n'est pas nécessaire, mais je pense qu'il faut que les Ordres professionnels l'exigent. Ce n'est pas nécessaire pour l'ensemble. Ceux pour qui on s'inquiète, c'est à peu près 20 % de notre profession qui néglige ses connaissances. Les autres, on n'a pas trop à s'en soucier. Ils le font naturellement. C'est qu'on le sait de qui on s'inquiète, c'est celui qui ne vient pas aux congrès, qui ne vient pas aux mises à jour, qui ne lit pas les journaux.

- **C'est à ça que ça sert, ça sert à faire de la prévention aussi. Est-ce que vous croyez que certains programmes vous semblent plus exigeants ou plus efficaces que d'autres?**

RÉPONSE : Ceux du Collège Royal, à son départ, je les trouvais exigeants mais pas déraisonnables pour autant. Je les trouvais exigeants, sérieux.

- **Par rapport au plan du Collège des médecins en particulier, pensez-vous que ses exigences sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences? Si le Collège ne demande pas un nombre minimal d'heures à faire, par exemple?**

RÉPONSE : Je pense que si c'est bien fait, et s'il y a du suivi que le Collège fait à ceux qui, comme moi, n'ont pas rempli, ses exigences, c'est très bien, sauf que cette formule-là, avec un suivi un peu plus personnalisé, il est très bien.

- **Pour quelles raisons vous n'adhérez pas, par exemple, à ce plan-là?**

RÉPONSE : Ce n'est pas que j'y adhère pas, c'est que, je ne savais pas quoi répondre à Yves Robert, pas Yves Robert, mais le Collège quand il envoie son questionnaire. Ce que je vous ai décrit, qui était le mécanisme par lequel je maintiens mes connaissances ne représente pas ce à quoi le questionnaire s'adresse ou ce qu'il essaie d'aller chercher : comment maintenez-vous votre formation? En d'autres mots, ma situation et la situation des gens qui sont comme moi, prenez un Doyen de médecine, est un peu différente de ce que cherche le Collège par son questionnaire et ses normes qui sont un peu un cas d'espèce.

- **Parce que ce ne sont pas les mêmes compétences que vous...**

RÉPONSE : Ce ne sont pas les mêmes compétences, ce ne sont pas les mêmes besoins, ça ne se passe pas de la même façon.

- **Vous pourriez aussi bien le remplir en inscrivant vos propres compétences que vous cherchez à...**

RÉPONSE : C'est peut-être par paresse de ma part de ne pas m'être, de ne pas avoir pris le temps de dire... la question que je vous pose, ce n'est pas la bonne, c'est ce à quoi je dois répondre.

- **Ça serait donc mal formulé, ça ne s'adresserait pas à tout le monde?**

RÉPONSE : Non, non, ça doit être moi. Il faut que je porte attention et voir comment ma spécificité « fit » là-dedans.

- **Jusqu'à maintenant, il y a environ 5 % des médecins qui n'adhèrent à aucun plan de DPC. Est-ce que vous croyez que le Collège devrait veiller à ce que tous les médecins québécois maintiennent et améliorent leurs compétences en adhérant à un plan de DPC?**

RÉPONSE : Oui, ou bien qu'ils s'expliquent. Je serais d'accord avec ça. Moi, ça ne me dérangerait pas que quelqu'un me dise : « On n'a pas reçu ton affaire. C'est quoi ton affaire là? » Il faut que je prenne le temps de m'entendre avec lui sur... je ne suis pas un médecin ignorant, je suis un médecin compétent et connaissant, et j'ai les connaissances que j'ai besoin pour faire mon travail, mais elles sont différentes de celui qui a un cabinet au coin de la rue.

- **Donc les gens qui ne voudraient pas adhérer à un plan de DPC, vous dites qu'ils pourraient, à ce moment-là, envoyer une lettre de justifications, par exemple.**

RÉPONSE : Une lettre de justifications ou un questionnement : « On ne comprend pas ce qui se passe chez vous. » Moi je suis d'accord avec ça.

- **Donc croyez-vous que le plan de DPC, c'est un bon moyen pour s'assurer du maintien des compétences des médecins ou vous pensez à d'autres moyens qui pourraient être utilisés?**

RÉPONSE : Je pense que c'est le meilleur, parce que c'est une initiative personnelle, et le Collège doit trouver le moyen de rejoindre tout le monde à travers ça. Les gens vont le faire par des moyens différents, électroniques, par colloques, par tout, mais c'est un moyen que le Collège doit continuer de préconiser.

- **Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions ou des suggestions à propos des programmes de DPC ou à propos du maintien des compétences en général?**

RÉPONSE : Il faut éviter que ce soit de la frime. Ça c'est un peu dangereux. Je parlais tout à l'heure des crédits. Des fois, c'est de la frime.

- **Donc, en ayant à expliquer ce qu'on a appris en fixant des objectifs, ça serait quand même plus concluant.**

RÉPONSE : Oui.

- **Avez-vous autres choses à rajouter?**

RÉPONSE : Comment aller chercher le 80 % des médecins? Ce que le Collège va faire ou ce que le Collège Royal va faire, ça va juste l'inviter à mieux faire ce qu'il faisait déjà et à le mettre plus en forme. On ne réussit pas avec un 20 % d'intellectuellement paresseux, je ne sais pas comment le Collège va réussir à les rejoindre.

- **Vous n'auriez pas d'autres suggestions? Il y en a qui parlaient de recertification.**

RÉPONSE : Ça serait assez complexe et je ne crois pas que ce serait une bonne idée. C'est peut-être le cas dans certains domaines, la chirurgie fine, qui ne serait pas une certification de connaissances, mais de performance. Des médecins qui arrivent en fin de carrière et qui devraient arrêter d'opérer, et puis il y a des psy qui sont sur le bord de l'Alzheimer à 85 ans et qui continuent de pratiquer. Je trouve que là-dessus, on est un peu trop lousse.

- **Ça devrait être plus surveillé, ça.**

RÉPONSE : En fin de carrière, les pratiques chirurgicales, il y a les gens qui lisent des films et qui ont des cataractes.

- **Est-ce que vous croyez, à ce moment-là, que les plans de DPC devraient être obligatoires en fin de pratique, par exemple?**

RÉPONSE : En fin de pratique, il y a quelque chose de spécifique par le Collège et je suis bien placé pour le savoir. J'ai 65 ans. Si demain matin je quittais mon emploi au Ministère et je décidais, bon, j'aime ça la médecine, j'ouvre mon bureau au coin de la rue. Je n'ai plus la connaissance pour faire ça. Je pense que le Collège ne serait pas capable de m'arrêter. Je vois des gens qui pratiquent la médecine et qui auraient dû arrêter. Le Collège devrait avoir une précaution de plus de fin de carrière.

Entrevue ID098

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend pour vous dans votre quotidien?**

RÉPONSE : Moi je trouve ça très important. La seule affaire, c'est que c'est comment mesurer la compétence qui peut être problématique des fois. On ne sait jamais si le fait de mesurer le nombre d'activités en heures ça a vraiment un impact sur la compétence. On sait que des médecins qui ne vont jamais suivre des cours, souvent ils sont moins bons, mais ceux qui en suivent beaucoup, ce n'est pas une garantie qu'ils sont bons pour autant. Donc, c'est ça qui est dur à mesurer : la compétence, on mesure souvent un peu l'assiduité à des cours, on mesure souvent des connaissances, mais on ne se rend pas jusqu'à la mesure de la compétence souvent. C'est ça qui arrive.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez dans votre vie quotidienne pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : La plupart du temps, c'est des colloques, des réunions, des cours qui sont au niveau régional aussi, puis j'assiste beaucoup à des congrès de la Fédération, parce qu'étant président du comité de formation, c'est moi qui est en charge de tout organiser les congrès provinciaux de la FMOQ, alors je suis souvent là, soit comme directeur scientifique ou comme président du comité de formation, alors j'assiste facilement, si on en fait huit par année des congrès, j'assiste facilement à quatre par année, plus les conférences que j'organise dans mon territoire reliées à l'association, plus les différentes lectures, les cours, les consultations qu'on a, c'est à peu près ça en gros la façon de me tenir à jour.

- Donc l'organisation des conférences, ça serait pour vous, j'imagine, votre préférence comme activité de formation?

RÉPONSE : Oui, moi je pense que la préférence que j'ai, j'aime autant assister à une conférence que de lire, malgré que je lis beaucoup, mais j'aime aller assister à une conférence, et une conférence qui est régionale, exemple : l'endocrinologue qui vient de parler dans mon territoire, c'est plus adapté avec notre situation, puis ça vient nous interpeler plus, puis on a plus d'algorithmes d'intervention dans telle ou telle affaire. C'est ça qui m'intéresse le plus.

- **Est-ce que la plupart du temps vous choisissez vos activités de formation vraiment en fonction de vos besoins, c'est-à-dire en fonction de ce que vous aller appliquer dans votre pratique?**

RÉPONSE : Oui, mais il y a en plus les intérêts aussi. Des fois on est bon en quelque chose, on a de l'intérêt et on devrait aller en autre chose, mais on continue à aller se former dans ce domaine-là, parce que ça nous intéresse beaucoup. Donc, c'est à la fois basé sur les besoins, mais malheureusement, c'est les intérêts aussi, pas juste sur les besoins.

- **Ce qui est très bien. Est-ce que vous avez de la facilité ou de la difficulté à évaluer vos besoins, c'est-à-dire à évaluer votre pratique?**

RÉPONSE : Non, pas du tout, c'est assez facile avec ne serait-ce que lorsqu'on voit des patients puis prendre en note un problème qui surgit, une interrogation qu'on a, on la prend en note, puis on peut faire de la recherche ou aller vers un cours qui va correspondre à ça, mais il faut prendre le temps, dans notre quotidien de, quand on est interpellé par un problème et qu'on a de la misère à le résoudre, de le prendre en note pour aller consulter ou aller lire ou aller à un cours là-dessus. Oui, il faut faire la démarche. Je le fais à tous les jours.

- **Dans votre pratique, quelles seraient les compétences les plus importantes à maintenir selon vous?**

RÉPONSE : Nous autres les médecins, on est encore sur les connaissances bien entendu. Les autres compétences là, collaboration, communication, c'est très important, mais ce qui attire les médecins dans les cours, c'est souvent des besoins qui se ressentent, des besoins ressentis, ce n'est pas tout le temps des besoins démontrés, réels, puis deuxièmement, ça va être encore sur les fameuses connaissances. Les médecins aiment ça avoir des recettes de cuisine, j'aime ça en tant que médecin moi aussi, avoir des recettes de cuisine, des algorithmes d'intervention, des protocoles de traitements pour tel ou tel problème. C'est rare qu'on va assister, moi en tout cas, qui va assister à de quoi sur un sujet plus soft qui est juste sur l'art de communiquer avec les différents professionnels de la santé, la collaboration entre les professionnels. Par contre, les autres comme l'érudition et tout ça, ça se fait aussi en même temps. C'est souvent intégré dans une formation qui comprend entre autres des connaissances. L'expertise médicale, c'est encore une des compétences qu'on recherche le plus. On devrait prendre le temps... on s'en rend compte qu'une certaine formation va développer la collaboration et la communication avec les autres intervenants, mais parce que avec le Padpc, on ne s'en rend plus compte qu'on évalue nos compétences par après, sur qu'est-ce que ça a donné, mais avant d'avoir le Padpc, on l'avait, mais on ne s'en rendait pas compte, autrement dit.

- **Vous avez presque toutes nommé les compétences CanMeds, il manquait juste la gestion et la promotion de la santé. Parmi ces compétences-là, est-ce qu'il y en aurait des plus difficiles à maintenir et à améliorer selon vous?**

RÉPONSE : Non, pas vraiment. La gestion, je dirais peut-être la gestion. La gestion, le fait qu'on a beaucoup de travail. Il faut améliorer notre gestion absolument pour être efficace, parce qu'on a beaucoup de travail. Plus la gestion de la pratique est bonne, plus on est capable de suffire à la tâche.

- **Est-ce qu'au quotidien vous rencontrez certains obstacles qui vous empêchent ou qui vous rendent difficile le fait de maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Au quotidien... non. La seule difficulté que je verrais, c'est un peu le surplus de travail qui fait en sorte qu'à la fin de la journée, on aurait dû faire ci, faire ça. C'est plus le manque de temps. C'est la gestion de la pratique qui est la plus difficile pour moi.

- **On va parler maintenant des différents plans de DPC. Est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : Les autres, je les connais moins un peu. Je connais surtout celui de la FMOQ pour avoir travaillé ; le Collège, je l'ai regardé. C'est un peu le même principe tout le temps, tout le temps la même démarche, l'évaluation... on regarde ce qu'on fait, ce qu'on a comme profil, on fait notre évaluation des besoins, on se fait des objectifs, et là, on planifie les activités pour combler ces besoins-là et répondre aux objectifs, et après ça, on évalue voir si ça a répondu à nos besoins, pour pouvoir dire : « Là, c'est réglé, ou on retourne à d'autres activités pour combler les besoins qui n'ont pas été comblés ». La seule affaire qui me déçoit un peu, c'est un peu l'inégalité dans les plans, exemple... je t'en donne une pour t'en parler, t'en parleras au Dr. Jacques, c'est une égalité par rapport, bon le Collège des médecins de famille. Eux autres, c'est encore un cumul d'heures qu'ils font. La réflexion qu'ils font après l'activité, c'est pas nécessaire, c'est comme un cumul de nombre d'heures de crédits qu'il faut : 50 heures, et même le Collège Royal c'est la même chose, c'est sur un plan quinquennal de cinq ans. Ça ressemble plus à un cumul d'heures que vraiment une réflexion sur la pratique, une espèce de réflexion sur c'est quoi mes besoins, puis est-ce qu'après l'activité ça a été répondu ou est-ce qu'il faut continuer de me former là-dedans? C'est pas évident dans le Collège des médecins de famille du Canada. Il y a un collègue à un moment donné qui avait dit, assez raide, d'exiger des autres organismes agréés d'avoir le même plan, mais à date, il y a le Collège et celui de la FMOQ, puis les autres Collèges, le Collège des médecins de famille et le Collège Royal, il y a un cumul d'heures. Il y a deux organismes que c'est un cumul d'heures, et deux organismes que c'est vraiment un plan d'autogestion.

- **En comparant les crédits et les plans d'autogestion, est-ce que selon vous, il y en aurait des plus exigeants que d'autres? Est-ce que vous croyez que les crédits, par exemple, seraient plus exigeants à faire que...**

RÉPONSE : Non, sûrement pas. La seule affaire qu'il y a que je me rends compte, c'est que dans mon plan d'autogestion, c'est que je ne rentre pas vraiment tout ce que je fais qui n'est pas crédité, mais que je devrais rentrer normalement, qui rentrerait dans mon plan d'autogestion et que je ne rentre pas, parce que c'est le temps qui manque de le rentrer, et on le fait pareil. Par contre, tout ce qui est crédité « activité de groupe », tout ça, est rentré automatiquement, et lorsqu'on fait l'évaluation, on fait notre annexe 13 en même temps, et ça nous permet de voir si nos besoins ont été répondus et on peut retourner de temps en temps à notre plan d'autogestion pour voir s'il reste des besoins à combler et quand c'est fait, on recommence à neuf un autre cycle, mais c'est vraiment pas un problème pour les crédits. Par contre, si je regarde les médecins, on dirait qu'ils ont saisi le plan, qu'ils ont saisi l'obligation du maintien des compétences par leur plan d'autogestion comme une obligation de se former, parce que, on l'a vu nous autres à la Fédération, une augmentation très importante d'assistance à nos congrès à ce plan-là. C'est comme s'ils ont vu le fait d'avoir une démarche de réflexion sur leur formation comme une obligation d'avoir des heures de crédits. C'est pas ça pantoute. Je ne sais pas si quand on a fait remplir, si tu pouvais avoir des documents qu'on pourrait te donner au Collège, qui pourraient dire si, depuis le plan d'autogestion obligatoire, est-ce que le nombre d'heures d'activités rapporté par les membres lors de leur inscription au mois de juillet, est-ce que ça a augmenté? Moi je pense que oui en tout cas. Ça a comme un effet d'augmenter le nombre d'heures rapporté et crédité. Est-ce que c'est le nombre d'heures qui rapporte ou qui ne donne pas de crédit? Par exemple, les lectures qu'on fait nous autres même, les choses comme ça, les activités en solo qui ne sont pas créditées, est-ce que ça augmente aussi, on ne le sait pas, mais les heures créditées ont sûrement augmenté, donc l'important, c'est de prendre conscience de nos besoins et de se former là-dedans et de rester compétent dans ce qu'on fait, mais ça a été pris un peu comme : ben là, il faut se former obligatoirement, puis il faut absolument faire 50 heures, et il faut faire plus de crédits. Les médecins, c'est un peu plus pour avoir des crédits, puis il y a plus d'inscriptions aux cours, donc ils ont vu ça comme une obligation d'avoir des crédits, puis, dans le fond, c'est plus un exercice de réflexion qu'il faut qu'ils fassent sur leur pratique pour avoir une mise à niveau de leurs compétences selon leurs besoins.

- **Donc, vous adhérez à la FMOQ, j'imagine?**

RÉPONSE : Oui, c'est en plein ça.

- **Pour quelles raisons?**

RÉPONSE : Parce que je le connaissais bien, puis surtout le côté aussi qu'il avait au début, vu qu'on pouvait y aller par l'informatique au début. Par contre, j'ai vite fait un mélange d'informatique et de papier à main, parce qu'à un moment donné, pour raison d'outils électroniques, on n'y pense pas de le rentrer tout de suite, puis on garde notre papier là, et notre autre papier là, et à un moment donné, le papier reste là, et dans une grosse chemise et on ne le transfère pas à l'informatique. Mais ce que je peux dire, avec l'informatique, je peux faire mon profil, mon évaluation des besoins, mes objectifs pour l'année, et quand arrive la planification des activités, je ne réussis pas à les entrer à mesure. Je les garde dans une chemise.

- **À votre avis, est-ce que c'est nécessaire d'adhérer à un programme de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles?**

RÉPONSE : Non, je ne penserais pas.

- **Pensez-vous que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences si on parle du programme du Collège? Le plan d'autogestion, est-ce que vous pensez que c'est suffisant?**

RÉPONSE : Moi je pense que oui, mais je pense que... en tout cas, j'aime le principe de réfléchir sur nos besoins et de se former là-dedans, plutôt que d'avoir un cumul d'heures de crédits qui ne servirait à rien, qui est là juste pour avoir des heures de crédits, juste pour dire : « Ok, on est correct pour remplir les obligations de l'Office des professions pour dire que chaque profession doit avoir une formation obligatoire, mais moi je pense que c'est correct comme ça. Ça pourrait être beaucoup plus sommaire, exemple, de rencontrer des médecins, qu'on ait des questionnaires, des cours, des cas simulés, etc. Si on voulait être vraiment... il faudrait quasiment refaire un peu l'examen comme les LMCC à tous les cinq ans, mais là, c'est pas faisable physiquement, et monétairement parlant non plus. Mais ce n'est pas nécessaire d'avoir le plan d'autogestion pour maintenir les compétences, mais d'avoir le plan, moi je trouve que c'est suffisant comme condition.

- **En ce moment, on estime qu'il y a environ 5 % des médecins qui n'adhère à aucun plan de DPC. Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait veiller à ce que tous les médecins québécois maintiennent et améliorent leurs compétences en adhérant à un plan?**

RÉPONSE : En tout cas, s'il y a juste 5 %, moi je trouve que c'est beaucoup d'énergie, beaucoup de choses, pour 5 %, pour ces 5 % qui n'y adhèrent pas. Je voudrais savoir, auprès de ces 5 %, est-ce que sans remplir les papiers, sans aller sur le site informatique, est-ce qu'ils font une démarche pour maintenir leurs compétences, mais qui ne se traduit pas par un cumul de nombre d'heures de crédits qui s'enregistre quelque part, ou est-ce qu'ils font vraiment la réflexion, est-ce qu'ils ne la marquent pas sur papier l'annexe 13? Est-ce qu'ils le font? Est-ce qu'ils disent : « Après le cours, j'ai eu telle affaire. Ça n'a pas répondu à mes besoins, je vais assister à d'autres cours par après ». Est-ce qu'ils font la démarche quand même sans l'inscrire nulle part? Ce serait ça que je serais intéressé de vérifier auprès de ces médecins-là.

- **Pour ces médecins-là justement, est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait surveiller plus particulièrement l'exercice de ces médecins-là? Systématiquement mettons.**

RÉPONSE : Peut-être. On verrait peut-être en tout cas, si on dit, ils pourraient avoir la réponse à leur question si mettons ils disent : « ben là, on demande le plan à tel ou tel médecin et il y en a 5 % qui n'ont pas de plan. À ce moment-là, ils pourraient dire : « Ben là, on va les vérifier » et en les vérifiant, il (le Collège) va peut-être se rendre compte, en les vérifiant, que dans les 5 %, il faudrait quasiment vérifier un 5 % des médecins qui font le plan et les comparer pour voir si dans les compétences, mettons qu'il va voir 50 médecins qui n'ont pas de plan, puis il voit un groupe témoins de 50 qui ont un plan, et voir, en fin de compte, qu'est-ce qui ressort de ça, est-ce qu'il y a vraiment une différence dans les deux groupes? Ça peut aller de la tenue de dossiers jusqu'à la compétence du médecin au point de vue clinique, mais est-ce qu'il y a une différence de compétences cliniques dans le groupe? Si ça arrive que dans les 50 médecins qui font le plan, il y en a trois qui sont déviants et qui ont besoin du stage clinique ou d'autres choses, de tutorat ou quelque chose comme ça, et dans le groupe qui n'en font pas c'est le même nombre, ben ça ne sert à rien de mettre des efforts là-dessus.

- **Parce que dans le fond, le fait d'instaurer, en fait, c'est pas vraiment obligatoire, mais ça sert à surveiller si tout le monde maintient ses compétences.**

RÉPONSE : Exactement. Et au départ, on s'imagine que le fait qu'ils font un plan d'autogestion, (c'est qu') ils maintiennent leurs compétences, mais on n'est pas sûr si c'est suffisant le maintien des compétences le fait d'avoir un plan d'autogestion.

- **Justement, croyez-vous que le plan de DPC est un bon moyen pour s'assurer du maintien des compétences des médecins ou vous pensez à d'autres moyens qui pourraient être utilisés? Vous parliez tantôt des examens de recertification...**

RÉPONSE : Ben, des cas simulés qui pourraient être faits pour... un peu comme on faisait quand on commençait à pratiquer, ils nous faisaient faire des examens cliniques. Faut voir si ça serait possible ou pas.

- **Il y a des gens qui parlaient, par exemple, d'évaluer leurs collègues en comparant les pratiques ou des choses comme ça. Je ne sais pas si vous pensez que c'est une bonne idée?**

RÉPONSE : moi je trouve ça très... mettons qu'il y aurait des médecins, exemple un groupe de médecins à évaluer leur pratique, et ça pourrait être un cas clinique par écrit, puis comment vous investiguez ça, qu'est-ce que vous faites, quel traitement vous donnez? Ça pourrait être une bonne idée dans différents sujets clés pour voir s'ils sont à jour dans leurs compétences ou pas. Ça pourrait être un bon moyen. C'est beaucoup dans... Il faudrait qu'il y ait comme une espèce de vignette clinique qui serait élaborée à partir de problèmes précis dans différents thèmes de la médecine.

Entrevue ID103

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça a pour vous dans votre quotidien?**

RÉPONSE : Moi je trouve ça essentiel. Je suis un peu biaisée, parce que je me suis occupée de la formation continue comme directrice autant locale, régionale que provinciale, alors je trouve ça excellent pour maintenir nos compétences dans tous les domaines, surtout qu'en médecine de famille, on voit de tout. Notre pratique, je pense que si on veut avoir une pratique de qualité, je pense que c'est important.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez dans votre vie de tous les jours pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Moi je fais de l'enseignement, donc ça a toujours été important. Nous la demande a toujours été d'avoir cinquante crédits par année par le Collège des médecins de famille comme professeur. On enseigne aux résidents 2, maintenant aux résidents 1, puis quelques externes. Actuellement, j'ai une étudiante de deuxième année, donc je trouve ça stimulant déjà de côtoyer des plus jeunes. Moi ça fait 33 ans que je suis en pratique, côtoyer des plus jeunes sur des questions qui nous stimulent un peu, aller fouiller un peu pour être capable de répondre et d'amener les données pertinentes. Même chose, je suis toujours intéressée à faire de la pratique de deuxième ligne pour côtoyer les spécialistes, donc le fait de rencontrer, de discuter de certains cas ou de certaines questions, d'avoir des réponses, je pense que c'est la façon essentielle de mettre à jour et de garder nos compétences. Même, je pense qu'idéalement, on devrait regarder vers une communauté virtuelle de pratique avec nos spécialistes. Ce que j'utilise, moi, vu que je suis assez occupée, je travaille comme chef de DRMG et comme responsable de GMF, je fais encore de l'obstétrique, j'ai encore des gardes, donc j'aime bien la lecture. On l'avait déjà fait, et on veut le reprendre d'ailleurs, un club de lecture avec nos résidents, puis moi j'étais responsable de la revue *Médecins du Québec* depuis qu'elle existe, je fais le post-test, donc j'ai probablement 36 crédits d'emblée avec celui-là. Ce que je trouve intéressant avec le DPC, c'est que quand on répond de façon électronique, on a une réponse immédiate. Donc ça nous donne déjà une idée si on a compris la lecture qu'on a faite. Donc, la lecture j'aime ça. J'ai aussi le programme d'auto-apprentissage du Collège des médecins de famille qui nous reçoit 4-5 fois par année qui nous donne 5 heures de crédits à chaque fois, et le fait de réfléchir sur des questions que probablement on peut voir dans notre pratique mais qu'on trouvent pertinentes, en fait de se

faire demander, ça a un impact sur ce qu'on propose comme action, c'est déjà beaucoup en fait, de changements qui peuvent être amenés dans notre pratique. On a, nous, dans notre GMF, le mercredi midi, sous forme de conférences, des invités qui viennent de l'extérieur. Souvent, il y a une étude de besoins avant qui est analysée par notre responsable. C'est moi qui m'en est occupée pendant longtemps, maintenant c'est quelqu'un d'autre qui répond la plupart du temps, nos besoins sont comblés, comme là, on a tout refait la recertification pour les sans rendez-vous, pour la pratique pour la réanimation qu'on a fait avec nos infirmières. Puis ça répond beaucoup à des besoins que les spécialistes se déplacent pour venir dans nos cliniques. Ça je trouve ça intéressant. Des journées de formation comme tout le monde, les vendredis, soit des demi-journées ou des journées complètes sur des sujets qui sont en pratique générale, donc souvent les sujets nous touchent.

- **Est-ce que vous avez des préférences pour certains types d'activités? Vous parliez de la discussion entre collègues...**

RÉPONSE : La discussion de cas, je trouve ça intéressant, parce que c'est la réponse immédiate sur un sujet. Souvent, des fois, même le patient est devant nous. Si on a un bon « back up », surtout quand c'est urgent avec les spécialistes en urgence. Donc la discussion de cas, même des fois, maintenant on a des spécialistes répondants, même nous on a une endocrinologue qui vient faire des discussions de cas à partir de nos dossiers, on présente un cas ou deux. Donc un mercredi, ou bien c'est un jeudi, un jeudi sur trois, c'est un endocrinologue comme là on a passé sur le diabète : on amenait nos dossiers, puis maintenant, tous les médecins et les infirmières participent, même si ce n'est pas leur patient qui est présenté. Les discussions de cas, c'est intéressant, les lectures j'aime ça, parce que dans le temps que j'attends un accouchement tout est sous péridurale, tout est sous contrôle, donc moi je m'occupe un peu. Là on est en train de faire, en obstétrique, je fais des gardes en obstétrique, l'EMPRO, qui toute une révision pour assurer une meilleure qualité de communication, de sécurité de la clientèle qu'on suit à risque. Actuellement, toutes les infirmières, les gynécologues, les médecins, on suit la même formation. Vous devez connaître ça EMPRO. C'est provincial, c'est sur un an, avec des ateliers pratiques de mises en situation. Là, la prochaine étape, le deuxième module, c'est sur la communication : comment rapidement se transférer des cas et être sûr que l'information pertinente est là-dessus et est là-dedans. Moi j'en fais beaucoup, j'aime ça. Ça fait 33 ans que je suis en pratique, puis j'ai l'impression d'avoir conservé un peu mes compétences dans plusieurs domaines, parce que je fais du 0-100 ans, je fais de l'obstétrique, je fais du maintien à domicile, je fais des soins palliatifs à domicile. Et j'ai une clientèle, que ce soit en santé mentale, en maladies chroniques, c'est beaucoup de gens qui nous forcent un peu à nous garder à date.

- **Vous disiez tantôt que les conférences organisées dans votre milieu de travail étaient faites en fonction des besoins. Donc j'imagine que vous choisissez vos activités de formation le plus souvent en fonction de vos besoins. Est-ce que c'est facile ou difficile pour vous d'évaluer vos besoins, c'est-à-dire votre pratique?**

RÉPONSE : En fait, non. En fait, je trouve ça intéressant avec, justement, le DPC, quand on regarde le profil de notre clientèle. Même, au niveau du GMF, moi je suis responsable du GMF, donc souvent, j'arrive avec, ça c'est de façon individuelle, nos médecins sont au courant du nombre de patients qu'ils suivent avec le nombre de clientèle vulnérable et de c'est quoi leur pourcentage de clientèle ou le nombre de patients qui sont diabétiques, qui sont cardiaques, etc. Donc ça leur donne une idée un peu de la clientèle qu'ils suivent, et ce qui m'a frappée dans les évaluations du Collège des médecins de famille, c'est qu'à un moment donné, quand on faisait notre recertification aux cinq ans, maintenant c'est cumulatif avec les crédits, mais quand on faisait notre recertification aux cinq ans, le questionnaire était complètement sur ce qu'on faisait moins. Ça m'a vraiment frappée, parce que je me suis dit : « Mon Dieu! Ils auraient pu nous questionner en obstétrique, sur la pédiatrie, non, la majorité des questions, je ne sais pas si ça a adonné cette année-là, j'ai eu à travailler beaucoup pour dire que c'est presque beaucoup plus important d'être à date dans ce qu'on connaît moins,

sans en faire une fixation ni une obsession, parce que ce qu'on connaît bien, on a souvent la possibilité de se garder à date, parce qu'on côtoie des discussions de cas, on va côtoyer des spécialistes, donc c'est une pratique au jour le jour qui fait que ce soit une organisation des présentations de cas par les résidents nous on le fait en obstétrique, on a l'EMPRO actuellement. Donc dans ce qu'on fait le plus, il y a déjà des gens qui s'occupent de nous organiser. En fait, de la formation pour maintenir nos compétences, mais dans ce qu'on fait moins souvent, on n'a pas nécessairement le réflexe qu'il faut... je pense que c'est important de réfléchir là-dessus. C'est pour ça que, même quand on fait l'analyse des besoins, nous pour l'année, pour les conférences, les mercredis, tout le monde participe, parce que dans le fond, si c'est un besoin pour l'autre, ça l'est probablement pour moi, on fait tous de la médecine générale, on n'y a peut-être pas pensé. Je trouve ça intéressant. Un bout de temps, on avait une façon indirecte d'évaluer nos besoins. Souvent, ça venait de l'évaluation de l'acte, on avait une tierce personne ou quelqu'un d'autre qui évaluait et qui disait : « Écoute, ça ne répond pas nécessairement, il y a peut-être un point de vue déviant par rapport à nos durées de séjour. Si on pouvait se poser la question en se comparant avec des pairs, comme quoi il y avait peut-être des choses à faire ou à changer dans notre pratique...

- **C'est une bonne idée la comparaison.**

RÉPONSE : pour la médication. Ça, je l'ai redemandé, parce que je l'avais fait au début, mais là, ça fait quand même trois ans. Juste mon profil de prescription. Donc, si on est un petit peu en dehors, on peut savoir, nous, s'il y a une raison mettons, de prescrire plus tel médicament par rapport à un autre dans telle circonstance, parce qu'il est aussi efficace qu'un autre, mais on n'est pas nécessairement à côté de la trac, on peut être très bien, mais on a à réfléchir, voir si c'est évident qu'on n'est pas dans le même style de prescription que nos confrères et nos consoeurs. On a à se poser la question. Donc, c'est toute cette réflexion-là. On a tellement de possibilités d'analyser ce qu'on fait que ça nous donne un peu une orientation pour voir où on devrait pousser pour se garder à jour pour valider... parce que les conférences, c'est souvent ça : on va chercher 2-3 messages, puis on valide ou on renforce un peu ce qu'on fait.

- **Parmi vos différents champs de pratique, quelles sont les compétences les plus importantes d'après vous à maintenir?**

RÉPONSE : des compétences pratiques, c'est sûr et certain que comme pour l'accouchement, pour l'utilisation des forceps ou l'utilisation de la ventouse, ou tout ce qui est technique, ça on a besoin d'une mise à jour si on ne l'a pas fait trop souvent dans les mois qui précèdent, et ça c'est fait sur une base régulière, comme la réanimation du nouveau-né, par exemple. Nous on nous demande une recertification aux deux ans. Puis celle-là, je dois la refaire cette année, même si j'ai pas l'impression que le besoin est vraiment là, parce qu'on a à l'expérimenter régulièrement, mais il y a des demandes de certification qui, je pense, sont essentielles pour maintenir surtout le côté pratique, le côté approche. Moi je fais de la petite chirurgie des fois à la clinique. J'aime ça faire des points, des choses comme ça. Donc, ça c'est technique. Comme dans les maladies chroniques ou des choses comme ça, le fait maintenant qu'on travaille conjointement avec d'autres professionnels, pour le suivi conjoint, ça ça demande un petit peu qu'on standardise un peu nos approches dans des protocoles, mettons comme l'hypertension. C'est pas évident que les docteurs, ensemble, disent : « Nous on va favoriser telle approche, puis on va se standardiser entre nous, parce qu'il y a toujours une pratique individuelle, pour que l'infirmière ne vienne pas trop mêlée dans ce qu'elle va, elle, réviser ou resuggérer dans le suivi conjoint, que ce soit pour le diabète, l'hypertension, des choses comme ça. Donc, ça c'est intéressant aussi, parce que dans le fond, ça nous remet un petit peu dans la situation où tout le monde se standardise, même, il y a des préférences pour un par rapport à l'autre, mais il y a comme une espèce de standardisation, de pratique d'équipe qui est nouvelle, qui n'existait pas avant, qui permet, à ce moment-là, de remettre à jour des notions que par la force des choses, le fait de travailler avec d'autres professionnels on se doit de le faire.

- **Toujours dans vos champs de pratique, quelles sont les compétences les plus difficiles à maintenir pour vous? Est-ce qu'il y a un champ de pratique, pour vous, que vous trouvez plus difficile?**

RÉPONSE : C'est beaucoup plus le fait d'avoir plusieurs champs de pratique. C'est souvent, si je fais des soins palliatifs à domicile, c'est sûr que pour le contrôle de la douleur... comme je le disais tantôt, le fait qu'on développe une espèce de réseau avec nos spécialistes, avec des confrères et une habileté dans tel secteur, c'est comme une espèce de polyvalence de groupe. C'est comme les infiltrations : ça fait un petit bout de temps que je n'en ai pas fait, mais à ce moment-là, c'est facile de dire : « Au lieu d'attendre de le référer au spécialiste en rhumatologie au CHU, il y a un des confrères qui ont été formés à la clinique sur telle référence ». C'est la fréquence de l'utilisation, quand c'est technique, ça c'est sûr et certain que ça devient des fois difficile si ça fait un certain temps ou si on n'a plus la disponibilité pour le faire. Ou on refait des sciences entre nous. Donc, c'est de maintenir ces compétences-là qui ne sont pas nécessairement toujours faciles. Ça demande d'organiser des ateliers. En fait, quand on met nos besoins, la responsable se charge de tout organiser. Elle a fait un atelier d'infiltration, un atelier avec un spécialiste qui est venu sur place. C'est assez facile à combler, le fait que je trouve ça un peu, à plusieurs secteurs, on essaie aussi d'alterner souvent aussi pour les conférences, si j'allais toujours à une conférence sur la ménopause, c'est sûr que je serais référée en ménopause, mais à un moment donné, si je confronte un peu ce que je fais avec ce qui est donné comme nouvelles mises à jour sur l'hormonothérapie, je vais essayer de mettre l'accent sur autre chose qui me semble un besoin de me remettre un peu plus à jour. Mais tout ce qui est médication, avec les nouveautés, c'est sûr que c'est un champ qui demande souvent une disponibilité pour aller chercher l'information.

- **Pour d'autres compétences maintenant, les compétences CanMeds, est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : en fait, indirectement : bon communicateur, ...

- **Je peux vous les dire rapidement : expertise médicale, communication, collaboration, gestion, promotion de la santé, érudition et professionnalisme. Selon vous, quelles seraient les plus importantes à maintenir?**

RÉPONSE : En fait, c'est ce qu'on répond à chaque fois qu'on fait, comme *le médecin du Québec*, en fait, on les répond, ces compétences-là, à chaque article qu'on va lire. Et quand on révise ce qu'on peut réviser de notre profil et de nos demandes, en fait, elles sont toutes importantes. Dans le fond, il y en a certaines, des fois, quand on critique un peu ce qu'on vient de lire, il va y avoir un accent plus sur, mettons, plus sur la collaboration ou l'expertise médicale, donc c'est beaucoup plus la promotion, c'est la prévention de la santé, ces choses-là. Donc, c'est important, pour moi ça fait un tout, sauf qu'on ne peut pas faire... c'est d'essayer de maintenir un peu nos compétences dans le tout, mais il y a certaines activités qui vont toucher plus la prévention, plus sur la collaboration avec d'autres professionnels, donc c'est des qualités qui sont essentielles pour la pratique d'un bon médecin de famille. D'ailleurs, quand on voit les résidents, on les évalue là-dessus.

- **Est-ce qu'il y en aurait des plus difficiles d'après vous?**

RÉPONSE : En fait, on met beaucoup l'accent sur l'expertise médicale et c'est pas essentiel. Maintenant, il y a moyen d'aller le chercher ou de le maintenir : communicateur, collaboration... C'est parce que c'est des changements de pratique qui font que les autres qualités vont devenir essentielles aussi.

- **Dans votre vie quotidienne, est-ce que vous rencontrez des obstacles au maintien de vos compétences?**

RÉPONSE : À part le temps, c'est pour ça qu'en variant, l'obstacle, c'était vraiment le temps et la disponibilité d'aller... des fois, tu as une bonne formation, un vendredi, qui répond à tes besoins, et que tu es de garde et tu n'es pas capable de changer ta garde. Alors je suis sûre

que l'effet de multiplier un peu les formats, moi j'aime bien les questionnaires d'auto-apprentissage, ça me fait réfléchir sur des secteurs où je peux aller pousser un peu plus loin après. La lecture, j'aime ça, les mini-conférences, il faut manger, donc c'est sûr que c'est pratique aussi. Souvent, des fois, c'est une journée sur la pharmaco. Il y a des sujets qui se prêtent bien à une journée complète, puis, pour en avoir fait vingt ans des journées complètes de formation, on les organisait un peu pour répondre à mes besoins à ce moment-là, alors c'était intéressant, mais il y a des journées où des fois, tu as l'impression que sur une journée complète, tu vas chercher peut-être, 5-6 gros messages. Là, on s'enligne un peu plus et on essaie de vendre ça au centre de formation. C'est d'enregistrer ces conférences-là, puis après, nous, pour l'avoir validé, on a filmé ces conférences-là, et au lieu d'être présents 6 ou 7 heures sur une journée complète, on est capable en deux heures de réviser l'essentiel, voir les messages. On manque un peu la discussion qui est peut être pertinente aussi, mais il y a des façons de rattraper un peu des formations qu'on peut manquer. Mais c'est sûr qu'il faut faire un choix ou des priorités. Souvent, on peut s'enligner facilement, même avec une pratique très active, on peut trouver le temps de le faire.

▪ **On va parler maintenant des plans de DPC. Est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : J'en ai deux : je fais celui du Collège des médecins de famille du Canada, avec le MainPRO 1, 2 et C. Actuellement, on est en train de faire, quand on fait une journée de recertification, que ce soit pour réanimation CDC. Maintenant, avec le cahier d'auto-apprentissage, on nous demande c'est quoi la question la plus pertinente, qu'est-ce que ça va amener comme changements dans votre pratique? C'est quoi l'impact que ça peut amener? Juste le fait de réfléchir à la fin, je trouve ça plus intéressant qu'auparavant, parce qu'avant, on pouvait passer à travers les questions, mais il n'y avait pas vraiment de réflexion.

▪ **La réflexion, c'est dans le Mainpro C?**

RÉPONSE : Oui, mais le questionnaire à la fin de chaque cahier d'auto-apprentissage, il y a une réflexion sur ce qu'on a lu et aussi, des fois, il y a des mises en situation, puis de voir par rapport à notre pratique à nous ce que ça peut amener comme changements. À la fin du cahier, il faut répondre, voir si ça a un impact, ou qu'est-ce qui a été plus pertinent dans toutes les questions qu'ils ont posées et qu'est-ce que ça amène comme impact. Mais je le trouve un peu incomplet, dans le sens que on peut le faire, et on peut se recertifier. Moi je l'ai toujours fait, parce que j'ai toujours été dans l'enseignement, donc il faut cinquante heures de crédits. Moi j'en ai accumulé 200, mais ce n'est pas grave. Mais la réflexion est limitée à ce qu'on fait pour les activités de formation conçues, tandis que celui de la FMOQ, on a tout le profil de ce qu'on fait. Oui, la clientèle on est capable de la voir, la médication, après on voit un peu c'est quoi les besoins, parce que ça s'accumule au fur et à mesure qu'on l'enregistre depuis qu'il est électronique. Moi je ne l'avais pas avant qu'il soit électronique, puis après, on est capable de se donner, justement, un plan d'action et de voir un peu si je peux faire une mise à jour, ou dire : « Ça il faudrait que j'aïlle un peu plus loin, mais je suis capable d'aller le rechercher ». Puis le fait de répondre mettons aux médecins du Québec, ça c'est le rapport direct du sondage, si j'ai 80 %, quelles questions j'ai manquées pour voir un peu pourquoi... je l'ai peut-être mal lue. Alors celui-là, c'est comme six étapes, je ne me souviens plus, je pense que la « planification des actions » ou l'évaluation à la fin, je le trouve pas mal plus complet dans la réflexion globale de ce que je fais.

▪ **Est-ce que c'est la raison principale pour laquelle vous avez choisi ces programmes-là?**

RÉPONSE : Non. En fait, moi j'avais toujours eu celui du Collège des médecins de famille, puis le fait que je réponde, moi dans mon club de lecture, j'ai la responsabilité du médecin du Québec. Ça fait que je fais les post-tests à chaque fois, à chaque année, je le fais de façon électronique, donc on avait un feedback direct, je trouvais ça intéressant et je l'ai comme développé en ayant, quand j'ai commencé à le regarder un peu plus, je le trouvais un peu plus intéressant dans le sens, justement, là on a une réponse du post-test, puis après ça, il y a une évaluation qui est rapide. Presque aussitôt qu'ils l'ont reçu, on l'a dans les jours qui

suivent. On se souvient déjà de l'activité, et déjà, à l'évaluation, on a les CanMeds, et ils s'accumulent, donc je trouve ça intéressant, parce que dans le fond, si je le regardais au complet, bien là au moins, il y a quelque chose qui va arriver si je suis due pour refaire une formation sur tel sujet ou sur un sujet qui est un peu plus faible, parce que j'ai besoin d'aller un peu plus loin, et ce qui est un peu plus fort, on va porter un peu moins d'attention là-dedans.

- **Est-ce que c'est nécessaire, d'après vous, d'adhérer à un programme de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles?**

RÉPOLNSE : Je pensais que non, mais là, maintenant, je pense que oui, parce que, dans le fond, le fait que j'étais en formation continue et le fait d'en organiser localement, et d'en organiser nous au niveau de la clinique, puis des clubs de lecture, j'avais l'impression que ça répondait à mes besoins, mais dans le fond, c'est qu'on ne réfléchit pas tant que ça. On a l'impression que ça répond, mais quand on commence à regarder un peu plus, si on s'était toujours posé la question de quel impact ça va faire dans ma pratique si je fais telle affaire, il faut que je m'arrête pour y réfléchir, sinon, on a toujours l'impression qu'on le fait, et oui, c'est sûr que ça va changer quelque chose. Oui, j'ai des notions plus grandes, des connaissances plus grandes, est-ce que vraiment ça va changer quelque chose demain matin? Mais quand je relis après les choses, je me dis : « Oui, ça va changer, je vais l'appliquer. Ou je vais appliquer tel outil dans ma pratique ». C'est très différent, je passe à l'action, ce n'est pas pareil.

- **Est-ce qu'il y aurait certains programmes, d'après vous, qui seraient plus exigeants que d'autres, si on parle, par exemple, des crédits versus la méthode réflexive?**

RÉPONSE : En fait, moi je trouve que ça se complète.

- **Le Mainpro, il se complète (utilise les deux méthodes) mais mettons, le Collège Royal, c'est vraiment des crédits.**

RÉPONSE : Ils enregistrent tout simplement leurs lectures. Le Collège des médecins de famille faisait ça un peu. C'est qu'on enregistre, il nous fallait 50 heures de crédits, on les avait amplement, on les enregistrait, et au bout de 5 ans, il y avait une recertification, et là, on réfléchissait au bout de cinq ans si on était encore bons. Mais là, maintenant, on le fait de façon beaucoup plus quotidienne ou au fur et à mesure qu'on va faire des activités de formation. C'est différent. L'approche a complètement changé. Ce que je vous disais au début, je trouve ça essentiel maintenant, surtout si on veut maintenir une pratique, si on veut développer une spécialité et aller se chercher des crédits dans telle formation pour se garder à jour, mais quand on a une approche qui est assez générale, ou assez large, ce n'est pas toujours évident, et à un moment donné, ça va être les soins palliatifs, la santé mentale, alors souvent, on est obligés de voir un peu et de réfléchir un peu et de prioriser aussi des choses. Ce n'est pas si évident que ça.

- **Plus spécifiquement maintenant, concernant le programme du Collège des médecins qui est un plan d'autogestion, est-ce que vous croyez que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Avec l'auto-apprentissage, en fait, maintenant que la recertification demande tant d'heures de crédits, j'ai l'impression qu'il va falloir qu'il y ait un peu plus de globalité que ce qu'on a actuellement. On peut aller chercher les Mainpro C, je peux passer une journée et aller chercher sept heures de Mainpro C et avoir mon Fellow au bout de ça, c'est des ateliers pratiques, des ateliers interactifs, c'est parfait. Mais est-ce que ça répond à mes besoins? C'est comme si la disponibilité de toutes les formations pour remplir le cahier de crédits, mais je ne suis pas obligée de faire le cahier d'auto-apprentissage. En autant que j'ai mes crédits, je suis correcte. J'ai l'impression qu'il va falloir qu'il y ait un petit peu plus que ça.

- **Parce que, présentement, le plan du Collège des médecins, qui est un plan**

d'auto-apprentissage, ça ne demande pas un nombre minimal d'heures ni de crédits.

RÉPONSE : Comme professeur, oui. Nous on a besoin de 50 heures de crédits par année depuis le tout début. D'ailleurs, c'est pour ça que le Collège et la Fédération ne voulaient pas au début pour avoir nos 50 heures de crédits, mais on l'a toujours eu, nous, comme obligatoire pour demeurer professeur en médecine de famille. Donc, ça c'était différent, mais ils peuvent avoir au moins 25 heures de crédits DM2 maintenant, et DM1, ça ça a toujours existé, et au bout de cinq ans, il y avait une recertification. Mais ça, ça fait 30 ans, mais actuellement, le développement pour la réflexion, l'analyse de nos besoins, elle n'est pas là. Il manque un item qui fait que si on a l'impression que les besoins, c'est tel atelier, ça donne tant d'heures de crédits M2 et tel atelier ou telle formation parce que c'est Mainpro C, on va être recertifié au niveau du Collège des médecins, mais je pense qu'il faut aller plus loin que ça, puis actuellement, il y a la possibilité de le faire, en faisant l'analyse de nos besoins, se donner les objectifs. C'est beaucoup plus standardisé maintenant, mais je ne pense pas que les gens le font tous.

- **Non effectivement. Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait veiller à ce que tous les médecins québécois maintiennent et améliorent leurs compétences par le plan de DPC, parce que justement, il y a 5 % des médecins qui n'adhèrent pas à un plan de DPC.**

RÉPONSE : Pas plus que ça?

- **Non, il y a environ 5 %.**

RÉPONSE : Pourtant j'ai l'impression... c'est sûr que c'est un peu coercitif, ça a été vu un peu de cette façon-là, mais je trouve ça malheureux, parce que j'ai l'impression que ça va répondre beaucoup plus, parce que tu peux aller chercher six heures de crédits une journée de formation et avoir dormi toutes les conférences et ne pas avoir rien « catché » même si le sujet avait l'air intéressant. Mais j'ai l'impression qu'actuellement, je pense que celui de la Fédération ressemble un peu à celui du Collège. Il y a quand même une réflexion sur la pratique qui n'est pas si évidente que ça, parce qu'on a beau avoir un profil de notre clientèle, puis on veut bien répondre à cette clientèle-là, ça demande quand même une réflexion, même chose si on veut changer ou maintenir nos compétences, vu qu'on amène un changement qui est important dans ce qu'on fait comme pratique.

- **Est-ce que vous croyez que le plan de DPC, c'est un bon moyen pour maintenir la compétence d'un médecin, ou vous pensez à un autre moyen qui pourrait être possible? Il y en a qui ont parlé, justement, de recertification.**

RÉPONSE : Moi je pense qu'il y a des façons aussi de combiner plusieurs, comme l'aduction de cas, travailler avec le spécialiste, moi j'ai participé à quelques préceptorats sur le diabète, tu suis la clientèle avec la nutritionniste, avec l'endocrinologue, avec le Kinésio, une journée comme ça, puis nos infirmières sont allées, puis nous on est en train de mettre en place, dans notre GMF, un préceptorat en santé mentale. C'est le psychiatre qui se déplace. On a deux patients par demi-journée. Il se déplace et voit notre patient en notre présence et il fait l'évaluation et on en discute après. Mais je pense que le concept de préceptorat, qu'on ne voit pas dans les DPC, mais qui a des crédits quand même en bout de ligne, c'est une façon d'apprendre qui est excellente.

- **On arrive à la fin. Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions, des suggestions à propos du plan du DPC ou du maintien des compétences en général?**

RÉPONSE : En fait, j'ai l'impression, je ne sais pas, ça me surprend encore qu'il y ait juste 5 %, j'avais l'impression que c'était plus large que ça, parce que quand on en discute, j'avais l'impression qu'il y avait plus de personnes peut-être que je sais qu'on côtoie, mais probablement que ça mériterait d'être relancé, mais je pense que de multiplier la façon de... pour l'apprentissage c'est important, parce que même de façon électronique, on peut aller

chercher des bons ateliers interactifs, mais c'est sur l'analyse de besoins. C'est comme quand on fait une demande de crédits pour des journées, c'est ça qui manque. C'est l'analyse de besoins. Ce n'est pas ce qu'on a besoin ou ce qu'on doit prioriser, c'est qu'on peut assister à 1 000 conférences et on ne va pas chercher l'objectif qu'on veut aller chercher. On a l'impression subjective probablement qu'on est meilleur, parce qu'on a amélioré nos compétences et on a peut-être rien changé. Je trouve ça malheureux. Il faut dire que je suis déçue, mais probablement que les gens ont l'impression qu'en assistant à des conférences excellentes, bien préparées, interactives, qu'on atteint l'objectif.

- **Donc, plus d'interaction. Ça serait probablement une bonne suggestion.**

RÉPONSE : Plus d'interaction, ou même, et pourtant il y a eu pas mal de promotion sur le DPC, c'est dit à gauche et à droite dans les revues, d'encourager un peu ce modèle-là, mais c'est un peu la roue qui tourne, il faut que les gens s'arrêtent. Comme nous, on fait une année, on fait des conférences le midi. On pourrait mettre 10 000 sujets et ça ne donne absolument rien, sauf que les gens s'arrêtent : « Qu'est-ce que j'ai besoin par rapport à ma pratique pour cette année? » C'est de commencer par la case 0.

- **Est-ce que vous avez autre chose à rajouter?**

RÉPONSE : Je pense que j'en ai dit beaucoup.

Entrevue ID136

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend dans votre vie quotidienne?**

RÉPONSE : C'est extrêmement important. Dans ma vie quotidienne, elles sont importantes à la fois parce que je suis un prof aussi, un prof d'Université et je suis un chercheur, donc j'écris des papiers et les connaissances évoluent énormément. Donc, la revue ou le renouvellement des compétences de façon continue est extrêmement important.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Essentiellement, moi c'est beaucoup la littérature.

- **Assistez-vous, par exemple, à des colloques ou à des conférences?**

RÉPONSE : Oui, en général, je les choisis beaucoup, c'est-à-dire que je vais dans des congrès très spécialisés, si vous me permettez, dans le sens qu'il y a des congrès plutôt généraux. Moi je suis un spécialiste, donc il y a l'Association canadienne de psychiatrie ou l'Association américaine de psychiatrie. Mais en général, ce n'est pas des congrès que je fréquente beaucoup, parce que les choses sont très générales. Je vais plutôt au *Schizophrenia Research* ou à des congrès qui sont un peu dans mon domaine de surspécialisation, dans le fond. Alors, c'est des congrès qui, généralement, sont beaucoup plus petits, mais où les thèmes et les gens qui y sont font partie des bons enseignants et des bons chercheurs du domaine.

- **Auriez-vous une préférence pour un certain type d'activité?**

RÉPONSE : Ça reste encore la littérature pour moi.

- **Est-ce que le plus souvent vous choisissez vos activités de formation vraiment en fonction de vos besoins, de ce que vous appliquez dans votre pratique?**

RÉPONSE : Oui.

- **Est-ce que c'est facile pour vous ou difficile d'évaluer votre pratique ou d'évaluer vos besoins?**

RÉPONSE : Ah c'est bien, c'est une belle question, ça. Parce qu'en fait, nous sommes en milieu ouvert ici. On est en milieu académique, c'est-à-dire que contrairement à beaucoup de collègues, je ne suis pas, moi, seul dans ma pratique. On a une pratique d'abord en équipe interdisciplinaire d'une part, et d'autre part, avec les collègues de ce groupe de psychiatres auxquels on travaille, on est très ouverts les uns avec les autres. Ce n'est pas un milieu fermé. Nous ne sommes pas, par exemple, l'équivalent d'un médecin spécialiste, seul dans leur bureau. Au contraire, on est tous les jours un peu amenés à voir les patients de l'un, les patients de l'autre, à se demander des avis, à discuter. Non, c'est un milieu ouvert, mais je comprends que ce n'est pas la même chose partout.

- **Dans votre champ de pratique, est-ce qu'il y a des compétences que vous jugez plus importantes que d'autres, plus importantes à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Vous ne pourriez pas être plus précise?

- **Oui, je ne sais pas si vous connaissez les compétences CanMeds?**

RÉPONSE : Oui, en fait, personnellement, j'ai dirigé les lignes directrices pour la schizophrénie, alors je connais celles pour la bipolarité, oui, mais pour mes compétences à moi, c'est-à-dire pour mes besoins immédiats, c'est souvent dans des techniques, par exemple, l'année dernière, c'était beaucoup toute la question cognitivo-comportementale, donc l'approche psychothérapeutique cognitivo-comportementale en plus de la psychopharmacologie. Donc c'est un thème que je connaissais moins bien. Donc, je suis allé fouiller un peu plus, et j'ai un peu plus centré l'ensemble de mes besoins sur ce que j'avais besoin de parfaire comme connaissances, donc ça a été beaucoup la question, par exemple, de la psychothérapie cognitivo-comportementale depuis un an, un an et demi.

- **Parmi les compétences CanMeds que je vais vous énumérer, il y a l'expertise médicale, qui a rapport au maintien des connaissances, la communication, la collaboration, la gestion, la promotion de la santé, l'érudition et le professionnalisme. Dans le professionnalisme, on veut dire tout ce qui est éthique. Selon vous, est-ce qu'il y aurait des compétences, dans celles-là, qui seraient plus importantes que d'autres?**

RÉPONSE : Ben, plus importantes, non. Elles sont toutes très importantes, mais habituellement, pour ma spécialité à moi et dans mon organisation, c'est beaucoup les soins partagés. Donc, je ne sais pas si ça... au niveau du Collège Royal, il y avait toute cette question du soin partagé. Au niveau de CanMeds, je ne me souviens plus s'il y avait la question du soin partagé, mais pour moi, actuellement, c'est plus le besoin, la compétence la plus importante à mettre en pratique et à pousser un peu plus loin, c'est vraiment les soins partagés.

- **La collaboration.**

RÉPONSE : Oui.

- **Est-ce qu'il y en aurait des plus difficiles que d'autres?**

RÉPONSE : C'en est une très difficile à faire, pour toutes sortes de raisons. En fait, ça reste difficile, parce que les gens, c'est des systèmes qui fonctionnent bien quand les gens se connaissent bien. Et il faut avoir des moyens pour que les gens puissent, indépendamment des objectifs, se connaître personnellement. Et à ce moment-là, et donc... d'abord, ça passe beaucoup par des monitorats, par des préceptorats, et finalement, après, il s'établit des collaborations qui deviennent très précieuses, mais la mise en place de ça n'est pas simple.

- **Seriez-vous favorable à ce qu'il y ait plus de formation sur ces compétences-là?**

RÉPONSE : En fait, je serais plus favorable à ce qu'on ait plus, avec nos associations, je vais vous donner des exemples simples : vous savez, on peut avoir une volonté de vouloir travailler ensemble, mais souvent, et puis c'est vrai d'ailleurs pour les malades, beaucoup d'avantages à ces méthodes de médecine, mais souvent, la rémunération s'y prête mal, la philosophie de certains milieux hospitaliers ou de certains CLSC, ou de certains milieux de première ligne ne sont pas nécessairement facilitants pour être capable de mettre en place des moyens pour qu'un médecin spécialiste comme moi puisse facilement travailler avec un groupe de médecins généralistes. Même si tout le monde pense que ça a du bon sens de le faire. Donc les résistances viennent... elles ne vont pas jusqu'à, par exemple, la rémunération... si vous êtes un médecin en cabinet privé ou que vous êtes un médecin de famille, il n'est pas simple de faire un monitorat ou un préceptorat dans le... correctement pour le faire. Il n'est pas simple de venir dans un CLSC, dans une réunion d'équipe interdisciplinaire. Autrement dit, on est d'accord en principe, mais ça ne va pas beaucoup plus loin quand il s'agit de faire en sorte que des gens comme ceux-là soient rémunérés correctement.

- **Est-ce que vous rencontrez certains obstacles dans votre quotidien face au maintien de vos compétences?**

RÉPONSE : Le temps.

- **À part ça, non, pas d'autres obstacles?**

RÉPONSE : Non. C'est le temps.

- **On va parler maintenant des différents programmes de DPC.**

RÉPONSE : Il faut réussir à se protéger un peu de temps pour ça.

- **Il faut que ce soit compris dans l'horaire.**

RÉPONSE : Il faut que ce soit compris, comme par exemple... mais ça aussi ce n'est pas compris dans notre gymnastique, comment je pourrais vous dire ça, dans notre équilibre, par exemple, on se réserve peu de temps pour aller faire notre conditionnement le matin, pour... on est vite bouffé par autres choses, c'est-à-dire que dans notre écologie, dans notre gérance d'agenda ou dans notre écologie, il devrait y avoir du temps protégé pour ça. C'est souvent là-dessus qu'on gruge pour être capable de rattraper d'autres choses.

- **Par rapport aux plans de DPC maintenant, est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : Oui, j'avais regardé ça à l'époque, parce que j'avais été mis un peu dans un tirage. Moi j'ai plutôt pris l'autonome, c'est ce que je fais d'habitude, alors...

- **Celui du Collège des médecins?**

RÉPONSE : Oui, c'est ça. Je fais celui-là, parce que la plupart des autres ne conviennent pas à ce que moi je fais, c'est-à-dire que les conférences, signer des machins, signer des affaires, je ne fais pas ça comme ça. Ce n'est pas comme ça que j'ai organisé ma formation continue.

- **Est-ce que vous trouvez nécessaire d'adhérer à un programme de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles?**

RÉPONSE : C'est nécessaire, oui, mais ce n'est pas suffisant, c'est-à-dire qu'on peut bien y adhérer, mais ce n'est pas une adhésion pour avoir juste bonne conscience, c'est-à-dire qu'à mon avis, toute cette question-là de formation médicale continue, ce n'est pas juste quelque chose qui devrait commencer au Collège, mais qui devrait commencer dès la première année à la Faculté de médecine. Les gens devraient être sensibilisés dès le départ et voir ça même comme une obligation, comme une obligation professionnelle. Donc, ce n'est pas quelque chose qui commence avec le Collège ; c'est quelque chose qui commence avec la formation médicale.

- **Si on regarde les différences entre la méthode par crédits, comme celle du Collège Royal ou du Collège des médecins de famille, par rapport aux plans d'autogestion, celui du Collège des médecins et celui de la FMOQ, est-ce que vous trouvez qu'il y aurait certains programmes qui seraient plus exigeants que d'autres ou plus efficaces que d'autres?**

RÉPONSE : À mon avis, ça dépend beaucoup du style de pratique. Moi je suis déjà dans un milieu universitaire, je suis déjà dans un mode de recherche et dans un centre de recherche. Je bouquine des papiers, donc je ne suis pas comme le psychiatre américain qui va chercher des crédits de formation en allant à l'*American Psychiatric Association* à tous les ans pour amasser des crédits comme ça, vous comprenez ce que je veux dire? Pour moi, ce n'est pas ça. Alors, je préfère l'autogestion, parce que ça me permet à moi d'être un peu plus près des activités quotidiennes et de la formation en même temps, alors que vous allez dans un congrès comme l'*American...* pour amasser des crédits et des choses de présence, pour moi ça n'a aucune pertinence, mais je comprends que si j'étais un psychiatre tout seul dans son bureau, que ça serait aussi une occasion de rencontrer des gens, discuter avec les confrères, puis, pourquoi pas, en prenant un peu de plaisir en faisant un peu de formation. Je crois que la diversité répond bien aux différents cadres pratiques de l'ensemble des médecins. Je pense que le meilleur, c'est celui qui fait en sorte que nous plongions de façon tenace dans l'éducation médicale continue.

- **Par rapport plus précisément au plan du Collège des médecins, pensez-vous que ses exigences sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de minimum d'heures par année, les gens n'ont pas à aller chercher des crédits. Est-ce que vous croyez que c'est assez encadré, que ça donne une bonne idée du niveau de compétence?**

RÉPONSE : Pour ceux qui le font naturellement, ça sera toujours suffisant, et pour ceux qui, de toute façon, même si on augmentait les exigences, ça sera toujours trop. Alors en fait, je pense qu'en général, le Collège fait bien son boulot en ce qui concerne la formation médicale continue, mais encore une fois, il ne devrait pas être le seul acteur de ça. Le type de rémunération, la poursuite de la tradition universitaire qui n'est pas beaucoup le cas dans le milieu francophone. C'est un des moyens seulement, le Collège. Il y a plus que ça, vous comprenez ce que j'entends par là? Donc dans la partie qui le concerne lui, c'est très bien.

- **Est-ce que vous croyez que le plan de DPC, donc vous venez de dire que vous croyez que c'est un bon moyen quand même, est-ce que vous suggéreriez d'autres moyens?**

RÉPONSE : Je n'en connais pas.

- **Il y en a qui parlaient de recertification ou d'obligation de remettre un plan de DPC, par exemple, au début de la pratique, pour un certain nombre d'années. Il y en a qui ont parlé de ça.**

RÉPONSE : Moi je pense que ça s'éloigne un peu de ce qu'on... c'est peut-être mon âge, c'est peut-être une question de génération, mais ça s'éloigne un peu de ce que j'entends comme un professionnel. Un professionnel, c'est quelqu'un qui doit s'occuper et maintenir ça. S'il ne le fait pas, c'est un problème, et je pense que les sanctions qui vont avec... c'est toujours la même chose, c'est-à-dire qu'une fois qu'on met des règlements comment on fait pour les faire appliquer, et quand ils le sont, qu'est-ce qu'on fait pour... vous savez, on tombe dans un tout autre débat. À mon avis, on en est plus à la valeur du poids de la tradition, de l'exigence, du professionnalisme et de la façon dont on doit se comporter quand on est un professionnel. On est plutôt dans ce, comme disent les Anglais, on est dans des lois non écrites, on est dans celui de la tradition et du respect de la tradition. C'est notre devoir de faire ça.

- **Pour l'instant, on estime qu'il y a environ 5 % des médecins qui n'adhèrent à aucun plan de DPC. Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins**

devrait veiller à ce que tous les médecins québécois maintiennent et améliorent leurs compétences en adhérant à un plan?

RÉPONSE : Ben, c'est-à-dire que ce n'est pas la seule façon de le faire. Oui, je pense que les gens devraient adhérer à un plan de formation, je pense que c'est un signal pour dire qu'il faut le faire, mais encore une fois, à cette méthode-là, j'essaierais de faire en sorte, par exemple, que... les personnes à risque sont toujours les mêmes. C'est celles qui sont isolées et qui ont une pratique très individuelle. Celle dans un contexte de médecine familiale, dans un groupe, etc. sont moins à risque, il y a beaucoup d'activités informelles. Je pense que les personnes les plus susceptibles d'en bénéficier sont celles qui sont toutes seules dans leur coin et qui ne sont pas toujours faciles à aller chercher.

- **Est-ce que vous pensez que le Collège des médecins devrait surveiller plus particulièrement l'exercice de ces médecins-là qui n'ont pas de plan de DPC?**

RÉPONSE : Je crois que oui. Je crois qu'en... pas exercer dans le sens d'espionner, mais dans le sens d'être un peu plus présent, oui, certainement, oui. De tenter, d'abord, par des méthodes éducatives, par toutes sortes de moyens pédagogiques, de faire en sorte que les gens s'engagent. C'est mieux.

- **Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions ou des suggestions à propos des programmes de DPC ou du maintien des compétences en général?**

RÉPONSE : Ben c'est important. Moi je suis très content des initiatives qu'a pris le Collège. Je suis très content qu'il maintienne encore ça, parce que c'est important, et je pense qu'il doit s'associer à ça dès le départ, comme je le répète toujours, des associations professionnelles pour les médecins spécialistes, ceux de médecine familiale d'un côté, et dès le départ, les facultés de médecine, à mon avis, c'est extrêmement important.

- **Avez-vous autres choses à rajouter?**

RÉPONSE : Non.

- **Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à nos questions. Si jamais j'ai besoin de clarifier certains de vos propos, est-ce que je peux vous rappeler?**

RÉPONSE : Bien sûr.

Entrevue ID219

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles? Quelle importance ça prend dans votre vie de tous les jours?**

RÉPONSE : Pour moi je pense que c'est très important. Je pense que c'est très facile quand on est très occupé avec beaucoup de patients de perdre notre... on oublie des fois qu'on est là pour aider nos patients, mais c'est pour faire ça qu'il faut garder ses compétences. À un certain point, il y a tellement de patients qu'on oublie qu'on n'aide pas nos patients si on n'est pas au courant des changements. Je pense qu'on est dans une période maintenant où la technologie, les connaissances changent rapidement. Il faut avoir un moyen pour pouvoir maintenir nos compétences, qui va être facile, quelque chose qui peut être fait régulièrement.

- **Quels sont ces moyens-là que vous utilisez?**

RÉPONSE : Personnellement, des fois ce sont les « info-poems » sur les Blackberry ou le

ipod, les courriels. J'essaie au moins de lire les grandes lignes dans les journaux, mais je trouve ça beaucoup plus difficile. Ma préférence, c'est d'aller en personne à des activités de formation.

- **En personne, c'est-à-dire à des conférences...**

RÉPONSE : Des conférences, des congrès, c'est ça.

- **Est-ce que vous aimez échanger avec vos collègues?**

RÉPONSE : Oui, parce que c'est quelque chose de social, ça nous donne aussi un petit peu de choix. Dépendant la journée, on peut choisir cette conférence ou une autre conférence, puis c'est vraiment une période durant laquelle on peut complètement se renfermer dans l'idée du DPC. On n'a pas de patient dans la chambre, il ne faut pas...on ne regarde pas l'horloge.

- **Est-ce que ça vous arrive de choisir vos activités en fonction de vos besoins?**

RÉPONSE : Absolument. Je pense que s'il s'agit d'un congrès, d'habitude j'ai déjà eu des expériences qui sont des bons congrès, mais d'habitude, je choisis un congrès où les sujets qui sont abordés sont vastes, où il y a beaucoup de choix. Et comme ça, je vais apprendre un petit peu de ci, un petit peu de ça, mais moins souvent s'il y a un thème en particulier.

- **Est-ce que vous avez de la difficulté ou plutôt de la facilité à évaluer vos besoins? Est-ce que vous êtes capable de savoir qu'il vous faut mettre à jour vos connaissances dans un certain champ de pratique?**

RÉPONSE : Pour moi, je pense que c'est toujours une question de temps. Alors, il y a toujours les mêmes issues, je ne sais pas, j'ai une personne qui souffre de diabète, puis il faut lui donner de l'insuline, et je sais que je ne sais pas comment le faire, mais vraiment, à me trouver du temps, à me trouver un DPC adéquat qui va me l'apprendre, puis avoir le temps de pouvoir pratiquer, pas pratiquer mais développer une expérience, ça me manque toujours. Des fois, c'est beaucoup plus facile de les référer à quelqu'un d'autre, puis ça persiste de cette façon-là.

- **Dans vos différents champs de pratique, quelles sont, d'après vous, les compétences les plus importantes à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Pour moi, je dirais, pour moi, principalement, la pharmacologie, puis la gestion aussi, la gestion de ma pratique.

- **Et les plus difficiles?**

RÉPONSE : Ce sont les plus importants et les plus difficiles pour moi.

- **Je ne sais pas si vous connaissez les compétences CanMeds? Parmi elles, quelles seraient pour vous les plus difficiles à maintenir?**

RÉPONSE : Gestion et expertise médicale.

- **Et les plus importantes?**

RÉPONSE : Les plus importantes, je dirais, mon Dieu elles sont toutes importantes, expertise médicale, communication et promotion de la santé.

- **Est-ce que vous rencontrez des obstacles particuliers dans votre vie de tous les jours qui rendent plus difficiles le maintien et l'amélioration des compétences?**

RÉPONSE : Je pense que c'est difficile des fois...encore, c'est une question de temps, de pouvoir se libérer de notre pratique. Il y a toujours des issues aussi monétaires : si on veut aller en conférence pendant sept jours, ça va être sept jours peut-être sans revenu. Évidemment, il y a des fonds pour ça, mais ça ne s'applique pas à toutes les conférences, ni à tous les jours, alors ça devient important.

- **Est-ce que vous connaissez les trois programmes de DPC reconnus par le Collège des médecins?**

RÉPONSE : Oui.

- **Est-ce que vous pouvez les nommer?**

RÉPONSE : Alors, il y a le plan du Collège, le plan de la FMOQ, puis le Mainpro, ou celui du Collège Royal.

- **Est-ce que vous pouvez me nommer les principales différences entre ces programmes-là?**

RÉPONSE : Pour la FMOQ, et celui aussi du Collège, c'est plutôt un exercice de réflexion, aussi il faut nommer vos activités, c'est vrai, mais il s'agit plutôt d'identifier vos besoins, puis d'élaborer un plan de comment vous aller atteindre vos buts en DPC. Par contre, celui du Mainpro, du Collège des médecins de famille du Canada, c'est plutôt qu'il n'y a pas d'obligation à faire une étude de besoins dans votre pratique, mais c'est une maintenance de nombre de crédits.

- **À quel programme adhérez-vous?**

RÉPONSE : À Mainpro.

- **Pour quelles raisons?**

RÉPONSE : J'étais déjà membre, et j'y adhérais déjà.

- **Quelle opinion avez-vous des différents programmes de DPC? Est-ce que c'est nécessaire, d'après vous, d'adhérer à un programme de DPC?**

RÉPONSE : Je pense que c'est une très bonne idée, parce que ça vous fait penser à vos besoins. Je pense... moi je suis dans le milieu académique, et c'est beaucoup plus facile pour moi, je suis toujours entourée de mes amis, de mes collègues, de mes étudiants, qui sont toujours dans un type de formation ou une autre. Quand on est dans un territoire ou une région éloignée, peut-être qu'il y a moins de DPC qui se fait et entre collègues. Il faut avoir, il faut être conscient que vos besoins vont changer, qu'il faut toujours maintenir vos compétences. Alors je pense que ce système nous force à le faire, je pense que c'est une bonne idée d'avoir un élément d'autoréflexion dans vos plans. N'importe quel système que vous utilisez, je pense qu'il faut prendre du temps. Même avec le Mainpro, si ce n'est pas requis, je pense que c'est une bonne idée. C'est inutile si vous remplissez vos crédits avec des choses qui ne vous aident pas.

- **En parlant de crédits, est-ce que vous pensez que le fait que certains programmes exigent de compléter un certain nombre de crédits, c'est garant d'une meilleure compétence?**

RÉPONSE : Non, je ne pense pas.

- **Est-ce que vous croyez que certains programmes seraient plus efficaces ou plus exigeants que d'autres?**

RÉPONSE : Non, parce que je pense que ça dépend de l'individu. Je pense que même avec le programme de la FMOQ et (celui) du Collège, ça peut être très facile d'écrire n'importe quoi. Le Mainpro, ça peut être très facile. Pour moi, ce n'est jamais une question de ne pas avoir assez de crédits. Il faut en avoir 250. J'ai fini mon cycle en 2008, et je pense que j'avais 600 crédits. Alors, on peut les avoir. C'est vraiment une question de qu'est-ce que vous allez faire avec ça. Quels sont vos objectifs? Est-ce que c'est de vous asseoir dans un siège, dans une salle, et entendre quelqu'un mais que ça ne vous dit rien, mais que vous avez signé un formulaire que vous étiez là? Il faut se connaître avant. C'est ça l'utilité.

- **Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins est assez exigeant afin que les médecins maintiennent leurs compétences?**

RÉPONSE : Je pense que c'est le mieux qu'on puisse espérer avoir. Disons qu'à faire plus que ça, je ne peux pas envisager comment ça irait. Je pense que spécialement, le Docteur Ladouceur a fait beaucoup de chemin pour faire connaître son visage à tout le monde. C'est très très commun que je vais aller dans un congrès et qu'il est là, toujours avec la même présentation pour expliquer les différents plans de DPC, pourquoi on doit les faire. Alors je pense que ça pourrait être plus exigeant, c'est possible, mais je ne peux pas expliquer comment on pourrait le faire.

- **Étant donné que ce n'est pas vraiment obligatoire, est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait surveiller plus les médecins québécois qui n'ont pas de plan de DPC?**

RÉPONSE : Moi je dirais non. Mais s'il y a un problème, évidemment que ça va être évident que cette personne-là n'a pas suivi son plan. S'il arrive quelque chose, on va regarder le dossier, ça va être intéressant de voir si les personnes qui ne le suivent pas sont plus incompetentes. Pour voir, quand les plaintes ont été faites, s'il y a une association entre les plaintes et quelqu'un qui n'a pas suivi son plan d'autogestion. Je pense que soit que c'est obligatoire, soit que ce ne l'est pas. Si ce ne l'est pas, pourquoi les surveiller? Soit que vous pensez que tout le monde devrait le faire mais, quand vous regardez ce qui est écrit sur le site du Collège, c'est très bien expliqué que même si ce n'est pas exigé, que si jamais il y avait un problème légal, une plainte, que ce n'est pas nécessairement une bonne chose en votre faveur le fait que vous n'ayez pas maintenu vos compétences par une de ces trois méthodes. Alors je pense que c'est assez bien expliqué de cette façon.

- **Vous avez dit tantôt que le plan de DPC serait le meilleur moyen d'après vous, est-ce que vous pensez à d'autres moyens qui pourraient être utilisés pour assurer la compétence des médecins?**

RÉPONSE : Il y a toujours (le fait de) regarder les dossiers. Il y a des personnes qui pensent qu'on devrait faire des examens.

- **Est-ce que vous seriez favorable (à faire des examens)?**

RÉPONSE : Non. Je pense pour moi que c'est une question en DPC. Je pense qu'on est vraiment au commencement d'un changement majeur en question de DPC. Tous les organismes importants qui sont responsables du DPC commencent maintenant à regarder la façon dont les médecins apprennent et que peut-être qu'il faut vraiment s'éloigner des formats de DPC typiques et changer en activités plus interactives, plus technologiques on va dire. Alors, dans cet esprit, il faut vraiment faire comprendre aux nouveaux médecins l'importance maintenant de maintenir leurs compétences.

- **Avez-vous d'autres commentaires, des opinions, des suggestions à faire? Vous parliez de la technologie tantôt...**

RÉPONSE : Il y a beaucoup de travail à faire maintenant. Il y a beaucoup de travail à faire, parce que il y a beaucoup d'informations en ligne, beaucoup de programmes interactifs qu'on peut consulter comme « Md briefcase », c'est plein. Et je pense à un certain point qu'on va devoir être un petit peu prudents de ces méthodes d'apprentissage. Est-ce que ce sont des méthodes initiées par des compagnies pharmaceutiques? Il faut les surveiller, mais quand on identifie des programmes, des systèmes qui sont bien construits, etc. d'avoir une méthode pour comptabiliser l'utilisation de ces programmes en terme de notre plan d'autogestion, parce que dans le MainPro, par exemple, il y a quelques activités qu'on peut soumettre, d'autres qu'on ne peut pas soumettre. Alors, il y a beaucoup de travail à faire maintenant.

- **Pour que ça soit automatique, donc plus facile à gérer.**

RÉPONSE: C'est ça.

Entrevue ID227

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça a pour vous dans votre vie quotidienne?**

RÉPONSE : Ce que je crois, c'est que c'est essentiel. On ne peut pas faire de la médecine, être en pratique médicale sans avoir un programme de formation continue. Donc, on doit se mettre à jour régulièrement, c'est essentiel. Tous les médecins doivent participer à ça.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Rép : J'utilise les congrès, évidemment, les congrès, les publications, les discussions avec des confrères, des lectures d'un article, que ce soit par le biais d'internet, par des revues qu'on reçoit, par des rapports de consultation, de spécialistes, des retours, je retourne l'appel, je pose des questions quand j'ai un spécialiste près de moi, des discussions entre confrères. J'utilise toutes les façons possibles d'aller chercher de l'information.

- **Est-ce que vous avez une préférence pour certains types d'activités?**

RÉPONSE : J'aime bien les congrès, la préparation des congrès, les lectures, mais j'aime aussi beaucoup, ben je dirais que j'aime un peu de tout là. Si j'ai un élément particulier, si j'ai le spécialiste au bout de la ligne ou près de moi ou mes lectures, je dois dire que ça dépend de l'information quand j'en ai besoin. Si c'est quelque chose qui peut attendre, je vais peut-être essayer de chercher dans un congrès de me former là-dessus ou une lecture. Sinon, je vais aller, si c'est vraiment essentiel, j'appelle ou je cogne à la porte du spécialiste pour l'avoir le plus rapidement possible, mais j'aime bien toutes les façons de procéder.

- **Donc, ce que je comprends, c'est que la plupart du temps, vous choisissez vraiment vos activités en fonctions de vos besoins.**

RÉPONSE : Tout à fait. Je ne vais pas à des choses si ça ne m'intéresse pas.

- **Est-ce que c'est facile pour vous d'évaluer vos besoins, c'est-à-dire votre pratique, ce dont vous avez besoin directement dans votre pratique?**

RÉPONSE : Oui, ben moi je n'ai pas de difficulté avec ça, je l'ai toujours fait. C'est un peu plus depuis l'instauration du programme de formation continue avec le Collège des médecins, on le met par écrit, mais je l'ai toujours fait aussi, parce que j'étais dans d'autres associations où on exigeait d'avoir des crédits, alors je devais mettre par écrit ce dont j'avais besoin, mais maintenant, je trouve que j'ai plus de liberté depuis quelques années, parce que je ne me sens pas obligée d'aller chercher des crédits pour les additionner. Si j'ai le goût de lire un article sur un sujet, je l'inscris dans mon programme de formation continue, même si je n'ai pas un crédit officiellement. Donc, ça je trouve ça beaucoup plus facile maintenant. Pour moi, ce n'est pas difficile d'aller chercher la formation ; c'est en fonction de ce que je vois dans mes journées de travail, tout simplement, et j'ai l'habitude de me prendre des petites notes : « Bon, il faut que j'aïlle lire là-dessus, il faut que j'aïlle chercher de la formation là-dessus si c'est pas clair ». Alors moi je n'ai jamais eu de difficulté à aller chercher mes formations.

- **Je ne sais pas si vous avez différents champs de pratique, mais quelles seraient pour vous, dans vos champs de pratique, les compétences les plus importantes à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Moi j'ai plus, depuis quelques années, un champs de pratique un peu plus ciblé, ce que je trouve qui est beaucoup plus facile en formation continue, que d'avoir un champ de pratique très varié où je trouve ça difficile, je trouve ça lourd, parce qu'on a besoin de beaucoup de formation. Depuis que c'est plus ciblé, je trouve que c'est un peu plus facile

d'aller chercher ma formation, mais évidemment, les connaissances, à la base, ça demeure que c'est l'expertise médicale. Je crois que c'est ça qui est essentiel. On ne peut pas soigner les patients si on n'a pas l'expertise médicale et on sait que ça change beaucoup en médecine, alors il faut qu'on se tienne à jour dans beaucoup de domaines. Donc, l'expertise médicale est importante et évidemment aussi, la relation avec les patients, la relation médecin-patient est essentielle aussi. On ne peut pas fonctionner si on n'est pas capable de bien discuter et de bien faire passer nos messages à nos patients ou bien d'aller chercher eux leurs demandes. Donc ça aussi, c'est absolument essentiel. Évidemment aussi, c'est toujours les relations avec les autres professionnels de la santé. De plus en plus, on sait qu'on doit travailler en équipe, on ne peut plus travailler seul, donc il faut qu'on travaille avec les confrères qui sont dans les disciplines médicales et paramédicales. Donc, ça aussi c'est des connaissances et des formations qu'on doit absolument avoir. C'est pas seulement l'expertise, mais tout ce qui est les connaissances autour qui sont essentielles d'avoir.

- **C'est ça, les compétences transversales.**

RÉPONSE : Transversales, c'est le mot que je cherchais. Les compétences transversales sont essentielles aussi, être conscient des coûts de la santé aussi. C'est important. Alors, tout ce qui est compétences transversales, je considère que c'est essentiel et c'est peut-être ce qui nous manque un peu en formation, aller chercher l'expertise médicale, tout ça, il n'y a pas de problème, mais tout ce qui est un peu du côté des compétences transversales, on n'a pas autant d'accès facile. On a de plus en plus d'ateliers, de présentations là-dessus. Je pense que c'est quelque chose qui doit être de plus en plus offert aux médecins.

- **Je vais juste vous énumérer rapidement les compétences CanMeds qui sont les compétences transversales dont vous parliez. Il y a l'expertise médicale dont vous avez parlé, la communication, la collaboration, la gestion, la promotion de la santé, l'érudition et le professionnalisme. Est-ce qu'il y en aurait, dans celles-là des plus difficiles pour vous à maintenir et à améliorer? Je peux vous les répéter. Dans celles dont vous n'avez pas parlé, il y a la gestion, la promotion de la santé...**

RÉPONSE : Je dirais, oui, c'est ça que je voulais, pendant que vous me nommiez ça, j'aurais dû les écrire. La promotion de la santé, c'est essentiel, sauf que le mode de rémunération de la plupart des médecins et la charge de travail font qu'on n'a pas le temps. Je dirais que c'est l'élément le plus important qui est difficile d'atteindre. Tout ce qui est expertise, relation, bon, je parlais toute à l'heure, la relation entre les professionnels de la santé, mais je pense que ça, pour moi, personnellement, c'est pas difficile, mais faire de la promotion de la santé dans un contexte de médecine qu'on fait actuellement, j'aimerais pouvoir avoir le temps d'en faire plus. Mais ça, malheureusement, je pense que c'est l'élément que je trouve le plus difficile.

- **Vous avez nommé le temps comme obstacle. Est-ce qu'il y aurait d'autres obstacles auxquels vous faites face dans votre quotidien qui vous empêcheraient de maintenir vos compétences comme vous voudriez?**

RÉPONSE : Au niveau de la promotion de la santé, évidemment, si on n'a pas suffisamment de l'environnement des disciplines paramédicales, tout ce qui est les relations avec les nutritionnistes, physio, etc. Je pense que ça, au niveau compétences médicales, aussi, on n'a pas assez accès avec eux, donc ça nous manque pour faire de la promotion de la santé, pour nous aider dans ces domaines-là. Ça manque. On n'a pas beaucoup de relations dans nos connaissances avec d'autres spécialistes que des spécialistes ou des médecins généralistes qui nous donnent nos formations. Je pense que c'est un côté qu'on doit travailler, aller chercher les autres disciplines médicales.

- **On va parler des plans de DPC maintenant, plus particulièrement. Est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : Oui.

- **Est-ce que vous pourriez les nommer?**

RÉPONSE : Il y a le plan de DPC du Collège des médecins, il y a celui de la FMOQ, il y a le Collège des médecins de famille, et le Collège Royal pour les médecins spécialistes.

- **Est-ce que vous connaissez en gros les grandes différences entre tous ces programmes-là?**

RÉPONSE : Oui.

- **À quel programme adhérez-vous?**

RÉPONSE : À la FMOQ.

- **Pour quelles raisons?**

RÉPONSE : Parce que j'ai travaillé à la formation de ce plan.

- **Est-ce que c'est nécessaire pour vous d'adhérer à un programme ou à un plan de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles?**

RÉPONSE : Non. Je faisais déjà tout ça avant.

- **Est-ce qu'il y aurait, pour vous, certains programmes que vous trouvez plus exigeants que d'autres?**

RÉPONSE : J'aime bien les programmes du Collège et de la FMOQ. Je trouve que ça se ressemble un peu et que ça laisse la latitude de choisir nos formations en fonction de nos besoins, tandis que j'ai déjà été dans le Collège des médecins de famille, puis ils exigeaient un certain nombre de crédits. Peut-être que ce n'est plus comme ça, mais on exigeait un certain nombre de crédits, et il y a des formations que je suis allée faire pour aller chercher des crédits à la fin de l'année et c'était complètement inapproprié pour mon mode de pratique. Donc, j'ai laissé tomber le Collège des médecins de famille pour cette raison. On exigeait des crédits dans certains domaines, puis je n'avais pas suffisamment de... on ne m'offrait pas suffisamment de formations adaptées à ma pratique à moi. Donc, ça je trouvais ça désagréable, et on m'obligeait, façon de parler, on m'obligeait à avoir un certain nombre de crédits, puis il y a des activités médicales, des lectures, des recherches que je faisais qui n'étaient pas créditées officiellement, puis je ne pouvais pas toujours aller chercher ce que je voulais là-dedans. Moi j'étais moins à l'aise avec ça.

- **Et la méthode réflexive du Collège des médecins et de la Fédération des médecins omnipraticiens, est-ce que vous trouvez que ça serait une méthode plus exigeante dans un sens?**

RÉPONSE : C'est un peu plus exigeant pour avoir pu travailler avec mes confrères, discuter avec mes confrères et moi-même le faire. Ça demande un petit peu plus, parce que ça nous oblige à l'écrire, mais moi je crois que ceux qui font de la formation continue régulièrement, ceux qui vont se former, qui vont aux congrès, on le faisait sans l'avoir écrit nécessairement. Là ça demande un peu plus de mettre par écrit ce processus de le faire par écrit, de l'avoir sur papier, d'y réfléchir et d'y revenir. Je pense que c'est quelque chose qui est important de faire, mais un peu plus repoussant depuis le début, depuis que ça nous a été présenté. Moi je pense que c'est ça qui nous dérangeait plus tout le monde. Même moi qui étais au tout début là-dedans, même moi je disais : « Bon, il faut faire ça par écrit, ça va être long, ça va être compliqué », puis finalement, à discuter avec les gens, c'est un processus qui se fait naturellement, et plus on le fait, plus c'est facile de le faire, parce que tout le monde le fait. Ceux qui font beaucoup de formation, on le faisait déjà beaucoup, mais ça demande un peu plus de travail de le faire par écrit, de raisonnement, mais c'est très bien, parce que ça nous permet d'aller chercher et de réfléchir sur ce qu'on est allé chercher comme formation. Est-ce que ça valait la peine d'y aller ou est-ce que je suis allée chercher des nouvelles formations où ça ne m'a rien donné? Je pense que c'est un processus qui est important de faire.

- **Est-ce que vous croyez que ce type de plan-là d'autogestion, est-ce que vous croyez que le Collège des médecins est assez exigeant avec ce plan-là pour que les médecins maintiennent leurs compétences? Est-ce que vous croyez**

que c'est assez consistant ou exigeant ou vous rajouteriez des crédits par exemple?

RÉPONSE : Non, moi je trouve que c'est correct comme c'est là. Moi je considère qu'on n'a pas besoin de mettre une police et de mettre ça plus sévère. Je pense qu'il faut laisser une certaine latitude aux médecins. La majorité des médecins font de la formation continue. Je ne considère pas qu'on devrait mettre plus de règles à ce programme-là.

- **Pour l'instant, il y a à peu près 5 % des médecins qui n'adhèrent à aucun plan de DPC. Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait veiller à ce que tous les médecins québécois maintiennent et améliorent leurs compétences avec un plan de DPC?**

RÉPONSE : Oui.

- **Croyez-vous que le Collège des médecins devrait surveiller plus particulièrement l'exercice des médecins québécois qui n'ont pas de plan de DPC? De façon systématique mettons?**

RÉPONSE : Je ne sais pas qui sont ces 5 % là, est-ce que c'est tout simplement de la négligence? Moi j'ai de la difficulté à comprendre qu'on ne se garde pas à jour dans des connaissances. J'ai beaucoup de difficultés à faire un commentaire là-dessus, mais c'est important, certainement, qu'on veille à ce que tous les médecins... moi je pense qu'on devrait faire ça naturellement. C'est difficile pour moi de dire qu'il devrait y avoir une surveillance un peu plus, mais je pense que tous les médecins devraient participer à un programme de formation. Donc, s'il y en a 5 %, je pense que ça serait important d'aller voir si c'est seulement de la négligence d'avoir à viser un programme de formation, ou ils n'en ont pas du tout. Je pense qu'il faut qu'on fasse de la formation. Donc, si c'est un 5 % qui n'a pas de formation, je pense qu'il (le Collège des médecins) devrait aller vérifier.

- **Croyez-vous que le plan de DPC est un bon moyen pour assurer le maintien des compétences des médecins ou vous pensez à un autre moyen qui pourrait être utilisé? Il y en a qui parlaient de la recertification, par exemple?**

RÉPONSE : Non! Moi je ne trouve pas que la recertification... je ne sais pas comment on pourrait adopter ça, il y a plusieurs spécialités, sur-spécialités, même en médecine générale, il y a certains créneaux où on fait de la médecine générale, mais on fait un peu plus d'un domaine un peu particulier. Je ne vois pas comment on pourrait faire des examens de recertification. Je pense que non, ça je ne comprends pas. Non, ça ça serait impossible, pour moi. Je trouve que ce qu'on fait là, c'est adéquat, ça laisse une certaine latitude aux médecins. Tout ce qu'il y a à faire, c'est d'aller chercher ses formations et de le mettre par écrit, au moins de dire qu'il fait de la formation, puis naturellement, on devrait le faire. Donc moi je trouve que ce qu'on a là, c'est suffisant.

- **Il y a aussi une suggestion qui avait été amenée qui disait que le Collège des médecins pourrait obliger les médecins à rédiger un plan de DPC ou adhérer à un plan de DPC dans les premières années de leur pratique et qu'ensuite, on les laisserait aller sans réclamer de plan de DPC. Est-ce que vous seriez d'accord?**

RÉPONSE : Non! Ce n'est certainement pas les jeunes médecins qui devraient avoir un plan de DPC. C'est plutôt ceux qui sont plus vieux et qu'on ne peut pas laisser aller. Les jeunes médecins, eux, gardent leurs connaissances facilement. Moi je pense que peut-être qu'avec les années de pratique, on trouve moins le temps ou prend moins le temps d'y aller, je ne sais pas comment les médecins qui font moins de formation... Je ne comprends pas qu'on ait une obligation. Je pense que les médecins, théoriquement, devraient faire ça eux-mêmes, sans qu'on les oblige à faire ça. Maintenant, s'il y en a qui ne le font pas, peut-être qu'il faut en cibler quelques-uns. La façon de cibler, je ne sais pas? Est-ce que c'est ceux qui n'ont pas coché? Je n'ai pas de réponse à ça. Je ne sais pas. Comme je le disais toute à l'heure, moi j'ai de la difficulté à m'imaginer qu'on ne fasse pas de formation continue de nous-

mêmes. Moi je n'aime pas me faire obliger à le faire. Puis certainement pas les jeunes, parce que les jeunes tiennent plus à jour leurs connaissances, habituellement, puis ils sortent de leurs cours, de leurs programmes de formation. Donc, je ne vois pas comment eux, on pourrait les obliger. Est-ce qu'on devrait obliger les plus vieux, encore là? Je n'aimerais pas ça, moi, qu'on m'oblige. Je pense que je le fais. Non, moi je n'adhérerais pas à cette façon-là de procéder.

- **Mais c'est sûr, de toute façon, que les étudiants sont déjà habitués à une façon autoréflexive sur leur pratique déjà.**

RÉPONSE : Et peut-être d'insister beaucoup avec eux, justement, avec les compétences transversales. Ça c'est des choses que nous autres, les praticiens d'un certain âge, n'avons pas appris. Les jeunes travaillent beaucoup avec ça. Alors possiblement qu'eux, et ils ont la facilité qu'on n'avait pas avec internet. Maintenant, c'est beaucoup plus facile de travailler avec tous les systèmes informatiques au bureau, on a accès facilement à plein de formations, à plein d'informations directement au bureau, ce que nous-autres on n'avait pas. Donc les jeunes, ils sont habitués. Donc c'est peut-être aussi, je trouve que de travailler avec eux, sans les obliger, mais de travailler et d'avoir des cours qui leur montrent aussi et qu'on leur enseigne à avoir un programme de formation.

- **Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions ou des suggestions à propos du plan de DPC ou du maintien des compétences en général?**

RÉPONSE : Moi, ce que je trouve, c'est qu'il y a une difficulté un peu dans le maintien de nos compétences : c'est d'aller chercher des formations précises en fonction de nos besoins, et l'accès à un fichier qui serait centralisé sur tout ce qui se fait de formations. Moi j'aimerais ça que, si j'ai envie d'une formation particulière, c'est le diabète, et que j'ai envie, en octobre j'ai du temps, je veux en octobre une formation sur le diabète. J'aimerais avoir un fichier qui me dise ce qui se passe au Québec, par exemple, si c'était envisageable, mais un fichier qui serait centralisé, que je n'aie pas besoin d'aller voir dans le programme de l'Université Laval, de Montréal, de Sherbrooke. Je n'ai pas besoin d'aller voir partout ce qui se fait en formation, et je peux cliquer mon sujet ou ma date, puis je dis : « Cette date-là, moi, je veux telle chose, j'aimerais ça pouvoir aller chercher ma formation dans une région connexe à la mienne. Je pourrais aller m'inscrire à cette journée-là. Moi c'est ça qui me manque. J'ai besoin de beaucoup de travail pour aller chercher (les formations qu'elle a besoin), tandis que quand j'ai des invitations qui arrivent, des conférences, des congrès ou des formations, je pourrais peut-être aller me former en hypertension, tiens? Ça tombe qu'au mois d'octobre, je pourrais peut-être aller là, je viens d'avoir une invitation. Ce n'est pas ça vraiment dont j'avais besoin, moi c'était le diabète, sauf que le diabète, je n'en ai pas eu d'invitation officielle. Donc, il faut que je trouve le moyen d'aller en chercher. Moi je trouve que c'est l'information sur ce qui se fait qui n'est pas facile à trouver pour les médecins qui n'est pas publicisée.

- **Est-ce que vous avez autre chose à rajouter?**

RÉPONSE : L'autre chose, c'est d'insister pour les médecins aussi, je dirais de comptabiliser leurs heures et leurs recherches, par rapport à leurs lectures, par rapport à leur formation continue, ce qui veut dire, si je m'explique clairement, que je n'ai pas besoin d'avoir un reçu officiel d'avoir fait tant d'heures de crédits, que j'ai lu un article sur le diabète, ça a répondu à mes questions, ben je le mets dans mon programme de DPC, je l'ai fait toute seule à la maison, mais ça entre dans mon programme de formation de DPC et je l'inscris. Et ça, si ce n'est pas assez publicisé, les médecins, je ne crois pas qu'ils réalisent à quel point ça peut être important. C'est de ne pas mettre tout ce qu'on fait comme lectures, parce que je pense qu'on en fait beaucoup plus, mais en fonction de certains objectifs qu'on s'est mis dans l'année, c'est de leur dire et qu'ils sachent que ça, ça en est de la formation continue, et que ça c'est utile pour eux si ça concerne leurs objectifs dans l'année. Autre petit point que j'aimerais ajouter: il faudrait publiciser davantage toutes les informations contenues dans (le plan de) DPC du collège. J'ai visité aujourd'hui le site et vu qu'il y avait beaucoup d'informations mais je ne suis pas certaine que beaucoup de médecins s'y rendent. Je ne sais pas non plus s'il y a des ateliers qui se donnent pour aider les médecins à se retrouver.

Entrevue ID316

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend pour vous dans votre vie quotidienne?**

RÉPONSE : Le maintien des compétences est important, parce que c'est un besoin que la société a développé pour tous les ordres professionnels, pas seulement pour les médecins, pour les ingénieurs, mais pour tous les ordres, et je suis au courant que la corporation professionnelle des médecins, au début, était réticente à ça, parce qu'ils estimaient qu'un médecin est capable, lui-même, de faire son plan de développement professionnel et ils ont résisté à ça longtemps, avant de l'approuver. Mais il y a eu, comme toujours, de la politique dans ça, et ils ne pouvaient pas faire exception pour les médecins, comparativement aux autres ordres, alors ils ont fini par accepter ça. Mais on voit quand même, dans la société, qu'il y avait le Collège américain, le Collège canadien. Ces organismes-là ont développé aussi un plan de développement professionnel continu et ils attachent ça à la certification aussi. Pour les Américains, je pense que les médecins doivent présenter un examen à tous les dix ans je pense pour recertification. Ce n'est pas au niveau du Collège canadien, on n'est pas rendu à ce stade, on essaie, au niveau du programme québécois, il n'y a pas d'exigences spécifiques. Voilà, je pense que c'est ça la vue globale du plan de DPC.

- **Quels sont les moyens, dans votre quotidien, que vous utilisez pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Les moyens quotidiens : d'abord, il y a, premièrement, la résolution des problèmes cliniques. Ça, des fois, comme tout médecin, j'ai des problèmes avec certaines questions cliniques et je peux avoir plusieurs solutions à ça. Je peux premièrement essayer de regarder le problème en ayant recours aux revues médicales, comme surtout, ma grande référence, c'est « up to date » que j'essaie de voir de quoi il s'agit. Avant, j'avais un ordinateur ici que j'ai enlevé, parce que je regardais trop l'ordinateur et ça me distrayait un peu et la relation avec les clients n'était pas bonne en présence d'un ordinateur, alors, vous voyez, c'est impersonnel, c'est un peu une troisième personne qui intervient. Alors, j'ai éliminé ça. Et après, quand j'ai des problèmes avec ça, nous on est, en rhumatologie, confrontés pas seulement à des problèmes rhumatologiques, mais à des problèmes aussi de médecine interne au large, et ça, des fois, on a de la difficulté, dans les références, surtout en médecine interne, des références, parce que malheureusement, maintenant, les spécialistes sont rendus très étroits dans les problèmes, et ils ne font plus de médecine interne comme avant en essayant de voir le client dans son ensemble avec tous ses problèmes en même temps. Les références, par contre, en spécialité, comme en rhumatologie, dans ma spécialité, (les patients) référés à des confrères en rhumatologie, référés en orthopédie, où je n'ai aucun problème avec ça. Alors, c'est ça.

- **Est-ce que vous avez certaines préférences pour certains types d'activités? Est-ce que vous allez à des congrès ou à des conférences?**

RÉPONSE : Oui. Alors ça, ce qui est important pour moi, c'est premièrement, j'assiste à tous les congrès de l'association des rhumatologues du Québec, et ça, on a à peu près deux meetings par année : le premier meeting, c'est le meeting « associatif » si je peux parler comme ça, de l'association elle-même, où on parle des problèmes financiers un peu économiques si on peut parler de ça, et on a aussi un volet scientifique dans ça un peu, et il y a aussi, ça ça se tient en général en septembre, en octobre en général, et il y a les journées de rhumatologie qui se tiennent en novembre. Ça j'assiste à ça. Ça c'est au niveau du Québec. Après, au niveau de, si on peut parler « canadien », j'assiste aussi au meeting de la société canadienne de rhumatologie quand il se tient au Québec, parce que c'est une fois par année et à tous les deux ans, le meeting de l'association canadienne de rhumatologie se tient à Québec à tous les deux ans. Bon, j'assiste à ça, et aussi, quand je

vais des fois en Europe, j'assiste occasionnellement à LEULAR, et j'assiste aussi au meeting de la Société libanaise de rhumatologie. Mais il faut dire que la conception de la rhumatologie en Europe et aux États-Unis, en Amérique, au Canada, ce n'est pas la même chose que les Européens. Il y a un peu de différences, mais j'essaie de compléter avec ça, et je trouve que les deux façons de faire sont valables ici, c'est-à-dire que j'ai mes ressources aussi, des références, des connaissances européennes, en l'occurrence, françaises. Je trouve que ça c'est très bien aussi. Ça me permet de compléter ma formation. Et en plus de ça, c'est des congrès, il y a ensuite le volet personnel, comme je viens de le mentionner, c'est quand il y a des problèmes cliniques, je vais sur « up to date », je vois ça, et je lis aussi les revues comme le *Journal of rheumatology*, les journaux de l'association américaine de rhumatologie. Ça de temps en temps, et en plus, je vais à l'hôpital Notre-Dame tous les vendredis à peu près de 9H00 à 11H00, où on a un conférencier invité sur un sujet rhumatologique en général ou un sujet qui nous intéresse évidemment, et aussi j'assiste aux présentations des cas clinique par les résidents, et ça, je pense que c'est très valable, parce qu'on a un contact humain avec les résidents en formation de rhumatologie, avec les patrons en rhumatologie, et ça, je pense que j'aime beaucoup cette activité-là, et surtout, quand j'ai un problème rhumatologique, je vois un confrère là-bas, je lui parle un peu du cas, et à ce moment, je lui dis : « Écoute, je vais t'envoyer un cas ». Dernièrement, j'ai pu connaître le nouveau neurochirurgien qui est allé aux États-Unis, qui est revenu ici à Notre-Dame. C'est un neurochirurgien et j'ai eu l'occasion de lui référer quelques cas pour sa spécialité, parce qu'on manque un peu de compétence dans la neurochirurgie, par exemple. Donc j'ai pu lui référer deux ou trois cas comme ça.

▪ **Donc vous faites de l'enseignement?**

RÉPONSE : L'enseignement non. J'ai essayé, je faisais ça ici, dans le temps. Je faisais des meetings au niveau des médecins ici. C'était une fois par mois à peu près. J'avais un meeting, je leur expliquais un peu les bribes de rhumatologie, et ça c'était commandité par les compagnies. Je leur expliquais un peu les rudiments de rhumatologie, je parlais des fois des AINS qui s'en venaient sur le marché et oui, c'étaient des sujets généraux. Et après, j'ai discontinué ça, parce que, dans la clinique ici, malheureusement, on manque de locaux et c'est un peu exiguë et les confrères sont débordés de travail ici. Écoutez, ils n'ont pas le temps de regarder ça, parce qu'il faut qu'ils gagnent leur pain avant et ça, c'est une bonne suggestion ici, que l'éducation médicale continue des médecins soit, je ne dirais pas, mais soit un peu subventionnée pas seulement par des compagnies pharmaceutiques, mais par la Régie de l'Assurance maladie ou qu'ils peuvent subventionner ça comme ils le font par exemple au niveau des médecins qui font par exemple du travail hospitalier où ils peuvent se permettre d'avoir un forfait enseignement. Alors ça, moi parce que je travaille au bureau à 100 %, alors je n'ai pas ça. Alors quand je vais à un congrès, je ne suis pas payé par personne. C'est moi qui dois défrayer les frais des congrès, c'est moi qui dois défrayer aussi le manque à gagner dans le congrès aussi. Alors ça, s'il y a lieu, moi je dis vu qu'on vit dans une médecine sociale. Si j'étais dans une médecine libérale, je ne demanderais pas à personne d'autre le plan de DPC. Mais dans une médecine sociale, comme ce qu'on pratique au Québec, il y a lieu que l'Assurance maladie s'implique de la même manière qu'ils se sont impliqués pour payer aux médecins qui travaillent dans les hôpitaux des forfaits enseignement. Et on aimerait avoir ça. Je sais que c'est impossible, je l'ai déjà demandé.

▪ **Est-ce que c'est facile ou difficile pour vous d'évaluer votre pratique?**

RÉPONSE : Moi je trouve que ce n'est pas difficile pour moi de l'évaluer, parce que le contact avec les confrères, ça c'est primordial pour moi, parce que quand j'ai des problèmes, je vais voir un confrère, je l'appelle, c'est très important pour moi le contact humain et c'est le même contact qu'on a avec les clients aussi, parce que c'est pas des machines qu'on soigne, c'est des humains, et beaucoup de clients nous disent : « Merci Docteur d'avoir pris le temps de m'écouter, de me comprendre ». Ça je trouve que c'est plus important qu'un débit de connaissances. Alors, il faut qu'on soit capables de résoudre les problèmes, autant que possible, des clients. Je sais qu'il y a des problèmes insolubles, mais autant que possible, de résoudre ces problèmes-là, et si on ne peut pas tout seul, avec l'aide des revues, je lis

des références comme « up to date » et ainsi de suite, ou des références aussi.

- **Est-ce que vous connaissez les compétences CanMeds qui sont des compétences qu'on appelle transversales?**

RÉPONSE : Comment voulez-vous qu'on procède avec ça?

- **En fait, juste me dire si vous trouvez qu'il y en a des plus importantes que d'autres et ensuite des plus difficiles que d'autres.**

RÉPONSE : l'expertise médicale, je faisais avant de l'expertise médicale pour la CSST et pour certaines compagnies d'assurances, mais après j'ai trouvé que faire des expertises médicales comme ça, le client n'est jamais satisfait de quoi que je dise là-dessus. Ils ont toujours une certaine attitude négative, surtout les malades de la CSST qui, à mon avis, des fois, ne présentent pas des pathologies où il y a des fois du « faking ». Alors, il y a beaucoup de médecins qui se font prendre avec ça, parce que le client a tendance, surtout quand c'est pour la CSST, il a tendance à exagérer les symptômes et ça, j'ai arrêté d'en faire des expertises. Une des raisons, c'était ça principalement. Mais n'empêche que je fais des expertises quand il s'agit de la Régie des rentes du Québec, ça il n'y a aucun problème avec ça. C'est une petite expertise. Ça ça va bien. On fait aussi des expertises dans les compagnies d'assurances, j'ai parlé de ça et la CSST j'en ai parlé.

- **Mais ce terme-là est pris plus de façon générale, en terme de connaissances médicales.**

RÉPONSE : C'était ça un peu...

- **Oui, vous étiez une référence disons.**

RÉPONSE : Comme communicateur maintenant, c'est sûr, c'est même souhaitable d'avoir un cours de communicateur, parce qu'il faut savoir parler aux clients, savoir les écouter, maintenir une bonne relation ça c'est sûr...

- **Croyez-vous qu'il devrait y avoir plus de formation sur ça?**

RÉPONSE : Oui. Ça ici ça manque, parce qu'il y a des, comme on dit, tout à l'heure j'en parlerai des érudits mais qui ne savent pas communiquer. Le client sort du bureau du médecin et il n'a rien compris de ce que le médecin lui a dit. Alors, est-ce que c'est le client? Mais là, le client lui, il ne comprend rien, mais est-ce que c'est pas, des fois, parce qu'il faut toujours s'autocritiquer, et dire, parce qu'il faut se mettre au niveau des clients et dire : « C'est moi peut-être qui n'a pas su lui expliquer ». Il ne faut pas sortir les gros mots scientifiques. Il faut se mettre un peu au niveau des gens, et c'est sûr qu'il y a des gens qui ont une compréhension moindre que d'autres, une intelligence moindre, il faut se mettre au niveau des gens, ça c'est sûr. Et pour nous, des fois, mais ça devrait être donné à l'Université ça (en parlant des compétences transversales), on n'en donne pas. Tout ce qu'on dit, c'est : « étudie » et « booker » tout le temps la formation. Ça c'est important!

- **En ce moment, les étudiants sont justement formés avec ces compétences.**

RÉPONSE : Parce que je ne vous dis pas qu'il y avait l'autre fois une compagnie qui a offert à des médecins que je connais, de donner un cours de communication, parce qu'ils voulaient présenter un vidéo sur un médicament, ses effets secondaires et tout ça et ça prenait le médecin, il est allé au studio, ils l'ont maquillé. C'est sûr que le matériel était là, mais il y a une façon de le dire, il y a une façon de communiquer, et puis ils lui ont quasiment donné un cours de communication avant de lui donner le matériel, et ça c'est très important. Maintenant, les collaborateurs, je pense qu'ici, vous avez le bel exemple de médecins-collaborateurs, dans le sens qu'on est une équipe ici, à peu près de 12 médecins omnipraticiens. On est une clinique-réseau ici. On a un peu de subventions du gouvernement, des petites subventions mais qui ne sont pas mauvaises, et ça c'est sûr que moi, les confrères ils me réfèrent des cas avec lesquels ils ont des problèmes et ils ne savent pas le diagnostiquer. J'essaie de travailler dans une équipe, c'est une équipe de soins de santé. On a un physiothérapeute ici, physiothérapie, orthopédie, on a un pneumologue, deux

cardiologues, on a presque toutes les spécialités, et je pense que la collaboration entre les médecins et les spécialistes ici est excellente et on n'a aucun problème à ce sujet-là. Maintenant, il y a, c'est sûr, dans les collaborateurs, qui des fois, dans les orthopédistes qui n'opèrent pas par exemple, je suis obligé de référer les clients à l'extérieur, mais en général, la collaboration est bonne, et même ici les médecins, on parle actuellement de refaire vivre l'ancien système, c'était de demander à chaque spécialiste que les omnipraticiens nous viennent avec une liste de sujets, à peu près 12 sujets. Ces 12 sujets, un par mois qui couvrent toutes les spécialités, les sujets les plus importants pour eux. À ce moment, moyennant une subvention de compagnie, on peut, à ce moment, demander à un spécialiste, aujourd'hui, de nous parler d'un problème qui intéresse les omni, pas le problème qui intéresse le spécialiste ou son petit dada comme on dit. Alors, ça c'était bien, j'ai idée là-dessus, mais je ne sais pas si je vais réussir, et c'est une fois par mois, une heure. Je sais que ce n'est pas beaucoup, mais ce sera une heure de pratique. On ne parle pas de connaissances théoriques, on parle des connaissances pratiques, de solutions à des problèmes de tous les jours qu'on vit. Ça je pense que c'est l'équipe de soins de santé. C'est la même chose que dans un hôpital. Il ne faut pas, parce que certains médecins considèrent que les médecins de bureaux, c'est des médecins d'arrière-plan. Eux, ce sont des petits cas qu'ils règlent, et nous autres, à l'hôpital, c'est des gros cas. Ça ce n'est pas vrai, parce qu'on a des fois des cas ici qu'on découvre qu'ils ont passé deux à trois minutes dans les urgences juste pour savoir que ce n'est pas un problème d'urgence, alors que l'investigation n'est pas faite. Et ça, c'est de la médecine « fast-food » qui est mauvaise à mon avis. Et ça, ici, il faut faire quelque chose pour ça, parce que ce n'est pas normal qu'un patient qui aille à l'urgence... tout ce qu'ils font dans les urgences, c'est détecter un problème de cœur ou de poumon. Si vous n'avez pas ça, c'est correct. L'arthrite, ça ne les intéresse pas. Les autres choses, ça ne les intéresse pas. Oui mais le client a cette urgence-là, parce qu'il ne peut pas, des fois, nous atteindre nous, parce qu'on est saturé, on a le même problème que les hôpitaux. On est débordé, parce que comme on le sait, la demande, au niveau des médecins, des soins, augmente avec la population vieillissante. Le nombre des médecins, par contre, n'augmente pas en conséquence, proportionnellement, et surtout, il faut considérer que les médecins ne prennent pas ça, la fonction comme nous on l'apprenait. Nous, excusez le terme, on est comme des curés. On fait la messe à 9H00 jusqu'à 5H00 tous les jours. Alors qu'il y a beaucoup de médecins, et je ne parle pas aussi des femmes, qui ont d'autres occupations que nous, qui travaillent à temps partiel, ils vont dans les CLSC, ils vont dans les pharmaceutiques, ils font des jobs, et ils ne soignent pas la population durant ce temps-là, et ça je pense que je ne sais pas comment trouver une solution à ça, parce que même avec l'augmentation des médecins, ça n'a pas résolu la demande des soins qui est énorme, proportionnellement, l'augmentation des médecins n'a pas résolu ça, et en plus, je devrais dire, le Docteur Lamontagne lui-même, a fait des pressions au niveau de notre association pour que les rhumatologues s'ouvrent davantage et voient plus de cas, mais on est comme tous les autres professionnels de la santé : on est limité par le temps, par la vie familiale, et ainsi de suite, et c'est sûr que le médecin doit être un promoteur de la santé, cela va sans dire. Ce n'est pas juste au niveau des CLSC qui font de la prévention. Nous, ici, on fait pas mal de prévention : prévention de l'obésité, on sait que 30 % des gens sont obèses ; prévention de l'hypertension, des fois vous allez dire : « Vous, comme rhumatologue, pourquoi vous prenez la pression? » Je la prends la pression. On trouve à moment-là s'il y a de l'hypertension. C'est sûr que je ne vais pas le soigner, je vais le référer à son médecin de famille et s'il n'en a pas un, on essaie de lui en trouver un, et encore, ça c'est un autre problème, parce que malheureusement, de plus en plus, je vois que les patients manquent de médecins de famille. Il n'y en a pas, et puis, moi ça ne m'intéresse pas d'être un médecin de famille, parce que le client, je serais obligé de tout faire pour le client. Alors que matériellement, je n'ai pas le temps de le faire, mais on le fait autant qu'on peut dans la mesure du possible. Maintenant, la troisième chose, le médecin érudit, ça je trouve que « un engagement de toute une vie envers l'apprentissage » c'est bien beau, mais il y a un sacrifice à faire quelque part. Et puis je ne peux pas faire un engagement de toute une vie envers l'apprentissage, parce qu'on a des obligations, et on sait que ceux qui font un engagement envers l'apprentissage, ce n'est pas des gens qui vont voir beaucoup de clients,

ça va être des érudits qui connaissent beaucoup de choses. Mais, est-ce que la société va profiter de leurs connaissances? Jusqu'à quel point? On peut peut-être ici ouvrir une petite parenthèse pour les chercheurs, par exemple. Mais ça, les revenus de recherche, c'est correct, s'ils sont des chercheurs pour une compagnie, ils devraient être des érudits dans ce cas-là, mais sans ça...

- **Encore là, ce terme-là veut plus dire le maintien des compétences durant toute la vie.**

RÉPONSE : C'est-à-dire que je montre un engagement pas comme érudit, mais je montre un engagement dans la mesure où je suis satisfait de la réponse que je fais au patient et de la solution à des problèmes. Ça je serais un érudit dans ce cas-là, mais je ne vais pas être un érudit dans la connaissance de l'histoire de la médecine et tout ça, ça ne m'intéresse pas, et je ne pense pas qu'un développement professionnel continu, c'est ça qu'il cherche. Il cherche, pour nous autres, et on l'a toujours fait, avant même le développement professionnel continu, parce que moi j'ai eu mon diplôme en 1970. Ça fait 41 ans que je pratique, puis je n'ai pas changé mon plan de pratique beaucoup depuis ça. J'ai toujours eu ce plan-là et je suis stimulé que je ne connais pas une question ou que je ne résous pas un problème. C'est ça qui me stimule à aller bouquiner un peu et essayer de résoudre le problème, sans ça je ne verrais pas pourquoi je devrais me mettre à lire des livres de médecine qui n'en finissent plus. Moi je comprends l'érudit dans ce sens-là, mais l'érudit, pour « un engagement de toute une vie envers l'apprentissage », sur la réflexion de la création, la diffusion et l'utilisation des connaissances médicales, oui, mais un érudit, dans l'application et l'utilisation des connaissances médicales, ça c'est valable, mais pas la réflexion sur la réflexion, la création, la philosophie de la médecine. Là je vois que je n'embarquerai pas là-dedans d'aucune manière, et comme professionnels, cela va sans dire, et surtout, ce qui est important, la pratique respectueuse de l'éthique médicale. Ça, malheureusement, dans notre société, ça laisse un peu à désirer maintenant, et même beaucoup. Alors, il y a une certaine éthique, dans le sens d'opérer un patient qui n'a pas besoin d'opération, ça ça ne m'arrive pas, parce que moi je... mais je vois des fois des opérations « borderline », l'indication n'est pas claire. D'ailleurs, on voit bien que l'indication, quand elle n'est pas claire, c'est l'échec de l'opération. Je vois aussi des fois des confrères, sur l'éthique-là, qui parlent mal d'un de leur cas : « Lui il ne comprend rien, moi je connais tout ça ». Ça c'est un peu... parce que dans l'éthique médicale, c'est écrit cette affaire-là, et puis il ne faut jamais se mettre aussi dans des situations de conflits d'intérêts. Ça c'est important. Et aussi, ce qui est important... et ça, on se régleme soi-même là-dessus. Alors, c'est-à-dire un gars doit être bien avec sa conscience, et ça c'est très important, et d'être correct en disant, dans le sens que : « je n'ai pas donné une médication extravagante à un client, je n'ai pas donné une chose non reconnue ». Par exemple, on voit des médecins utiliser des produits naturels, des procédures « borderline », limites. Il faut que le gars lui-même extrait ça, qu'il n'attende pas que le Collège des médecins vienne lui dire : « tu donnes des produits naturels, ce n'est pas correct » ou « tu fais des manipulations articulaires abusives, ce n'est pas correct ». Tu fais des techniques qui ne sont pas reconnues par la science médicale actuelle, alors ça, il faut que le gars lui-même s'auto-réglemente. Et si lui-même s'auto-réglemente, le Collège des médecins ne peut pas tout faire. Ils sont bien limités dans ce qu'ils peuvent faire. Ils comptent sur la collaboration des gens pour bien pratiquer la médecine, sinon, ça ne marche plus.

- **Ce que je vois dans ce que vous avez dit, c'est que l'expertise médicale, la communication et le professionnalisme, ça serait les trois choses un peu plus, disons, peut-être à améliorer, ou à faire attention.**

RÉPONSE : Oui, ça c'est très important. L'érudit, je ne sais pas ce que c'est, à moins que le gars soit professeur d'Université, mais il faut qu'on applique, que ce soit en relation avec les problèmes de base.

- **Dans le maintien des compétences en général, de vos compétences à vous, est-ce que vous rencontrez certains obstacles au quotidien?**

RÉPONSE : Oui je peux vous dire que je rencontre certains obstacles quand mes clients sont référés parfois pour des problèmes vagues. Par exemple, « polyarthromyalgie ». Alors je demande, et ça j'ai insisté auprès des confrères : « S'il-vous-plaît, faites une investigation minimum, parce que là vous voyez un problème très vague. Essayez de le limiter un peu, de rétrécir le champ », parce que le mot « arthromyalgie », ça englobe toute la rhumatologie déjà. Ça va de la fibromyalgie à un cancer, alors ça, ça ne marche pas, et malheureusement, des fois, des patients nous sont référés pour un problème rhumatologique. Je prends un exemple, j'ai eu cette occasion, un problème de fibromyalgie. L'investigation a été faite par un omnipraticien. Deuxièmement, un autre omni. Troisièmement, la madame est venue avec un dossier épais comme ça. Et heureusement, dans le dossier, en feuilletant un peu, il y avait une petite masse pulmonaire, personne ne parlait de ça. On pousse ça un peu plus loin, on fait des scans thoraciques et tout ça, et là on voit que c'est un cancer du poumon! Alors vous voyez, de la « fibromyalgie » à un cancer du poumon, c'est le rhumatologue qui a trouvé ça. Alors, je ne dois pas me féliciter de ça, mais je sens que ce n'est pas correct, ça devrait être dépisté avant moi, et surtout que la fibromyalgie, on a tendance à référer au rhumatologue. D'ailleurs, maintenant, je dois vous dire que les références en rhumatologie, dans beaucoup de sens, à l'hôpital Notre-Dame, à Maisonneuve, ils ont des critères là-dessus. Bon, vous référez en rhumatologie. Ils demandent des questions avant la référence. Ils demandent aussi certains tests à faire avant. Et là, après, on prend votre référence. Sinon, la référence arrive au bureau du médecin. Il regarde ça, à Notre-Dame et à Maisonneuve, il y a un médecin qui regarde ça : « Non, refusé cette référence ». Non, il ne la voit pas en rhumato, parce que quand même, la rhumato, ce n'est pas une spécialité où on peut tout mettre là-dedans, parce que comme je dis, ce qui m'écoeure le plus, c'est le mot « arthromyalgie ». Ça c'est un grand chapitre qui peut être de la fibromyalgie et qui peut aller, comme je viens de vous le dire, jusqu'au cancer du poumon. Alors, il faut que les confrères fassent attention, et ça, malheureusement, ça fait partie un peu des médecins qui n'ont pas un plan de développement professionnel ou ils ne se mettent pas à jour. Ils ont la référence très rapide à ce moment et c'est sûr que ça va les couvrir, ça ne paraît pas, mais celui qui a le dernier mot, et qui, à la fin de la chaîne, c'est lui qui va tout faire le travail, qui n'a pas été fait ou qui a été mal fait, et ça, ça nous prend beaucoup de temps et on n'aimerait pas avoir ces consultations-là.. Honnêtement, même si on a de la fierté à trouver ça, c'est pas correct qu'on soit de même.

▪ **Avez-vous d'autres obstacles?**

RÉPONSE : Ça en est un, ensuite, d'autres obstacles, oui. Évidemment, j'ai des fois des, comme je viens de vous le dire sans me répéter, je l'ai dit au début, j'ai des fois des problèmes. Alors je ne donne pas de médicaments, je mets le patient en observation, je demande des tests, je demande des fois une consultation à un confrère, tout ça pour résoudre le problème. Je n'arrête pas. Et des fois, même les confrères, on n'arrive pas, on ne sait pas. Les problèmes restent entiers. Et puis là, ça à un moment donné, on voit que le problème se tasse de lui-même. C'est une infection virale ou quelque chose c'est parti, c'est résolu, ou des fois, ça reste non résolu, et ça je vous réfère ici aux cas des douleurs chroniques, et ça il faut faire attention dans les prescriptions des douleurs chroniques, il faut bien être sûr que le problème est chronique et qu'il n'y a pas quelque chose de caché derrière ça. Alors, ça en est un autre. Des fois on a aussi une surcharge de travail, et ça on ne l'aime pas beaucoup cette affaire-là. On essaie de dire, au niveau des secrétaires et au niveau des confrères, de ne pas en mettre plus que... moi je me limite à maximum 20 patients par jour, et puis ça, des fois, il y a des confrères qui viennent nous voir : « veux-tu voir telle affaire? » Il faut savoir dire non des fois. Je pense que j'ai appris maintenant à dire non. On ne peut pas, matériellement, résoudre tous ces problèmes. Ce n'est pas juste une question de faire de l'argent, je m'excuse de dire le mot, mais il faut faire de l'argent, c'est sûr, mais avoir le temps matériel de s'en occuper et de résoudre les problèmes, sinon, c'est mieux de s'abstenir de voir des clients quand on est débordé comme ça. Il faut, ça c'est toujours savoir gérer son temps de travail, et ça je l'ai appris après 30 ans d'expérience, non plus, après 41 ans d'expérience, en fait, parce que j'étais au début en résidence et tout ça, et

j'ai appris maintenant à gérer mon temps de travail et je ne me surcharge plus maintenant.

- **On va parler maintenant des différents programmes de DPC. Est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : Je connais un peu celui de la corporation professionnelle de Québec, le Collège des médecins du Québec, parce que l'autre, je n'ai pas voulu participer au DPC canadien ni américain, parce que moi je ne le cache pas, j'ai réussi mon certificat, j'ai eu l'écrit en médecine interne du Collège Royal et après, j'ai présenté l'oral, je n'ai pas réussi. Et puis là, j'étais écoeuré du Collège Royal. Je ne voulais plus rien savoir. J'ai présenté l'examen oral et je n'ai pas eu... et ça ne m'intéressait pas d'être un interniste, alors je me suis dirigé vers la rhumatologie, je ne voulais plus être médecin interniste, parce que j'étais obligé de couvrir les régions et ça ne m'intéressait pas, je voulais rester à Montréal. J'ai plus présenté l'oral de médecine interne du Collège Royal.

- **Il y a aussi le Collège des médecins de famille du Canada, le Mainpro...**

RÉPONSE : Non, ça je ne le connais pas.

- **C'est pour les médecins de famille de toute façon.**

RÉPONSE : Moi je pense que tous les programmes doivent se ressembler entre eux.

- **En fait, les plans sont différents, comme celui du Collège des médecins de famille, il faut aller chercher des crédits, mais il y a aussi une partie de réflexions écrites ; celui du Collège Royal, il faut aller chercher des crédits, et il y a deux programmes d'autogestion : celui du Collège des médecins et celui de la Fédération des médecins omnipraticiens, c'est une réflexion écrite qui ne demande pas un nombre de crédits ou d'heures par année. Donc, il faut fixer des objectifs personnellement, et c'est vraiment une démarche personnelle ces deux-là.**

- **Est-ce que vous adhérez à un programme de DPC?**

RÉPONSE : Oui, je fais le programme du Collège des médecins. Alors c'est ça que je vous ai dit, il y a une question quand on présente notre enregistrement à chaque année au Collège, la cotisation là, il y a une question là-dessus. Alors je calcule ces crédits-là. Alors on a des crédits pour les congrès, des crédits pour les lectures aussi, des crédits comme ce que je vous ai parlé pour l'hôpital Notre-Dame les deux heures par semaine. Je pense que je dépasse, parce que le Collège des médecins du Québec exige à peu près 50 crédits par année. Pour cinq ans, ça fait 250 si on calcule comme ça.

- **Ça c'est le Collège Royal. Le Collège des médecins, c'était plus une démarche réflexive.**

RÉPONSE : Le Collège Royal c'est 50?

- **Oui c'est ça.**

RÉPONSE : Le Collège des médecins du Québec, ce n'est pas 50 aussi?

- **Il ne demande pas un nombre...**

RÉPONSE : C'est-à-dire que dans le questionnaire, ils nous demandent un nombre d'heures et tout ça, bon, on les met tout ça là, mais c'est surtout, moi je calcule comme ça, que ça m'en prend 50. Déjà, quand je vais à Notre-Dame, les deux heures le vendredi matin de 9H00 à 11H00, ça me fait à peu près, parce que j'essaie d'y aller à tous les vendredis, à moins qu'il y ait quelque chose qui ne m'intéresse pas, comme par exemple, quand des fois ils présentent, sur les travaux de recherche clinique du laboratoire de rhumatologie clinique à l'hôpital Notre-Dame, ça n'a pas beaucoup de relation avec ma pratique. C'est toujours des études sur les souris ou des choses comme ça ou des analyses, ça ça m'intéresse moins, mais quand il y a un conférencier, ça j'y vais, les cas cliniques qu'ils présentent aussi sont intéressants, alors voilà.

- **Est-ce que vous croyez que c'est nécessaire d'adhérer à un programme de DPC pour maintenir ses compétences?**

RÉPONSE : Regardez, oui, ce n'est pas mauvais d'adhérer à ça, parce que, c'est-à-dire que, moi ça ne m'a rien changé dans ma vie, mais c'est sûr que peut-être certains médecins, avec l'âge, ils ont moins tendance à faire ça peut-être, mais après 30 ans de pratique, les problèmes, pratiquement, sont les mêmes. Ils reviennent tout le temps, mais sous un aspect différent. On est correct pour résoudre ça. C'est sûr que les problèmes trop « touchy », on n'a plus cette chance maintenant d'hospitaliser à l'hôpital pour découvrir un problème, ça ne marche plus. Dans le temps, on avait cette opportunité. Quand on avait un gros problème, on disait au patient : « Ok. Je vais te référer à l'hôpital », et là le patient s'en vient avec sa valise vers l'hôpital, il rentre et là, le résident s'en revenait, lui souhaitait la bienvenue : « Bonjour Monsieur », tu es bienvenue. Maintenant, on est rendus dans une médecine de guerre où le client doit quasiment... LA porte d'entrée pratiquement est rendue la salle d'urgence, c'est la salle d'urgence qui décide de tout et c'est devenu une médecine de guerre, et ça n'a pas de solution. On voit bien des politiciens en parler, tout le monde en parle, mais comme on dit, il n'y a pas de solution à ça. Chaque année, on dit : « Bon, cette année on se souhaite bonne année, tout ça, ça va aller mieux l'année prochaine ». Malheureusement, je dois dire que c'est en reculant qu'on va. La situation chaque année, ça se dégrade, parce que les solutions ne viennent pas, je m'excuse, mais la bureaucratie à l'hôpital Notre-Dame, moi j'ai pris cet hôpital-là parce que je vais là, ça n'a pas d'allure. Quand on assiste nous autres le vendredi, je vais au pavillon Mailloux, et je vois qu'il y a... de mon temps à moi, il y avait 5-6 étages de médecine qui fonctionnaient. Là maintenant, je vois rien que des fonctionnaires, des adjoints au Directeur général, des adjoints ici et là, et c'est rendu... le médecin, où est-ce qu'il est là-dedans le médecin? Le médecin est rendu... on ne sait plus où il est. C'est catastrophique cette situation. Et puis je pense que c'est là qu'il faut faire quelque chose. Aider à ce que le médecin soit plus respecté. Il faut qu'il commence par se respecter lui-même, et ses décisions, qu'on en tienne compte, et qu'on fasse du syndicalisme militantisme et tout ça pour nous faire respecter et faire avancer les choses, et ne pas laisser les bureaucrates décider de tout comme c'est actuellement.

- **Est-ce que vous croyez qu'il y aurait certains programmes, si on regarde les crédits versus les plans d'autogestion où il n'y a pas un minimum de crédits, où c'est vraiment une démarche personnelle, est-ce que vous croyez qu'il y aurait certains programmes qui seraient plus efficaces que d'autres, plus exigeants que d'autres?**

RÉPONSE : C'est-à-dire que ce ne serait pas mauvais qu'au niveau, par exemple, des associations de rhumato, qu'on fasse... là on a nos deux jours de ressourcement une fois par année, mais ça... on a aussi les réunions inter-hospitalières des fois, ça c'est des cas cliniques, tandis que les journées de rhumatologie, ils présentent 5-6 sujets avec des conférenciers. Ça c'est bien, mais il y a peut-être quelque chose qui manque, c'est des cas cliniques précis avec, par exemple, on présente un cas de 5 lignes : « Quels sont les diagnostics possibles? 1-2-3-4 » Ça c'est le genre d'examen qu'on faisait passer. D'ailleurs je me rappelle de celui qu'on a passé pour la licence canadienne du conseil médical du Canada. C'était bien cet examen-là, parce que c'était un examen pratique où ils nous posaient 4-5 lignes : « Quels sont les diagnostics possibles? Quelle analyse de laboratoire vous demandez? Quel est le traitement? » Ça c'était bien. Peut-être que ça nous manque un peu, mais on peut retrouver ça dans...

- **Vous parlez de recertification?**

RÉPONSE : Oui, c'est ça.

- **Vous seriez d'accord avec...**

RÉPONSE : Avec la recertification? Non, pas nécessairement comme ça, mais c'est-à-dire

qu'on le fait dans certaines revues, ils nous envoient ça, et sans l'envoyer, on coche ça, mais je ne l'envoie pas à la revue elle-même, je regarde. Je parle du « Médecin du Québec ». Ils présentent des fois des choses comme ça. La recertification, vous me demandez ça?

▪ **Peut-être pour un petit pourcentage des médecins par année?**

RÉPONSE : C'est-à-dire que c'est le médecin lui-même qui doit se... je ne comprends pas que, par exemple, pour un médecin qui fait, je ne sais pas, ça dépend du travail qu'il fait. S'il fait de la médecine administrative, il faut quasiment que vous lui fassiez un examen dans l'administration : comment gérer, la gestion, des choses comme ça. Dépendamment des compétences, c'est sûr. Je ne peux pas généraliser ça à tout le monde, parce que remarquez que le Collège Royal n'a pas exigé ça, il a exigé des crédits, mais l'examen, il n'est pas obligatoire, mais tu peux le passer si tu veux, parce que moi je voyais des médecins qui venaient de l'extérieur pour la recertification du Collège américain, mais il y avait une session ici à Québec qui se faisait, et ils venaient d'Europe pour passer ça ici, et même du Liban. Ils venaient pour passer leur Collège avec la recertification. Alors, voyez, ils ne sont pas obligés du tout, ils ont ce qu'il faut, mais ça, c'est dans le cas d'une médecine compétitive où tu es obligé de te vanter devant les autres : « Moi je suis recertifié », parce qu'il y a de la compétition, tandis qu'ici, par exemple dans une médecine sociale, t'as pas ce stimulus à te recertifier ou des choses comme ça, du moment que ce n'est pas une exigence. Et ils ne peuvent pas le mettre une exigence, parce qu'il y aurait une catastrophe. Même au niveau des médecins, des spécialistes ou des omnipraticiens, il y aurait une catastrophe, parce que si on voit maintenant la compétence, moi je vois qu'avec le temps, j'ai l'impression que la compétence diminue. Ça si je vous dis ça de même, parce que je regarde les références que j'ai, et puis cette compétence diminue. Est-ce que cette compétence diminue parce que les gars, ils n'investiguent plus les gens? C'est rendu une médecine un peu de « fast-food » comme on dit. Vite, vite! Alors je vois ça et moi ça me prend plus d'efforts. Avant, on nous offrait... on est rendu quasiment maintenant, comme spécialistes, des médecins, je m'excuse le terme de dire ça de première ligne, on n'est pas en deuxième ou troisième ligne comme certains hôpitaux universitaires devraient être de troisième ligne, ils sont en deuxième ligne et pas en troisième, et nous on fait beaucoup de première ligne aussi.

▪ **Est-ce que vous croyez que les exigences du Collège des médecins, par rapport à son plan de DPC, est-ce que vous croyez que ses exigences sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Oui, moi, à mon avis, du point de vue des spécialistes, oui. C'est bien, et puis, surtout, il faut insister là-dessus sur l'autogestion soi-même. Moi je ne fais pas mon apprentissage pour faire plaisir au Collège des médecins du Québec, moi je fais mon plan, parce que je dois faire une bonne médecine et je dois personnellement être en conscience avec moi-même avec tout ce que je fais. C'est ça, je n'ai pas de problème avec ça, mais c'est sûr qu'il faut qu'il soit vigilant, qu'il regarde comme il faut tout ce qui se fait dans les bureaux aussi. Heureusement que nous on a la maîtrise du bureau. C'est sûr qu'on essaie de contrôler ça selon les règles d'usage, et on est aidé par ça, par notre association qui nous aide là-dedans aussi. Oui, surtout l'association, parce que moi j'ai travaillé déjà, j'ai été secrétaire-trésorier de l'association, et c'était important de... parce que notre spécialité, la rhumatologie, je me rappelle qu'on a déjà fait un pamphlet sur la rhumatologie, peut-être parce que des gens dans le public pensaient peut-être que c'était soigner le rhume. On a dû faire une petite revue là-dessus pour expliquer ce que c'est un rhumatologue et après, les gens de l'hôpital Notre-Dame et les autres hôpitaux ont développé des critères pour admettre les clients pour les consultations. Avant, on prenait n'importe quoi, mais maintenant, moi en tout cas, quand j'ai une demande de consultation, j'exige que le client ait un examen médical par l'omnipraticien, qu'il y ait un minimum de tests faits, qu'il y ait un minimum de radiologies de faits, sinon, si je vois que ce n'est pas fait, je refuse de voir le client. Ce n'est pas compliqué, je sais que c'est pas correct parce que ça peut être sérieux, mais quand même, il faut que nous aussi on améliore notre pratique aussi, parce que moi j'ai autres choses, d'autres tests à demander, d'autres radiographies à faire, et j'aime aussi que la première ligne, les omnipraticiens, aient fait leur boulot un peu. Mais je ne suis pas en train de

critiquer, et loin de là, ce que font les autres, mais j'essaie de rendre mon travail agréable, parce que sinon, tout ce qui peut frapper un médecin, c'est l'ennui des fois. C'est l'ennui, et ça c'est terrible, ça c'est une grosse maladie. Quand le médecin s'ennuie, ça veut dire que ça ne l'intéresse plus le travail et ça c'est mauvais et il faut remédier à ça. À ce moment, comment remédier à ça? En ayant des cas intéressants, en demandant ce que je viens de vous dire le minimum d'investigations faites par l'omnipraticien au moins.

▪ **Cette procédure-là, c'est vous qui la demandez?**

RÉPONSE : Oui, c'est moi qui la demande. En plus, maintenant on commence à s'ouvrir un peu à la recherche clinique. Quand il y a un nouveau médicament sur le marché, on dit au niveau de la compagnie et des représentants qui viennent nous voir : « Écoute, moi je ne connais pas ce médicament et puis il faut que tu nous procures une recherche clinique pour qu'on connaisse le médicament, pour qu'on connaisse les effets secondaires, et c'est là l'enseignement, qu'on connaisse les effets secondaires et qu'on puisse, à ce moment, vous remettre ça dans un projet de recherche clinique, comme ce que vous faites actuellement, la recherche sur le DPC. Il y a la recherche clinique aussi qui se fait, et ça, à ce moment, et puis je peux vous dire qu'aujourd'hui, je pense qu'il y a un médicament biologique qu'on utilise dans l'arthrite rhumatoïde qui peut augmenter les lipides dans le sang, et ce n'est pas décrit encore ça. Et qui peut augmenter aussi, peut-être, la fréquence des maladies cardiaques, alors vous voyez, moi je pense que ça c'est de l'enseignement aussi, parce que c'est nous-mêmes qui découvrons ça, ce n'est pas encore... c'est un médicament qui est sur le marché en recherche clinique, et ça je pense que personne ne me parle de ça ici. Et ça, cette façon de faire au niveau de la recherche clinique, ça m'empêche moi, personnellement, de m'ennuyer un peu, parce que, écoutez, je vois tous les jours, et ça, la spécialité rhumatologique il faut le dire, c'est une spécialité de douleur. On est des spécialistes de la douleur. Alors, quand il y a toute la journée 20 patients qui te parlent de douleur toute la journée, tu as ton « bleu » comme on dit des fois, alors ça nous prend un peu de recherche clinique en vue de voir, de découvrir de nouveaux médicaments. C'est sûr que tu vas me dire ça t'intéresse, oui, la recherche clinique paye plus que l'assurance maladie, c'est sûr, je ne le cache pas. D'ailleurs, tout le monde le sait. Ils nous payent plus, alors on peut embarquer dans ça un peu, question de varier le travail un peu pour ne pas s'ennuyer. Ça je pense que c'est réservé un peu aux spécialistes de bureau, parce que moi je fais du bureau à 100 %. Peut-être qu'à l'hôpital ils ont moins ce problème, si je peux dire, d'ennui, parce que peut-être que les cas sont plus fréquents, ils se parlent plus entre eux. Mais ici, moi j'essaie de remédier à ça en ayant un contact avec les confrères, parce que c'est sûr que ça résout jamais... je peux dire aussi que dans la médecine hospitalière, il y a beaucoup de pertes de temps aussi, des affaires, des obligations, des réunions départementales, des affaires qui, à mon avis, sont trop longues des fois ces réunions-là. Ce qu'on veut dire dans une réunion, on peut le dire en 10 minutes au lieu de faire des gros discours pendant des heures et puis s'ennuyer. Je pense que c'est un mauvais aspect de l'hôpital qu'on n'a pas au bureau. Par exemple, vous voyez, vous êtes venue, vous vous êtes mise en ligne, on vous voit, bonjour, c'est tout. Il n'y a pas de perte de temps. C'est ça qui est important.

▪ **Pour revenir au plan de DPC, il y a environ 5 % des médecins qui n'adhèrent à aucun plan de DPC. Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait veiller à ce que tous les médecins québécois adhèrent à un plan de DPC?**

RÉPONSE : Comment? Il y a 5 % qui n'adhèrent à rien? C'est pas obligatoire?

▪ **Pas officiellement, non. C'est-à-dire que le DPC va de soi, mais...**

RÉPONSE : Mais quand ils répondent au questionnaire de la cotisation, qu'est-ce qu'ils mettent à ce moment-là?

▪ **Ils doivent dire, j'imagine, qu'ils ne remplissent aucun plan.**

RÉPONSE : Je ne comprends pas.

- **Ça veut dire qu'ils ne font ni partie du Collège Royal, ni du Collège des médecins de famille ou de la FMOQ.**

RÉPONSE : Mais moi, le DPC, je n'écris pas au Collège des médecins. J'ai un gros cartable où je mets mes congrès là-dedans, les lectures que je fais, je coupe dans les journaux, je les mets. C'est sûr que... est-ce qu'il faut les envoyer au Collège?

- **En fait, à chaque année, le Collège demande à 3 % des médecins d'envoyer leur plan de DPC.**

RÉPONSE : Oui, c'est normal, oui c'est sûr...

- **Il y a environ 5 % des médecins qui répondent qu'ils n'adhèrent pas.**

RÉPONSE : Non mais, de la manière que je vous ai parlé, je pense que ça devient une question de mettre ça sur papier, de vous dire, c'est pas compliqué de voir à ça, mais seulement, sauf que ce que ça nous prend, c'est que le Collège des médecins contacte l'association pour qu'eux aient les crédits, parce que sinon, nous on devrait appeler, parce que vous savez, ces choses-là des fois, elles se perdent. Alors moi, je verrais que l'association ou le Collège communique avec le Collège des médecins du Canada, avec l'Association des rhumatologues du Québec, ou qu'il y ait un note de crédits, qu'ils le mettent chez eux dans notre dossier. Des fois tu me demandes à moi, 5 ans après : « Envoie-nous ton DPC d'il y a 5 ans ».

- **Habituellement, c'est pour un an...**

RÉPONSE : Pour un an, bon. Pour un an, ça va bien, parce qu'on se rappelle : « J'ai été ici, j'ai été là ». Des fois, malheureusement, on est obligé d'appeler à l'Association des médecins rhumatologues : « Regardez, j'ai appelé l'association canadienne de rhumatologie dernièrement, j'ai assisté au congrès de Québec pendant cinq jours, trois jours ». À date, j'ai rempli le questionnaire pour l'accréditation, et à date, je n'ai pas encore eu mes crédits. Vous voyez où on est? Dans quelle situation? Il faut, à ce moment, que ces corporations-là, si le Collège des médecins demande ça, que lui-même directement, qu'il demande ça à ses associations des rhumatologues du Québec ou bien canadiennes de rhumatologie, et peut-être qu'ils ont ça, et qu'après, nous on peut remplir les lectures qu'on a fait, ce qu'on fait là. Ce n'est pas compliqué. Moi, j'ai été obligé de demander dernièrement au Dr... qui est responsable de l'enseignement à Notre-Dame de m'envoyer un papier qui dit : « Le Dr. ... a assisté à 18 heures d'enseignement pendant l'année 2009 ». Maintenant, je ne sais pas comment ça compte ça, mais moi je sais que je l'ai le papier chez moi, et si quelqu'un me le demande, je lui donne, il n'y a pas de problème. C'est facile ça pour le Collège des médecins de faire ça lui-même et de demander après aux médecins : « Qu'est-ce que vous avez lu? » Vous voyez, alors déjà, ça nous simplifie le travail, au lieu que les gars se mettent à contacter ici et là, et moi je ne le cache pas, j'ai été vérifié par une enquête professionnelle en décembre 2008. J'ai été obligé d'appeler la corporation : « Envoyez-moi les crédits », parce que je pensais que l'inspecteur du Collège des médecins allait me demander ça. Il ne m'a pas demandé ça. Il m'a dit, comme vous le dites : « Assistez-vous à ça et à ça? » J'ai donné ça. Il m'a dit : « C'est correct », mais il ne m'a pas demandé. Mais moi j'avais les feuilles, je les avais préparées, j'avais tout fait ça. Alors, s'ils veulent, ils peuvent le faire eux-mêmes avec notre consentement ou sans notre consentement, ils peuvent le faire, c'est normal si les organismes communiquent entre eux.

- **Est-ce que vous croyez que le plan de DPC est un bon moyen pour s'assurer du maintien des compétences des médecins, ou vous pensez à un autre moyen qui pourrait être pris, on parlait de recertification tantôt. Est-ce qu'il y a autres choses qui pourraient être fait pour s'assurer du maintien des compétences?**

RÉPONSE : Ce qu'il y a actuellement, moi je vois que c'est un bon système que le Collège des médecins a, et c'est sûr que ce n'est pas un système coercitif, mais ça, moi ce que je comprends mal, c'est qu'on exige ça des médecins, mais est-ce qu'ils exigent ça des politiciens aussi? Pas du tout. Ils exigent ça des ingénieurs. J'ai vu mon fils, il a été vérifié au début de sa carrière, six mois après qu'il a eu son diplôme il a été vérifié. Alors c'est ben correct. Ils lui ont demandé, comme vous dites, quels sont les crédits, ce que vous me demandez actuellement, puis ils leur ont fourni ça, et ils lui ont dit que c'était correct. Vous voyez, c'est ça. Le plan, je ne sais pas pourquoi on est sadique là-dessus. Pourquoi? Parce que les politiciens ont dit ça. Déjà, un docteur a étudié pendant sept ans de médecine, 4 ou 5 ans de spécialité. C'est assez.

(stop. Début de l'autre partie de l'entrevue)

- **On parlait des autres moyens qui pourraient être pris, ou est-ce que vous croyez qu'il y aurait une partie, dans le plan de DPC, qui pourrait être modifiée? Est-ce qu'on devrait combiner mettons les crédits et une partie de réflexions personnelles? Ou est-ce que vous croyez que ces plans-là, on pourrait l'exiger à une partie des médecins, aux plus jeunes en début de pratique pendant un certain nombre d'années par exemple?**

RÉPONSE : C'est-à-dire que ça, ils parlent de la clause grand-père, mais la clause grand-père c'est que, moi je vois plus que les jeunes qui sortent de l'Université, même s'ils ont un peu plus de problèmes à résoudre les problèmes, parce qu'ils n'ont pas l'expérience, et ça l'expérience, c'est très important. L'expérience et les connaissances, ça devient de la compétence, parce que des connaissances sans expérience, ce n'est pas de la compétence, c'est très important. Tu vas avoir des gens qui ont des gros diplômes, mais quand tu les mets devant un problème... le moins qu'ils sortent un peu du plan de leur spécialité, ils sont déroutés. Après 30 ans d'expérience, je pense qu'on est pas mal mature, surtout si on a fait... comme moi ça fait 41 ans que je pratique, je ne vois pas de problème à ça du tout, et puis je n'ai pas changé beaucoup ma façon de pratiquer, peut-être que j'ai ajouté dernièrement d'aller à Notre-Dame pour ça, dernièrement j'ai ajouté ça, parce que ce n'est pas que je cherchais des connaissances, parce que je cherchais plus un contact humain, parce que dans le bureau ici, le contact humain médical, c'est ça qui me manque un peu. Mais ça, je remédie à ça. Quand je vais à Notre-Dame, je remédie à ça un peu. Je rencontre des confrères, je rencontre tout ça. Ce qui est important, c'est que le gars lui-même gère son plan de développement continu, parce que ce n'est pas pour faire plaisir au Collège des médecins ou à n'importe, c'est pour servir les clients et connaître les problèmes que les clients ont et les servir. C'est comme ça que ça devrait être vu. Pas du point de vue de vérifier des connaissances. On les a déjà vérifiées ces connaissances quand on a passé les examens, les certificats, tout ça. S'il y a moyen de vérifier la compétence, comment un gars règle un problème devant une situation, ça c'est important, et ça s'ils peuvent trouver un moyen de vérifier ça. Vérifie pas que le gars connaisse..., parce qu'il peut connaître beaucoup, mais, je m'excuse de vous dire ça, il y a des gens même en spécialité comme nous, en rhumatologie, ils ne savent pas donner une infiltration de cortisone, alors ça, ce n'est pas acceptable! Nous on est, comme spécialité, on n'a pas beaucoup de techniques, mais il faut les maîtriser ces techniques-là! Comme vous voyez des fois des chirurgiens qui sont excellents, mais ces gens-là ne sont pas capables, sur le plan pratique, d'opérer, et ils se rendent dans des organismes travailler là, parce que sur le plan pratique, soit qu'ils ne peuvent plus, ça ne les tente plus, ou bien ils se sont ennuyés de ça, ils veulent faire autre chose.

- **Mais pour ces médecins-là justement, ça serait dangereux s'il y a certaines compétences qu'ils ne maîtrisent pas. Comment le Collège des médecins pourrait faire en sorte que ces médecins-là acquièrent les compétences...**

RÉPONSE : Je sais qu'il y a énormément de plaintes sur les médecins. Il n'arrive plus, le Collège des médecins, à résoudre toutes les plaintes : sur les chirurgiens, dans les hôpitaux, dans les bureaux,... Bon. Il y a des plaintes qui sont non fondées, je pense qu'ils les règlent

au téléphone et ça va. Il y a d'autres plaintes dans les hôpitaux, par exemple, des erreurs médicales, oui, mais ça, on a dit à date qu'il faut les dévoiler, tout ça, c'est bien beau, mais il y a le silence, ce qu'on appelle, et ça on ne le remarque pas, mais ça je les vois des fois ces choses-là. Mais comme encore une fois je ne suis pas pour aller à contre-courant du système. On dit : « C'est à qui de faire ça? Je ne sais pas ». C'est sûr que s'il n'y a pas eu de plainte d'un client, tout va bien. Personne ne se plaint, tout va bien. Mais dès qu'il y a une plainte d'un client, ils commencent à bouger. Mais des fois, c'est un peu tard, et puis ça passe. Et ça c'est toutes les plaintes qu'on a que je m'amuse à lire dans le... Ça c'est une autre revue que je lis, celle de *l'Association de protection médicale du Canada*. J'aime beaucoup cette revue, parce que ça, j'apprends aussi là-dessus. J'ai oublié de mentionner ça, sur les plaintes, comment ils résolvent les plaintes. Alors ce qui est important, ça on le sait toujours, c'est de faire des bons dossiers et tout ça, pour que si tu as un pépin, tu ne puisses pas être attaqué là-dessus. Exemple : si on a une arthrite sceptique, on fait des prélèvements avant, même dans les bureaux, pour voir, être sûr, et on injecte de la cortisone. Mais si on fait un prélèvement avant, on est sûr que s'il arrive un pépin, s'il arrive une arthrite sceptique, on va dire que notre prélèvement a été stérile à ce moment-là, puis qu'on a donné de la cortisone sur un genou qui était stérile. Alors à ce moment-là, il faut toujours se protéger dans tout ce qu'on fait et ne pas prendre de risque aucunement.

- **Ceux qui ne remplissent pas le plan de DPC, c'est le risque qu'ils courent, que ce soit retenu contre eux dans les plaintes. Ce n'est pas obligatoire, sauf que ça ne joue pas en la faveur du médecin si ce n'est pas rempli.**

RÉPONSE : Oui, c'est sûr qu'il faut préparer ça. Il faut.

- **Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions ou des suggestions par rapport au plan de DPC ou au maintien des compétences en général?**

RÉPONSE : Non, je ne vois ce que... Mais ça, est-ce que le DPC s'applique à tous les médecins, ou bien à certains? Parce que j'ai l'impression que, et ça, que le DPC, on dirait qu'il cherche les médecins de 60 ans et plus. Ça, je m'excuse de dire ça, des médecins de 60 ans et plus, ils sont bien plus compétents, ils ont bien plus d'expérience et résolvent beaucoup plus de problèmes que les jeunes des fois. Les jeunes, ils disent : « Ah, ils sortent de l'Université, ils sont fraîchement moulus, on n'en parle pas ». Mais ça, ce n'est pas, il ne faut pas être comme ça dans ce sens-là de venir voir, d'être très exigeant face aux médecins d'un certain âge, parce que, vous le savez, la compétence, s'ils peuvent la mesurer, ce serait très important. Ils n'arrivent pas à mesurer ça. C'est mesurer des connaissances, et ça c'est pas vrai. On ne peut pas mesurer les compétences, parce que ça ne se mesure que si on vient vivre une journée avec le gars voir qu'est-ce qu'il fait dans la journée, à ce moment-là, on peut voir ça, mais ça deviendrait très coûteux, si un veut détacher un inspecteur du Collège des médecins pour qu'il vienne visiter chaque médecin pendant qu'il examine. Pas visiter les dossiers, parce que ça, les dossiers, on peut faire de très beaux dossiers, mais en fait, qui ne correspondent à rien en pratique. C'est une chose fausse. Il y a beaucoup de choses qu'on n'écrit pas dans le dossier qu'on fait pour arriver à un diagnostique. Là, le gars qui va lire le dossier, il va dire : « Ah, il n'a pas fait telle technique, il n'a pas fait telle manœuvre! » Mais si je ne l'ai pas écrit, ça ne veut pas dire qu'on ne l'a pas fait, c'est ça qui est important! Il faut suivre le gars quand il voit le client, qu'il le suive sur trois ou quatre ans, c'est pas de la médecine « fast-food ». Il voit à chaque trois mois qu'il suit le client, par exemple, pendant quatre ans, à tous les trois mois, il voit comment le client progresse selon les notes et tout ça. C'est la satisfaction du client. Mais là, actuellement, quand ils font ce genre de... ils doivent féliciter le client plutôt que féliciter le médecin plutôt, parce que si on regarde parfois des notes, des notes sans lendemain, ça veut dire que le client n'a pas été satisfait, qu'il n'est pas revenu voir le médecin et qu'il ne veut rien savoir de lui. Alors ça, tu ne peux pas juger là-dessus. Ça ce n'est pas comme ça qu'on peut juger le client. Ce qui peut juger le médecin, ce qui est important, à mon avis, c'est de voir la fidélité de sa clientèle,

ça c'est très important, et Dieu sait maintenant s'il y a des clients, si on peut dire des médecins... moi j'ai des clients qui me voient depuis 1985, depuis que j'ai commencé ma pratique quasiment. Ça ça ne se fait plus, par exemple. On a la chance de faire ça dans les bureaux, d'avoir une clientèle fidèle, fidélisation de la clientèle, si je peux parler de ça. C'est un mot commercial peut-être, mais moi je peux dire que je suis satisfait de ça et je suis fier de ça. Je n'ai rien à me reprocher là-dessus. Maintenant, si la société ou les gouvernements commandent sous les ordres de professionnels, ils le font, mais ça ne veut pas dire qu'ils vont détecter avec ça les mauvais et les bons, loin de là. En général, les plaintes, vous voyez ça, des plaintes non justifiées, surtout du point de vue médical, moi je ne parle pas de la chirurgie, c'est sûr, mais du point de vue médical, j'ai vu dans la revue médicale quelques plaintes comme ça. Dans certains cas, c'est surtout des cas de chirurgie qui sont à plaindre et qui ont raison de taper là-dessus, mais dans les plaintes médicales, quand on met un diagnostic probable, c'est parce qu'on ne l'a pas à 100 %, mais on met les différents diagnostics possibles. Écoute, des fois, on est limités, c'est ça! Les gens nous demandent de résoudre chaque problème, puis ça, on ne peut pas résoudre chaque problème. On n'en a pas de solution à tous les problèmes, ce n'est pas vrai! Ce n'est pas parce qu'on dit : « Je n'ai pas de solution à tel problème » que je deviens incompetent, non! Je montre ce que la science actuelle peut faire. Je ne peux pas, je prends un exemple. Par exemple, quand on faisait des ménisques dans le temps et s'il y a de l'arthrose, on n'opère plus les ménisques, ça ne sert à rien! Alors, vous voyez, c'est ça qui est important à discuter. Ça a toujours des pour et des contre, mais il faut toujours prendre la décision dans l'intérêt du client, et ça, c'est la compétence, et ça, je dois penser à mesure comment mesurer la compétence d'un gars, c'est pas facile ça à mon avis.

▪ **Mais le plan de DPC, vous croyez qu'en général...**

RÉPONSE : Oui, il est correct, il est correct le plan de DPC et je vois qu'il... moi je suis satisfait de ça. Je n'ai pas à me plaindre plus et je vois les exigences des congrès, le travail personnel et « up to date », la lecture des revues, assistance à des cours. Ça ne serait pas mauvais que chaque association développe son DPC. Par exemple, nous en rhumatologie, à McGill, ils font un cours, pas un cours, un... il y a le cours de Boston, ça c'est 5 jours où tu passes toute la rhumatologie en cinq jours. Mais à McGill, ils ont la même chose qu'à Notre-Dame, une réunion, comme ça, d'à peu près deux heures, où ils font la même chose, un conférencier avec des cas cliniques qu'ils discutent. Ça ce n'est pas mauvais, mais que ce soit facultatif, pas obligatoire. Rien d'obligatoire, mais facultatif, parce que moi, je dis « je vais assister à ça », mais c'est pour moi-même, ce n'est pas pour faire plaisir à tel médecin ou tel organisme ou quelque chose. C'est personnel. Je vais moi-même me ressourcer. Maintenant, s'ils demandent ça, on leur donnera ça, c'est tout! Ce n'est pas s'enfermer dans des procédures et faire perdre le temps aux médecins. Des fois, quand tu viens, tu passes une journée avec à l'inspecter et à tout ça. C'est ça qu'on dit principalement. Moi j'ai rien contre ça. Le plan du Collège des médecins me satisfait, en autant que c'est une exigence, je sais qu'on n'a pas pu arrêter ça, même si on s'est opposés à ça dans le temps, on n'a pas pu l'arrêter, mais on demande qu'il soit pris aussi au niveau de tout le monde, que ça soit applicable à tout le monde, et peut-être que c'est comme ça, pour certains médecins, qu'ils ne sentent pas cette obligation. Bon, peut-être de les pousser un peu plus à y adhérer avec tout ce que je viens de vous dire, mais que ça ne devrait pas être coercitif, parce que le coercitif, ça ne marche pas ça. Tu peux des fois aller assister à une réunion, et regarder dans le plafond ou regarder un autre confrère.

▪ **C'est la responsabilité des médecins aussi (à être attentif).**

RÉPONSE : C'est ça justement. Il faut qu'on le fasse soi-même de gré et qu'on connaisse nos besoins. Moi je pense que la personne qui se spécialise dans une spécialité, il connaît les domaines de sa spécialité. Bon, bien, il se limite à ça. C'est pour ça qu'on se spécialise. Ce n'est pas parce qu'on cherche à connaître... et maintenant, de plus en plus, même des omnipraticiens, maintenant, c'est la tendance à la spécialité. Regardez, dernièrement, le Collège a approuvé la médecine d'urgence! Je savais qu'il résistait à ça, qu'il ne voulait pas fragmenter la médecine autant. Mais c'est rendu maintenant une médecine très spécialisée,

avec des spécialistes des yeux, des oreilles, de la gorge. Rhumatologie : rhumatologie orthopédie médicale, rhumatologie générale, arthrite rhumatoïde,... il y a un confrère à moi qui ne fait rien que de l'arthrite rhumatoïde. Oui mais, ça, c'est son choix, mais c'est sûr que ça ne répond pas au choix de la société, parce qu'ils veulent que le médecin soit polyvalent, ou le spécialiste, et qu'il voit, dans sa spécialité globale, tout les cas. Comme moi je fais : je vois autant l'arthrite rhumatoïde, autant que de l'ostéarthrose, autant que de l'ostéoporose. Mais c'est sûr que si je me limite à voir juste de l'ostéoporose, je vais avoir moins à apprendre. Vous ne pouvez plus exiger de moi un DPC très élaboré, parce que je me limite à ça. Mais dans les bureaux, on ne peut pas faire ça. À l'hôpital, peut-être, mais je peux dire que moi, je suis un spécialiste de l'arthrite-rhumatoïde. Les autres cas, je ne veux pas les voir, donnez-les à d'autres spécialités. Ça se fait, il y en a qui le font. Mais dans les bureaux, malheureusement, avec la diminution des médecins de famille, il n'y en a plus, les gens ont... comme spécialiste, je l'ai déjà dit, on est obligés de faire de la première ligne, de la médecine générale des fois, de dépanner, de prescrire un hypotenseur, un hypolipémien, et dans les bureaux, on ne peut pas se limiter à ça. C'est sûr que dans les hôpitaux, on peut se limiter à ça. Moi je dis que je ne fais pas... je limite même mon temps de travail dans l'hôpital, je dis : « Moi je fais une clinique externe et c'est tout. Je ne veux rien savoir du reste ». Ça peut se faire. C'est ça que je dis, mais dans les bureaux, malheureusement, j'ai pensé à un moment donné, faire juste de l'ostéoporose, mais je ne peux pas, parce que, ce n'est pas que je n'arriverai pas. J'arriverai très bien à ne vivre rien qu'avec ça. Sauf qu'avec la demande, j'ai des obligations envers les confrères ; je dois voir un peu de tout : un peu d'ostéoporose, un peu d'arthrite rhumatoïde, un peu de tout. Mais ça va, je n'ai pas de gros problèmes avec ça.

Merci d'avoir répondu à nos questions.

Entrevue ID355

- **What do you think of the maintenance of professional competence as a physician? How important is it for you in your every day life?**

RÉPONSE : First, I've realised that now..... and no longer the society continuing the professional government but that being said, I believe it's... Maintenance of competence is probably the most important mission we have for maintaining the quality of Healthcare. People said this many times before, but, it's clear that most of knowledged doctors use a happen after they leave Medical School so it's important that there be some system in place that helps them maintain their competence to deliver effective healthcare

- **What are the methods you use to maintain your competence?**

RÉPONSE : For me, it's been different, because I've been...you know delivering continuing medical education and so my... as far as I'm concerned, what I'm interested or was interested when I was associate Dean was simply the teaching methods and effective, what they call, college transfer. I have done that through reading, going to conferences and talking to colleagues and dealing with people in my organization which included research assistants, etc.

- **Do you have a preference for certain types of activities?**

RÉPONSE: It's a little bit different, cause I really wasn't a practicing physician for the last 5 years, so It's sort of different, but one very useful thing actually is conferences and networking and meeting with people.

- **Do you sometimes choose your training activities according to your training needs?**

RÉPONSE: Yeah, sure. Yeah. Once again, I was really in medical education rather than clinical medicine, but it was certainly self-directed most of the time and that's how I would look for information or areas that I could improve. Also, because CME (continuing medical education) or DHP, whatever you want to call it, those cyclical reviews by the college and by other organizations, basically then, we have some sort of feedback which helps and guides, you know.

- **Do you find it easy or difficult to assess your needs?**

RÉPONSE: Well, I think everybody has a problem with that. You know, it's basically what I've been working out for the last few years, basically, there are the perceived needs and the unperceived needs. I think the biggest problem is the unperceived needs of people. Sometimes, they don't know what they have to know. I think that's the biggest challenge.

- **Among your different areas of medical practice, which competence would you consider the most important to maintain and improve?**

RÉPONSE: I'm not doing medical practice. I'm not sure it applies to me.

- **Do you know the CanMeds Competencies? I can list them to you : Medical expertise, communication, collaboration, management, health promotion, scholarship, professionalism) in your opinion, which ones are the most important to maintain and improve?**

RÉPONSE : Hard to say, but I think collaboration is really important, because a lot of teaching and being aware of what needs are depend on collaboration and public health, of course.

- **What are the most difficult to maintain and improve?**

RÉPONSE: I can't tell you about that, because I was fairly successful in what I wanted to improve.

- **Do you have some obstacles in maintaining your competence?**

RÉPONSE: Time is always one of them.

- **Do you know the different CPD programs recognized by the CMQ for maintaining competence?**

RÉPONSE: Yeah, we were an accreditor in Quebec. So we actually supply a lot of those programs.

- **Can you name them?**

RÉPONSE: You know, with McGill, I was associate Dean at McGill, so, we had 30 international conferences that we put on. We also have things like the Thursday evening learning series etc. As far as specific programs put on by the College, the only thing I can think of offhand was we had one presentation at the College on professionalism and it was by Dr Goulet.

- **There are three programs : there is the MOC of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, there is the Mainpro of the College of Family Physicians of Canada and two self-managed plans : the one of the CMQ and the one of the FMOQ.**

RÉPONSE: I think it's very difficult to determine or encourage doctors or healthcare workers to stay up to date. I don't know if there is any sort of perfect plan, but I've always had some concerns about the FMOQ plan and the one from the College.

- **Why?**

RÉPONSE : Well, it's sort of, as an accreditor, at the University, we spend a lot of time going through material to determine whether it's valid or not and it went for an accreditation process and as I have understood it, a lot of the material that qualifies for the FMOQ plan or the College plan does not have to go through an accreditor and can be, you know, used as a content to validate some of the licence so, my problem is that a lot of the material does come through industry and I think a lot of it is biased and it's a form of advertising. I just have a problem with that approach. It would be very interesting to see if, you know, research bears out this concern, but my concern is that, well the question is whether the filtering by the Colleges or the specialty organizations or by the College of family physicians is worthwhile, you know, in their accreditation process and while I don't think the accreditation process is perfect, I think it's an important piece, and if you do some sort of system that doesn't require an accreditor, somebody to review the material, I think, basically, it could be a quite uninformative and in fact might deliver a lot of misinformation.

- **Are you saying that you don't agree with the credits?**

RÉPONSE : The problem is, if you look at some of the literature, I believe you'll find that the number of credits people get, either in the Royal College or the College of Family physicians and you look at their competence, they don't relate, you know. There's been this big debate within the College of Family physicians and the Royal College as to what kind of credits they should actually give out. And I think that's valid, you know, because what you're trying to do is usually look for change in practice, etc. The one ... is that the credit system works the way it's supposed to and I think that's where the system in Quebec came from. You know, it just doesn't do what it should do, so let's forget about the credit system.

- **So you prefer the credit system?**

RÉPONSE: Well I think it has some safeguards that just are not there, you know, for the completely open system.

- **Which CPD program do you use?**

RÉPONSE : I was with the Royal College basically, that was it.

- **Why?**

RÉPONSE: First, I'm not doing it anymore, cause I'm retired, but I was a specialist, so I was automatically into the Royal College.

- **In your opinion, is it necessary to have a CPD plan to maintain competence?**

RÉPONSE: Yeah. Absolutely. The question is who determines the plan, you know, and how it's determined, but perhaps, the sort of ongoing message for a physician to stay up to date.

- **Do you think some programs are more demanding than others?**

RÉPONSE: Well, I think that the Royal College, if you compare the Quebec's alternative, they're not that demanding, as far as I'm concerned. And the College of Family Physicians has certain criterias as does the Royal College for what kind of activities you can, what you can do so, I would think that if I had to choose, I'd say that the College of Family Physicians and the Royal College are more demanding and the kind of material that you have to put together to maintain your competence.

- **Do you think that the CMQ's requirements in terms of CPD are sufficient to maintain their competence?**

RÉPONSE: That's the question, you know. I must admit that I give a view of the Royal College and I'm not really that familiar with the CMQ's.

- **But I'm taking about the three programs.**

RÉPONSE: Yeah, well I think it's better than I think. I think there's a serious problem with the continuing education after graduation and it's a question of funding, it's a question of culture. There's a lot of major issues that have to be looked at and collaboration, and delivering healthcare and keeping healthcare standards up. I think there's a major issue there. I think the systems we have in place now do help, but there's probably a lot of room for improvement.

- **Do you think the CPD plan is the right tool for physicians to maintain their competence? Or do you think that the CMQ could use other means of encouraging physicians to maintain their competence?**

RÉPONSE: Part of it is that physicians are considered to be professionals, right? So they're supposed to be self-governing. I'm not sure that the right, you know, don't quote me on that, I'm not sure that's the best approach. Once again, it's a question of determining unperceived needs. And perhaps, other systems, which could be things like linking laboratory results to actual patients such as, let's say, diabetic control, which I believe they do in England. Doctors get feedback from their laboratory tests saying your patients by comparison to the average are not being treated as well as somebody else. I think that kind of stuff is really really important, you know. And also, Doctors should be very closely linked into the needs of the population and, so there has to be some sort of feedback from, I suppose, the provincial healthcare people to the doctors. That's what the needs are.

- **Do you think that the CMQ should monitor more closely the performance of physicians who don't have a CPD plan, because there're 5 percent of physicians who don't have a CPD plan?**

RÉPONSE: Yeah, sure. I just say that, well it depends on what they call a plan, you're saying that the one of those four options that they have selected, I think it's absolutely essential.

- **It's the end now. Do you have any other comments, opinions, suggestions about the CPD plan?**

RÉPONSE: No. Basically, I have a lot of respect for the College, and it has been a pleasure to work with the College. My concerns really are the, you know, determining unperceived needs and time that into the system as... maybe. More collaboration with nursing, etc. Working as teams and also, feeding back information from objective sources such as

laboratory results or perhaps population statistics. I think that's really important as it is, really some major steps would have been made in the direction of improving healthcare delivery.

Entrevue ID399

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça a dans votre quotidien?**

RÉPONSE : Je pense que c'est absolument fondamental. Nous, les médecins, nous offrons des services, nous vendons des services et ces services-là doivent être de qualité optimale, et ils doivent correspondre à l'état de nos connaissances et des expertises contemporaines, alors je pense que c'est une question qui ne se pose même pas. Ce n'est pas un problème, c'est une réalité. Le métier de médecin, comme je pense le métier de la majorité des gens, mais plus particulièrement celui des médecins, étant donné une évolution très rapide de beaucoup de connaissances dont toutes ne sont pas utiles, mais étant donné cette évolution constante en tout cas, on n'a pas le choix que d'être un étudiant permanent et d'être un apprenant permanent qui va mettre en application ce qu'on apprend.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez dans votre quotidien pour vous maintenir à jour dans vos connaissances?**

RÉPONSE : Je pense qu'un excellent moyen, c'est de se poser des questions et d'essayer d'y répondre au fur et à mesure qu'on aura des interrogations pendant notre pratique. Et moi, personnellement, j'ai toujours fait ça. Pendant ma résidence, j'ai toujours lu et appris à partir des cas que je voyais dans la journée et non pas faire comme certains de mes collègues qui étaient pressés d'en finir de leur journée de travail pour s'en aller chez eux, parce qu'ils étaient rendus à la page 248 de leur textbook et qu'ils voulaient se rendre ce soir-là à la page 270. C'est le meilleur moyen de ne rien apprendre du tout. On lit sur des choses qu'on n'a jamais vu ou qui ne nous intéressent pas, parce qu'on ne les a jamais vu et puis, le surlendemain, on ne se souvient plus de ce qu'on a lu. Alors, c'est de constater, au fur et à mesure qu'on travaille, si on a des difficultés, si on a des interrogations, ça veut dire que c'est le temps d'aller consulter, de chercher, et de répondre à nos propres interrogations.

- **Avez-vous des moyens plus particuliers comme les lectures, l'internet, les conférences? Est-ce qu'il y en a que vous préférez?**

RÉPONSE : C'est sûr que de manière ponctuelle comme ça, il faut aller chercher dans ses livres, parce que souvent, les questions auxquelles on n'a pas la réponse immédiate, on l'aura déjà eu, mais on ne s'en souvient plus, parce que ce type de cas-là qu'on vient de revoir, il y a longtemps qu'on l'a vu, donc qu'est-ce que c'était déjà la réponse à ça? Maintenant, l'internet, c'est une source extraordinaire d'informations, parce qu'on peut consulter la bibliothèque à partir de son bureau de travail. Et ça, moi comme radiologiste, par exemple, maintenant, moi je suis en pleine interprétation, et sur la même console de travail, je clique « internet », et je vais chercher, je mets un mot, deux mots, trois mots, et puis là, il m'apparaît 25 références et j'en choisis une, j'en choisis deux, puis souvent, il y a un paragraphe ou quelques lignes qui m'intéressent dans cet article-là. Je me dis : « Voilà la réponse! » Ah, il y a bien des choses que je découvre en même temps ou que je ne soupçonnais pas ou que j'avais oubliées. Alors c'est sûr que ça c'est extraordinaire. Les conférences, oui, je pense que les conférences et les congrès, on y va essentiellement, la plupart du temps, pour confirmer ce qu'on fait déjà. Il y a bien sûr des conférences où on apprend des choses nouvelles, mais vous savez, en médecine, c'est la plupart du temps les choses simples qu'on ne fait pas bien, parce qu'on ne s'en souvient plus ou qu'on ne les met pas à exécution jusqu'au bout. La conférence du monsieur gagnant ou de la madame

gagnante d'un prix Nobel qui vient nous parler de sa conception de tel nouveau mécanisme de physiologie, ça n'a aucune importance ça pour notre pratique du lendemain matin. Alors, les congrès, c'est bon pour un aspect informatif intéressant, et l'aspect formatif, c'est la confirmation de ce qu'on fait déjà la plupart du temps. C'est pour ça d'ailleurs que les gens vont presque exclusivement dans des congrès qui ont trait à leurs champs de pratique.

- **Ça rejoint la question des besoins. Est-ce que la plupart du temps vous choisissez vos activités de formation en fonction de vos besoins, c'est-à-dire ce que vous avez besoin d'améliorer dans vos champs de pratique ou c'est ce que vous connaissez déjà que vous voulez confirmer?**

RÉPONSE : Ça revient au même. Un besoin de confirmer ce qu'on fait déjà, c'est un besoin. Mais le développement professionnel continu, pour certains d'entre nous, c'est un peu comme une routine qui s'est installée, c'est une manière de vivre, un peu comme vous prenez trois repas par jour. Si vous vouliez, vous pourriez vous habituer à en prendre deux, et au bout de deux mois, ça irait comme ça, vous pourriez en prendre quatre aussi. Je ne suis pas sûr que lorsqu'on s'assoit pour dîner, qu'on a toujours une faim de loup, mais je veux dire, c'est comme ça, on le fait. Il y en a d'autres pour qui, ils n'en font pas. Ça ne fait pas partie de... ils ne sentent pas ce besoin de se conforter dans ce qu'ils savent, parce que n'oubliez pas qu'ici, vous êtes chez les médecins spécialistes et que notre créneau, nous, est beaucoup plus étroit et beaucoup plus profond que celui des omnipraticiens. Alors je pense qu'on le possède beaucoup mieux, mais à l'intérieur d'un créneau beaucoup plus étroit. Alors, est-ce qu'on a besoin de déborder? Ben, un peu, mais pas pour la qualité des soins qu'on donne. Je pense que c'est pour se situer par rapport à la médecine. Peut-être aussi pour mieux diriger nos patients après en disant : « ben oui, j'ai appris que dans telle spécialité, maintenant, ils sont capables de faire ça, alors maintenant que je vois telle chose, je sais que mes limites sont ici. Il faudrait que je le réfère à un collègue ». Mais en général, on va dans des congrès de nos associations professionnelles et c'est toujours les mêmes. C'est toujours les mêmes congrès et c'est toujours les mêmes sujets, mais ces sujets-là évoluent dans le temps. Quand on regarde ce qu'on nous montrait il y a trente ans, en radiologie dont je suis, et qu'on voit maintenant, c'est toujours de l'imagerie, mais on voit les mêmes pathologies de manière très différente avec des moyens techniques très différents. Donc on a appris beaucoup sur les moyens techniques, et les moyens techniques nous ont beaucoup renseigné à comprendre la physiopathologie des problèmes et à mieux les traiter, à mieux les diagnostiquer.

- **Dans votre champ de pratique, quelles seraient les compétences les plus importantes d'après vous?**

RÉPONSE : Qu'est-ce que vous voulez dire?

- **Je ne sais pas si vous pratiquez?**

RÉPONSE : Je pratique encore.

- **Qu'est-ce que vous trouvez important d'avoir comme compétences?**

RÉPONSE : Pour moi qui suis en fin de carrière, ma réponse n'en est pas une universelle et diffère sensiblement de celle que je vous aurais donné il y a vingt ans. Il y a vingt ans, je vous aurais dit : « Moi je suis dans une institution d'enseignement de recherche et de prestation de soins et je veux rester toujours sur la crête de la vague, je veux être au premier rang, je veux m'assurer que ce que je fais est vraiment l'état de l'art actuel, l'étalon rare », tandis que maintenant, je limite ma pratique à des choses plus simples. Ce que je veux m'assurer, c'est que ce que je fais est correctement fait. Et, dans le fond, je n'aurais pas besoin de faire beaucoup d'efforts aujourd'hui, et je continue quand même, juste pour me dire que pendant des années, je n'ai pas mis beaucoup de temps sur ce que je fais aujourd'hui, alors je veux m'assurer que ce que je fais, comme je le faisais il y a 20-25ans est encore au niveau. En fait, la radiologie générale n'a pas changé. Elle est restée comme ça.

- **Je ne sais pas si vous connaissez les compétences CanMeds?**

RÉPONSE : Oui, tout à fait.

- **Est-ce qu'il y en aurait des plus importantes que d'autres selon vous?**

RÉPONSE : Pour moi, le plus important après l'expertise médicale, c'est le côté professionnel. C'est ça qui est absolument fondamental chez un médecin, parce que ça ça résume la qualité du médecin, ça résume son côté éthique, ça résume sa relation avec le patient, ça résume toute sa personne. Un patient et un médecin, c'est une relation de confiance et de conscience : la confiance du patient et la conscience du médecin. C'est tout dans le professionnel. Etre un érudit, c'est bien, être un promoteur de la santé, c'est bien, mais j'ai toujours pensé que les médecins comme individus n'avaient pas beaucoup d'impact comme promoteurs de la santé. Quand un pays décide qu'il n'y aura plus de gras trans dans le pain, ça ça a un impact mur à mur. Quand on diminue de moitié le sel dans les cornichons, ça a un impact mur à mur. Quand même que je dirais à mon patient : « Mettez un peu moins de sel sur vos cornichons ». Mon impact sociétal est faible. Gestionnaire, oui, c'est gentil d'être un bon gestionnaire, mais c'est pas la qualité primordiale d'un médecin. Vous voyez, je pense qu'il y a des médecins qui doivent être des gestionnaires, à qui on confie des responsabilités de gestion, ou d'autre part, ce que ça veut dire gestionnaire, c'est de bien utiliser les ressources publiques qui sont mises à sa disposition. Mais, là encore, il y a des gens qui en ont beaucoup de ressources : le chirurgien cardiaque, le radiologue à l'institut de cardiologie ont beaucoup de ressources mises à leur disposition. Le dermatologue, il en a moins. Mais après ça, collaborateur, oui. On peut travailler dans une équipe de soins. Quand on est un médecin spécialiste, on n'a pas bien le choix, on a travaillé tous en milieu hospitalier. Il y a des choses comme ça, on a l'impression qu'on vient de redécouvrir la roue, mais collaborateur et les gens qui travaillent dans une équipe de soins de santé, on a commencé ça comme étudiant à l'hôpital et je suis sorti de l'hôpital 35 ans après, on aura fait ça toute notre vie. Communicateur, je pense que oui, c'est bon, mais si on est un bon professionnel, je pense qu'on va bien parler à son patient, même si on n'est pas très éloquent. Alors, pour moi, c'est professionnel.

- **C'est interrelié. Est-ce qu'il y en aurait une, peut-être, que vous trouvez plus difficile à appliquer dans votre pratique ou à maintenir?**

RÉPONSE : Moi je pense que pour moi, c'est expertise médicale et professionnalisme qui sont de loin les deux compétences qui sont les plus nécessaires. Les autres, promoteur de la santé, comme radiologue, mon impact est quand même limité. Là où je peux agir, c'est en faisant en sorte que les patients aient un minimum de radiation X par examen qu'on fait, mais si je suis un bon professionnel, je le fais déjà. Moi, ça va de soi ces qualités là! C'est ça dont on s'attendait avant du médecin de famille du village, puis on a comme oublié ça à un moment donné, surtout chez les médecins spécialistes, on en est venu à parler de l'expertise médicale, et on avait comme oublié le reste. Puis ça, quand j'ai vu ça ressortir, je me suis dit : « Tiens, ce dont on parlait il y a 40 ans! » Alors que certains, je ne dirais pas nécessairement plus jeunes, mais d'âge intermédiaire avaient comme oublié à un moment donné, puis ça a été simplement remis au goût du jour. À mon avis, tout ça, ça va de soi. Ce n'est pas du neuf. C'est peut-être mieux, la présentation est nouvelle, ça a été remis au goût du jour.

- **Est-ce que, pour le maintien de vos compétences, vous rencontrez certains obstacles au quotidien?**

RÉPONSE : Comme quoi?

- **Je vous le demande. Quelles seraient les difficultés qui vous rendraient plus difficile le maintien de vos compétences?**

RÉPONSE : Ce qui est plus difficile pour le maintien des compétences, c'est d'être coupé des références ou des collègues.

- **On va parler maintenant des différents programmes de DPC. Est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : J'en connais un bien, celui du Collège Royal, auquel j'ai contribué et auquel je contribue toujours et que je suis. Si vous me posez des questions sur celui du Collège des médecins, je ne le connais pas.

- **Il y en a trois autres : il y a celui du Collège des médecins de famille, le *Mainpro*, qui fonctionne avec des crédits aussi, mais il y a également une partie de démarche réflexive.**

RÉPONSE : Mais nous, on n'adhère pas à ça.

- **Non, je sais, mais je voulais juste vous les présenter. Il y a aussi deux plans d'autogestion : celui du Collège des médecins qui est une démarche réflexive qui ne demande pas un minimum d'heures ou de crédits par année, et celui de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec qui ressemble beaucoup à celui du Collège des médecins.**

RÉPONSE : Et du Collège Royal. Les deux se sont largement inspirés du Collège Royal qui, d'ailleurs, est de très mauvaise humeur contre ces deux-là qui ne l'ont jamais admis et n'ont jamais écrit, quelque part, des remerciements sur des idées qu'ils étaient allés chercher chez les autres.

- **En gros, il y a la démarche réflexive qui est mise de l'avant et ça ne fonctionne pas avec des crédits, donc c'est la principale différence. À quel programme vous adhérez?**

RÉPONSE : À celui du Collège Royal.

- **Pour quelles raisons?**

RÉPONSE : D'abord parce que j'ai commencé il y a dix ans, et non pas avec le programme mis au point depuis deux-trois ans, et d'autre part, parce que malgré ce qu'en pense le Collège des médecins du Québec, son programme, c'est comme pas un programme. Il n'y a pas eu l'effort de réflexion qu'il y a eu pour le Collège Royal. Le programme du Collège Royal, ça a pris presque douze ans à le mettre au point. Il y a eu des centaines de personnes qui ont travaillé là-dessus. Lorsque le Collège des médecins est arrivé plus tard, il s'en est très largement inspiré et qu'il n'a pas été obligé de réinventer la roue lui-même, mais son histoire d'approche réflexive, puis de dire : « Ah nous autres les crédits... » et je l'ai déjà dit au Dr. Jacques, c'est comme de dire aux gens : « On va enlever les limites de vitesse sur la route, mais essayez de ne pas rouler trop vite, juste correct. Et puis, soyez bons, soyez respectueux des lois », - « oui mais quelles lois? » - « Ah ben, il n'y en a pas, on enlève les panneaux, parce que c'est contraignant ». Moi je pense que les crédits, c'est un mal nécessaire, c'est un outil de réflexion aussi qui dit : « Regarde donc ça, j'ai accumulé 5 crédits cette année au lieu de 80. Ça veut dire que je ne me suis pas forcé beaucoup », tandis que l'autre va dire : « Ah, j'ai réfléchi pas mal, j'ai dû réfléchir pas mal pas mal pendant mon année. C'est sûr que j'ai beaucoup réfléchi ». Alors, ça me fait suer un peu.

- **Ça ne se comptabilise pas.**

RÉPONSE : Ça ne se comptabilise pas, ça ne se compare pas, et leur histoire de porte-folio, ça, pour moi, c'est pour les enfants d'école, et puis ce n'est pas vrai que les gens de 40 à 65 ans vont se mettre à avoir un petit cahier noir à la maison en disant : « Aujourd'hui mercredi le 4 août, il est 19H30, je suis assis dans mon fauteuil, je réfléchis sur ma pratique ». Il manque de structure. Il manque nettement de structure dans le programme du Collège des médecins du Québec et ils ont beau se péter les bretelles avec ça, je pense qu'il y a une majorité des gens qui vont délaisser les autres programmes, celui de *Mainpro* du Collège Royal pour aller à celui-là, parce qu'ils vont comprendre que c'est plus facile et que c'est pas comptabilisable et qu'ils ne seront pas imputables.

- **Donc ça serait plus exigeant pour vous les crédits.**

RÉPONSE : C'est sûr! Là où je suis d'accord avec Dr. Jacques quand il dit : « Le développement professionnel, ce n'est pas juste une accumulation de crédits. Il a raison, ce n'est pas juste une accumulation de crédits, mais c'est une mesure, c'est un système de mesures qui permet de voir si les gens se sont assis pour réfléchir. Lui, sa technique à lui n'est pas mesurable.

- **Est-ce que vous pensez que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Si c'était réalisable, oui. Mais je pense que leurs outils sont déficients.

- **Pensez-vous qu'il y aurait une manière d'améliorer...**

RÉPONSE : Ils avaient juste à prendre les programmes des deux autres qui existent. Le programme *Mainpro* existe depuis 50 ans, le programme du Collège Royal a été commencé au début des années 90, 89-90, et ça s'est appelé « le maintien des compétences – MOCOMP » pendant 10 ans, puis maintenant, ça s'appelle « le programme du maintien du certificat ». Le Collège des médecins est arrivé en se pêtant les bretelles il y a trois ans, et ça a été fait plutôt rapidement avec une personne qui était chercheur principal et qui a colligé, qui a ramassé des morceaux ici et là. Ça n'est pas nécessaire leur programme.

- **Ceux qui adhèrent au plan du Collège des médecins, c'est pour mettre par écrit leurs réflexions.**

RÉPONSE : Moi, à mon avis, leur programme a été mis sur pied uniquement pour des considérations politiques, parce que beaucoup des médecins du Québec sont des nationalistes et ils disent : « C'est pas vrai qu'on va participer au programme qui est géré à partir d'Ottawa ou de Toronto ». Il y a eu une part importante de ça, parce que quand ils viennent nous parler de l'approche réflexive, dans le programme du Collège Royal, dans les six sections qui vont devenir trois sections à partir de l'an prochain, il y a tout l'espace réflexif possible et imaginable, et puis on nous dit : « Essayez d'en faire de plus en plus ». Et le Collège Royal, on a été très prudent en se disant d'abord qu'on ne va pas d'abord effaroucher les gens en disant : « Vous allez devoir réfléchir sur votre pratique », parce que les gens ne savent pas nécessairement comment faire ça de manière globale. On dit : « Oui, c'est bien d'aller à des congrès, oui c'est bien d'aller à des conférences, oui c'est bien de faire des lectures, mais il faudrait faire un peu plus », tandis que le Dr. Jacques nous dit : « Les lectures, c'est bon à rien, les congrès, c'est bon à rien, c'est l'approche réflexive qui est toute l'affaire. Commencez par l'approche réflexive » - « Oui, mais on réfléchit sur quoi? » Alors que, au Collège Royal, on a dit : « Allez donc aux congrès, mais une fois que vous êtes revenu du congrès chez vous, réfléchissez donc sur ce que vous êtes allés chercher et ce que vous avez rapporté à la maison et ce que vous allez mettre en application ». À mon avis, c'est mieux structuré.

- **Déjà, il y a plus d'approche réflexive qu'avant dans tous les programmes.**

RÉPONSE : C'est-à-dire que l'accent est d'avantage mis maintenant, et de plus en plus, c'est une approche étapiste, celle du Collège Royal. Mais, je veux dire, je vous le répète : les gens qui vont laisser le Collège Royal, c'est pour ne pas payer la cotisation et pour s'en aller dans un programme qui leur apparaît beaucoup plus souple, moins coercitif, moins mesurable, et dans lequel ils vont pouvoir dire : « Oui, oui, j'ai fait tout ce qu'il faut ».

- **Effectivement, il y a beaucoup de médecins qui se demandent ce qui est accepté, ce qui n'est pas accepté...**

RÉPONSE : C'est trop flou. C'est beaucoup trop flou leur affaire.

- **Il y a 5 % des médecins, pour l'instant, qui n'adhèrent à aucun plan. Est-ce que vous pensez que le Collège des médecins devrait veiller à ce que tous les médecins adhèrent à un plan de DPC?**

RÉPONSE : Je pense. Oui. Ce n'est pas normal que quelqu'un qui est en pratique, qui voit des patients, qui donne des services, qui donne des conseils, qui prescrit des médicaments, me dise qu'il n'a pas besoin de perfectionner ses connaissances. Peut-être qu'il y a dans ça des rébarbatifs qui disent : « Moi, depuis toujours, je fais ce qu'il faut et là, je ne veux pas que personne regarde par-dessus mon épaule ». Je peux les comprendre, mais on ne peut pas l'accepter. Ça c'est comme dire : « Là, moi j'ai mon code de la route. Le mien est bon, je n'ai jamais eu d'accident. Quand il y a un feu rouge, je regarde de chaque côté, s'il n'y a personne, je passe » - « Oui, mais tu n'as pas le droit. » - « Oui mais regarde, pourquoi est-ce que j'arrêteraï, il n'y a pas d'auto ».

- **Parce qu'évidemment que dans les 5 %, probablement que les médecins, en général, maintiennent leurs compétences.**

RÉPONSE : Je ne sais pas. Je ne veux pas passer de jugement de valeurs si vite là-dessus. Je n'ai aucune idée de qui répond qu'il ne fait pas partie d'aucun plan.

- **Pensez-vous que le Collège des médecins devrait surveiller plus particulièrement l'exercice de ces médecins-là?**

RÉPONSE : Il devrait leur demander des comptes.

- **Spontanément?**

RÉPONSE : Oui, tout à fait. Moi je serais favorable à ça.

- **Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions, des suggestions par rapport au plan de DPC, au maintien des compétences?**

RÉPONSE : J'en ai déjà fait pas mal. Je souhaiterais que les éléments politiques et nationalistes ne prennent pas d'espace dans les éléments de professionnalisme et de prestation de soins. Si on crée un nouveau plan uniquement parce qu'il faut absolument une dualité, je trouve que ce n'est pas nécessaire et on refait un système qu'on vient de délester progressivement, mais que certains du Collège regrettent énormément dont le fondateur du programme de DPC. Mais pour le Dr. Jacques, le fait que le Collège des médecins du Québec ne tienne plus ses propres examens, pour lui, ça le chagrine et ce n'est pas correct. Je pense que pour la majorité des médecins du Québec, ils sont heureux au contraire d'avoir un seul examen à passer, et que cet examen-là soit le même que celui que les gens de Vancouver passent. Moi qui ai fait une partie de ma formation à McGill, j'ai souvent entendu que : « Oui, vous au Québec, vous avez vos propres examens que vous pouvez faire selon vos propres normes, et on n'est pas sûrs que l'examen... » Peut-être qu'il est meilleur, mais peut-être aussi qu'il est moins bon que le nôtre. Maintenant, on a un pays avec des normes uniformes, puis même, admettons, que le Québec veuille administrer ses propres examens, ben qu'il prenne les mêmes normes! Pas des normes qu'on va adapter, supposément, à nos besoins. Je ne pense pas que vos besoins et mes besoins en soins médicaux soient différents de ceux des gens de Toronto ou de ceux des gens de Vancouver ou d'Halifax.

- **Et la recertification? Est-ce que ça serait un moyen, par exemple?**

RÉPONSE : moi je pense, si je regarde ma propre carrière, on ne peut pas avoir de recertification pour la bonne raison que, par exemple, dans mon cas, j'aurais été obligé de faire les questions et les réponses. Il y avait peut-être deux ou trois personnes qui pratiquaient comme moi au Québec dans le créneau dans lequel j'étais? Ou, moi je disais aux gens : « Écoutez, quand on parle de maladies cardiovasculaires, il faut me prendre très au sérieux ». Mais quand on parle d'obstétrique-gynécologie, demandez à l'étudiant en médecine, parce que moi... ça fait 35 ans que je n'ai pas vu ça. Ma fille me parle de ses accouchements, et de certaines affaires du développement des enfants, elle en sait plus que moi, c'est moi le Docteur, pas elle, mais elle elle a lu, elle est intelligente et puis elle fait partie des gens de votre génération, des gens allumés, alors elle est au courant de ce qu'il faut qu'elle sache. Donc on m'aurait recertifié en quoi?

- **Parce que ça a été une des suggestions qui ont été soulevées dans les autres entrevues. Ça se fait ailleurs dans le monde.**

RÉPONSE : Ça se fait très peu, et les places et les endroits où ça se fait, ça va très mal. Ça se fait, par exemple, en médecine interne aux États-Unis, et je me suis déjà laissé dire, qu'une année, par exemple, qu'ils avaient dû déplacer, par exemple, si on a une courbe des réussites, alors de 0 à 100 %, tout le monde était ici, il y avait quoi 80 % des gens qui coulaient, alors ils ont été obligés de déplacer la courbe. Alors, ça donne l'impression aux jeunes qu'ils sont bons, alors qu'ils ont répondu tout croche à l'examen, parce que, pour la majorité, c'est rare les gens qui vont, toute leur carrière durant, faire une carrière de généraliste, même à l'intérieur de leur spécialité. On regarde les ophtalmologues, je veux dire, c'est quasiment risible, les gens disent : « Est-ce que c'est l'œil droit ou l'œil gauche? » Mais c'est un peu comme ça : il y a des gens qui s'occupent de la rétine, il y a des gens qui s'occupent de la cornée, il y a des gens qui s'occupent du vitré, il y en a d'autres qui font de la neuro-ophtalmologie. Alors, non, la recertification, ça ne me semble pas un bon moyen, surtout pas au Canada et surtout pas au Québec, parce qu'on a beau se voir un grand pays, on est un minuscule pays. On commence à s'en apercevoir maintenant qu'on entend parler du Brésil, de l'Inde, de la Russie, de l'Indonésie. En Indonésie, je pense qu'ils sont 15 fois nombreux comme on est ici. En Inde, on parle d'une ville de 30 millions d'habitants. C'est notre pays au complet. Alors, je veux dire, on a très peu de masse critique. Et pour faire des recertifications, il faut avoir des masses critiques. Par exemple, on est capable de recertifier des étudiants, parce qu'on les a mis 100 dans une classe, on leur a tous enseigné la même chose et on leur a dit : « Si vous voulez continuer, ici c'est une course à obstacles, donc il faut que vous soyez tous capables de sauter le dernier obstacle et il est de hauteur égale pour tout le monde ». Après ça, là vous vous fractionnez, vous prenez chacun votre route. Vous faites de la littérature? Il y a trois ans, vous étiez avec les autres dans une classe générale, mais maintenant, les gens qui étaient avec vous il y a trois ans, mettez-les dans la même classe que vous, je veux dire, ils ont zéro à la fin de l'année, parce qu'eux, ils sont allés, je sais pas, en mathématiques ou en génie. Alors, non, ça ne marche pas la recertification. Ça ne marche pas aux endroits où on l'a implantée. Cependant, est-ce qu'il pourrait y avoir plus de coercition dans l'évaluation des résultats de développement professionnel? Peut-être. Mais il faut aussi être conscients que si on demande à des gens de remplir des papiers et de se pencher sur des problèmes qui ne sont pas les leurs, ça prend de leur temps noble, qu'ils pourraient consacrer à ce qu'ils veulent faire et qu'ils devraient bien faire. Alors, s'il n'y a pas de problème majeur, ou mineur, observable et observé, ben, qu'on ne change pas trop l'affaire.

Est-ce que vous avez autre chose à rajouter?

RÉPONSE : Non. Je pense que le mérite du Collège des médecins, depuis 3-4 ans, ce n'est pas vraiment d'avoir mis au point son propre programme, c'est d'avoir demandé des comptes, en disant : « Faites-vous ça? » Pour moi, ça c'est très bien. Pour ce qui est de son propre programme, bon, ça reste une autre voie, une autre possibilité, une autre source d'inspiration peut-être. Les fois où j'ai regardé ça, c'était pour voir comment on pourrait compléter le programme du Collège Royal qui, à mon avis, est beaucoup plus complet, beaucoup plus large, beaucoup plus englobant que ça. Il y a des bonnes choses, des bonnes idées à l'intérieur, mais ça manque de structure et ça m'apparaît trop lâche, trop permissif. Manque de balises.

Entrevue ID408

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles ? Quelle importance prennent-elles pour vous dans votre carrière?**

RÉPONSE : C'est primordial. Le maintien des compétences déontologiques, de par l'obligation déontologique. Chaque médecin doit maintenir à date, à jour, ses compétences. Donc le Collège a renforcé cette obligation-là par l'adhésion d'un plan d'autogestion basé sur la réflexion, sur les besoins réels que les médecins ont en 2007. Si je parle pour la Fédération, la Fédération comme membre du CQDPCM était tout à fait d'accord avec cette approche-là, au lieu d'aller vers une approche de recertification ou de nombre d'heures minimales ou de crédits obligatoires, donc le maintien des compétences, c'est primordial.

- **Je ne sais pas si vous faites de la pratique, mais parmi vos différents champs de pratique, quelles sont les compétences les plus importantes à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Je ne fais plus de pratique. J'ai un emploi exclusif à la Fédération depuis trois ans et demi maintenant, donc je me consacre uniquement au développement professionnel continu. Mon maintien de compétences, en développement professionnel continu, à ce moment-là, quand je fais mon plan d'autogestion, je dois avoir mon approche réflexive justement autour de mes besoins de formation, de sorte que mes besoins de formation ne seront pas les mêmes que (ceux d'un) médecin en pratique. Donc, évidemment, je suis en charge des congrès à la Fédération, donc j'assiste à leurs congrès. J'ai probablement plus d'heures, de crédits de formation médicale continue que la majorité des médecins, mais ça ne veut pas dire que je suis autant ou plus compétent qu'eux en pratique, parce que je ne pratique plus depuis trois ans et demi, donc je dois adapter ma formation selon mon champs d'exercice actuellement, qui est un exercice plutôt administratif. Donc, je m'inscris à des congrès d'intervenants en développement professionnel continu, des congrès qui sont surtout pour les organisateurs de DPC.

- **Est-ce que vous rencontrez certains obstacles dans le maintien de vos compétences dans votre vie de tous les jours?**

RÉPONSE : Non. Les obstacles, c'est peut-être le manque de temps des fois. Il faut consacrer du temps, un temps minimal, il faut le planifier et consacrer un temps minimal à ce maintien-là, à la participation à ces congrès-là, faire des lectures, donc nous maintenir à jour selon le champ d'exercice.

- **Avez-vous des activités de DPC que vous préférez?**

RÉPONSE : Pas vraiment. Je pense qu'il y a différents moyens qui sont bons, que ce soit la lecture, la lecture de revues, d'articles, etc. C'est sûr qu'ici, on est un peu privilégiés, parce qu'on a une bibliothécaire qui va être capable de faire ressortir souvent des articles qui ont un lien avec notre travail professionnel. Donc, c'est une aide précieuse. Aux réunions du CQDPCM souvent, il y a des articles que d'autres membres ont ressorti qui sont intéressants qu'ils vont nous donner, puis l'autre affaire, c'est que l'employeur nous accorde quand même la possibilité de participer à des congrès internationaux en DPC quelques fois par années. Donc il n'y a pas vraiment de problème.

- **Est-ce que la plupart de vos activités de DPC, vous les choisissez en fonction de vos besoins professionnels?**

RÉPONSE : Oui. En majorité, oui, mais il y a deux choses : en Développement professionnel ou en éducation médicale continue, quand les gens participent à un congrès, c'est sûr que c'est pour mettre à jour les compétences, mais tu peux souvent aller en ligne et écouter des conférences en ligne sur les mêmes sujets. Il y a aussi un besoin de rencontrer d'autres personnes puis de côtoyer des gens. Ça c'est un autre besoin qui est comblé par l'assistance à un congrès ou à un colloque. Il y a un besoin de réseautage. Nous, les intervenants en

développement professionnel, c'est certain que quand je vais à un congrès international, je vais combler aussi un besoin de formation, mais il y a un besoin de réseautage au niveau de d'autres intervenants, de faire des liens avec d'autres personnes de d'autres pays, de d'autres régions du Canada que je vais croiser.

- **Au niveau des compétences CanMeds, lesquelles seraient, selon vous, les plus importantes à maintenir?**

RÉPONSE : Elles sont toutes importantes.

- **Est-ce qu'il y en aurait une qui serait plus importante que les autres?**

RÉPONSE : Le plan de la FMOQ, on a intégré les compétences CanMeds au plan de la Fédération, et la Fédération vient actuellement de compléter un atelier d'appropriation justement, de vulgarisation de ces sept compétences transversales-là des médecins, parce que les médecins ne réalisent pas souvent qu'en pratique, ils pensent qu'ils ont seulement les expertises médicales ou l'érudition qui... la définition est un petit peu galvaudée l'une à l'autre. Donc les médecins pensent que leur travail, c'est de l'expertise ou de l'érudition seulement, et ils ne réalisent pas souvent que c'est de la communication, de la collaboration, de la gestion. Tout ça, c'est inter-relié dans la pratique quotidienne de tous les médecins, et il y a de la formation là-dessus. Donc, nous on vient de finir un atelier là-dessus et on travaille sur un autre atelier justement au niveau de d'autres compétences de ces sept compétences-là. Laquelle est la plus importante? Évidemment, la base, c'est certainement qu'il faut au moins avoir une expertise médicale si tu veux travailler et avoir une pratique qui est adéquate. Mais tu peux être le meilleur médecin du monde, avec les meilleures connaissances du monde, mais être pourri en communication et en collaboration, et il n'y a personne qui va venir te voir. Donc, c'est un mélange de tout ça qui est essentiel.

- **Est-ce que vous trouvez facile d'évaluer vos besoins?**

RÉPONSE : Je pense que les médecins en général ne sont pas rendus à l'étape d'aller chercher...ils arrivent à l'étape où ils vont commencer à aller peut-être améliorer certaines de ces compétences-là. La majorité des médecins ne sont pas rendus là je pense, parce que notre atelier nous autres, on l'a validé. Il y a une centaine de médecins qui ont déjà participé à l'atelier, et c'est un atelier de base, où tu vulgarises chacune des compétences : « Réalisez-vous que... » puis là on les fait travailler aussi là-dedans, et on reste encore à la base pour la majorité des docteurs. C'est certain que les médecins qui travaillent en GMF et en clinique réseau et qui sont en travail quotidien avec d'autres professionnels de la santé, la communication, la collaboration, ils vont être comme un peu plus au fait que oui, genre, je le fais dans ma pratique là. Mais en général, les gens ne sont pas rendus beaucoup à aller chercher, à combler. Il y a tellement de sujets en médecine au niveau de l'expertise, que tu veux mettre à jour tes connaissances sur telle affaire : il y a un nouveau vaccin, il y a une nouvelle affaire, il y a un nouveau traitement, que spontanément, les médecins n'iront pas chercher une formation sur la communication avec les patients. S'il y en a à l'intérieur d'un congrès, ah ok, c'est un bonbon, c'est correct, ils vont le faire, mais d'aller spécifiquement pour ça, il y a tellement de besoins à combler que non. C'est certain que moi, dans mon travail ici, c'est sûr que si je regarde la gestion, j'ai un travail de gestionnaire ici, j'ai de la gestion de personnel, j'ai d'autres affaires, c'est certain que ça va m'intéresser de pousser plus loin. Quand je travaille au niveau du développement d'ateliers, là on essaie de se coller à la pratique, à la réalité des médecins et de dire : « c'est ça qu'ils vivent dans leur quotidien. Ils sont en GMF, mais ils n'ont pas appris à gérer le travail d'équipe, à mieux communiquer ensemble ». S'il faut les aider là-dedans on va développer quelque chose. Monsieur et Madame docteur tout le monde, je ne pense pas qu'ils cherchent la formation, qu'ils trouvent qu'ils ont des besoins. Nous, dans le premier plan d'autogestion en 2007, on a mis la grille des sept compétences CanMeds, puis on avait mis (une petite case) avec une échelle de 1 à 4 : « est-ce que j'ai un intérêt dans chacune des sept compétences? », et, sur une échelle de 1 à 4 : « est-ce que j'ai des besoins de formation sur chacune des compétences? » J'avoue que ça a été pas tellement bien perçu et surtout, très mal compris de la majorité des docteurs, la grande majorité des docteurs. Ils ne voyaient pas ce que ça avait à faire avec un

plan d'autogestion, ils n'étaient vraiment pas rendus là. Mais maintenant, on est trois ans plus tard, les gens sont obligés, entre guillemets. Ils questionnent plus ouvertement par rapport à ça. Quand tu leur expliques chacune des compétences transversales, ils vont dire : « Ah, c'est ça que ça veut dire! Ah ok, ben oui, c'est vrai, je fais ça ». Alors là, les gens sont comme un peu plus au fait de ça, mais spontanément, ils n'iront pas chercher. Moi, je ne trouve pas ça difficile, parce que bon, c'est inclus dans mon travail, mais c'est sûr qu'il y a de ces expertises-là dans ces compétences-là que je sais que j'aurais à développer des choses, ou à aller chercher...

- **Mais vous avez cette capacité-là de vous dire...**

RÉPONSE : Ben de par mon travail, je baigne dedans, donc je suis plus sensibilisé à...

- **Vous connaissez les trois programmes de DPC?**

RÉPONSE : Il y a le plan du Collège, le plan de la Fédération des médecins omnipraticiens, et il y a quelques plans de médecins fonctionnaires, je pense, qui ont été approuvés. Les autres programmes, ce sont des programmes qui sont reconnus et non approuvés : celui du Collège Royal et celui du Collège des médecins de famille du Canada.

- **D'après vous, quelles seraient les principales différences entre ces trois programmes?**

RÉPONSE : Les principales différences, c'est que le plan du Collège Royal et du Collège des médecins de famille du Canada s'appuient encore, malheureusement, sur un nombre d'heures minimales, de crédits obligatoires, et ce qui n'est pas du tout le cas pour le plan du Collège et le plan de la FMOQ. Donc un médecin qui adopte le plan de la Fédération, je vais prêcher pour ma paroisse là, qui adopte le plan de la Fédération, qui a dix heures d'activités accréditées, mais qui fait dix heures de lectures ciblées vers ses besoins dans sa pratique à chaque mois, je ne peux pas dire qu'il est moins bon que le médecin qui fait cinquante heures de crédits, comme, malheureusement, le Collège Royal ou le Collège des médecins de famille exigent encore.

- **À quel programme de DPC adhérez-vous?**

RÉPONSE : Celui de la Fédération.

- **Pour quelles raisons?**

RÉPONSE : Parce que c'est en partie mon bébé, parce que quand j'ai commencé à travailler ici, j'ai été engagé entre autres pour travailler au développement du plan de la Fédération, et notre plan, on a une version papier, et on a une version en ligne, avec une version en ligne qui est adaptée pour les appareils mobiles. Donc, c'est un plan qui est tout à fait convivial, qui peut, de façon simple, aider le médecin à rencontrer son obligation déontologique et, en temps réel, il est capable d'avoir son approche réflexive, de réfléchir à ses besoins de formation, de sorte qu'il fait une formation : « je suis dans un congrès de la Fédération ». Au moment même du congrès, je suis capable d'aller dans mon plan d'autogestion cocher mon évaluation et mon approche réflexive par rapport à une conférence, au moment même de la conférence et aussitôt que la conférence est terminée. Donc, l'adhésion à mon plan, en ligne, fait que je vais être capable d'aller sur mon appareil mobile, mon téléphone, mon ipad ou autre, être capable d'aller compléter mon approche réflexive au moment même où je viens de compléter ma formation. Alors, à notre sens, tu ne peux pas avoir quelque chose de plus accroché à la réalité que ça. On est vraiment en temps réel.

- **Est-ce que vous pensez que cette approche réflexive est un peu plus exigeante pour les médecins?**

RÉPONSE : C'est plus exigeant pour les médecins qui n'ont pas saisi l'opportunité d'utiliser les outils qui sont disponibles. Quand je dis que je suis capable d'aller en temps réel sur mon plan d'autogestion, et qu'une activité particulière, tous les champs d'activités sont déjà pré-complétés pour moi, j'ai la moitié de la tâche cléricale qui est déjà faite. Alors je peux me consacrer à réfléchir sur oui, mes besoins ont été comblés, non, ça, ça n'a pas été comblé,

ça suscite un autre besoin de formation. Effectivement, quand il va y avoir un numéro de telle revue sur les nouveautés dans tel domaine, des fois je vais lire ça. Ou encore, j'ai vu justement qu'il y avait telle information dans telle revue, je vais aller lire ça pour compléter ce que je viens d'avoir dans ma conférence. Alors, ça, c'est réel. Si je fais ça à la fin juin, parce que je viens d'avoir mon avis de renouvellement au tableau de l'ordre du Collège, c'est pas réel. C'est remplir de la paperasse. Moi je perçois, à chacun des congrès je suis présent moi avec la version en ligne de notre plan d'autogestion pour répondre aux questions des participants. Et je perçois qu'il y a un changement. C'est encore le fardeau, c'est encore le Collège, le maudit Collège qui nous oblige à faire de la paperasse de plus entre guillemets. C'est encore ça pour plusieurs, sauf qu'il y a une ouverture. Les gens qui ont compris, les médecins qui ont compris que finalement, c'est tout simplement pour eux, et pour maintenir leurs compétences, et aussi pour éviter d'embrayer dans le même sens que plusieurs ordres professionnels d'aller vers une recertification ou un vent de recertification qu'on sent au niveau mondial. Et ça, ça va peut-être empêcher ça : « Ah oui, moi j'aime bien mieux faire ça ». Et c'est tout à fait collé à la réalité de la pratique du médecin. Alors que la recertification, tu peux être obligé d'étudier, et ce n'est pas du tout collé à la pratique pour plusieurs champs.

- **Est-ce que vous pensez que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Oui. Je pense que oui, parce que les exigences du Collège, avec l'adhésion au plan d'autogestion, c'est sûr que c'est de la vérification. C'est sûr que Dr. Ladouceur nous a dit, c'est que l'échantillonnage aléatoire de 3 % qui est fait démontre que la grande majorité des gens répond à 99 ou presque 100 % aux exigences du Collège. Par d'autres départements, au Collège, on sait qu'il y a des drapeaux rouges qui se lèvent selon l'âge du médecin, le type de pratique et tout ça, pour justement essayer de cibler, d'accrocher des médecins qui, peut-être, ne maintiendraient pas à jour leurs compétences, de sorte que je pense que les deux approches ensemble font qu'il n'y a pas de problème au niveau du maintien. C'est suffisant. Je pense que d'emblée, le groupe professionnel des médecins était, de façon éthique, un groupe qui, en général, maintient à jour leurs compétences. Juste le fait d'être avec la population, la santé, la vie des gens, tu maintiens tes compétences comme tel. D'emblée, il y a une volonté, et même avant que cette obligation-là déontologique soit instaurée en 2007, chez nous, la moyenne des médecins qui venaient chercher des crédits de formation à la Fédération n'est pas le seul organisme agréé qui donnent des crédits, mais nous on donnait, en moyenne, 21-22 heures de formation accréditée à presque 7000 médecins. L'année passée, on a monté ça à 25 heures de crédits. D'emblée, les médecins font plusieurs heures d'activités accréditées. Ça, c'est à part la lecture et les activités personnelles.

- **Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait surveiller plus particulièrement les médecins qui n'ont pas de plan de DPC?**

RÉPONSE : Je pense que ceux qui n'ont pas de plan de DPC, quand on les questionne et qu'on demande ce qu'ils font, ils font certainement du développement professionnel pareil, c'est juste qu'ils n'ont pas adhéré à un plan d'autogestion. Donc, c'est certain que le Collège a l'obligation de vérifier s'ils ont adhéré ou non. S'ils n'ont pas adhéré, (c'est de savoir) pourquoi ils n'ont pas adhéré, et de voir ce qu'ils font pour maintenir à jour leurs compétences.

- **Est-ce que vous croyez que le plan de DPC est le meilleur moyen pour que les médecins maintiennent leurs compétences ou croyez-vous qu'il y aurait d'autres moyens?**

RÉPONSE : C'est sûr qu'il y aurait d'autres moyens. Je pense que le CQDPCM (Conseil Québécois de Développement Professionnel Continu des Médecins), c'est un regroupement de tous les organismes agréés en formation, c'est chapeauté par le Collège, c'est le Collège qui nous agréé en formation pour nous donner des crédits de formation. Donc, ce regroupement, en 2005-2007, favorisait une approche d'autogestion du développement professionnel, basée sur une réflexion autour de nos besoins de formation, beaucoup plus

que par un nombre d'heures de crédits. Nous, on emboîtait le pas directement avec cette approche-là. Donc, nous on croit que c'est la meilleure approche comme tel, de par la réalité des professionnels que sont les médecins, de par leur travail, la formation que d'emblée ils faisaient auparavant. On pense que c'est la meilleure façon et personnelle.

▪ **Avez-vous d'autres commentaires, des opinions, des suggestions?**

RÉPONSE : Pas vraiment, sinon que nous, on se sent responsables, à la Fédération, d'aider nos membres à rencontrer cette obligation déontologique-là. C'est pour ça que dès le début, en 2007, on leur a fourni beaucoup d'outils. Je pense qu'on a un travail de communication à faire avec nos membres pour leur rendre ces outils-là disponibles et les faire connaître, parce que avec tous les outils qu'on peut avoir développés et qui existent actuellement, je pense que ça ne peut être que salubre pour que les gens rencontrent leurs obligations déontologiques. Nous, on y croit, on a des ateliers pour aider nos gens à compléter le plan d'autogestion, on a des ateliers pour les aider à adopter le plan d'autogestion en ligne. On commence à travailler sur des ateliers de développement professionnel sur les compétences, alors c'est certain que nous, on est plongés dedans et qu'on a du travail pas quotidien mais quasi-quotidien dans ce sens-là. Donc on y croit énormément, et on essaie de les aider à justement rencontrer l'obligation du Collège.

Entrevue ID439

▪ **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça a pour vous dans votre quotidien?**

RÉPONSE : C'est important de se tenir à date, d'autant plus qu'en médecine de famille on touche à beaucoup de domaines. Donc, ça demande beaucoup pour se tenir à date.

▪ **Quels sont vos moyens pour vous tenir à date?**

RÉPONSE: Les lectures beaucoup, internet de plus en plus, je n'ai pas encore, c'est-à-dire j'ai le réflexe, mais je n'ai pas les sites nécessairement. Je vais beaucoup sur « Médecins du Québec » en recherche avancée où je trouve que c'est facile d'aller trouver des choses. Maintenant nous, on est GMF, on a aussi des étudiants de McGill, donc on a toujours « Up to date » ici que je trouve toujours très utile, mais c'est surtout les lectures. Conférences, puis aussi, je vais à des congrès. C'est vraiment mes trois façons.

▪ **Est-ce que vous avez une préférence dans tous ces moyens-là?**

RÉPONSE : Ben lectures, parce que c'est plus facile en temps perdus entre guillemets, c'est sûr qu'avec la charge de travail, des fois, les congrès, au moins un minimum par année, ça c'est sûr. Cette année, je vais être allée au moins à deux congrès, mais c'est sûr que la lecture, ça reste plus facile et c'est plus ciblé aussi. S'il y a quelque chose qui m'intéresse, je vais aller voir là-dessus. C'est surtout la lecture finalement.

▪ **Est-ce qu'il vous arrive de choisir vos activités de formation vraiment en fonction de vos besoins?**

RÉPONSE : je dirais toujours, dans le sens où je n'ai pas de temps à perdre. On va dire ça comme ça. Donc il faut vraiment que ce soit ciblé, soit sur une de mes activités, soit sur des besoins où je dis : « Bon, ça fait longtemps que je ne me suis pas replongée dans la neuro où ça va vraiment être des besoins très identifiés qui vont faire en sorte que je vais décider d'aller dans tel type de congrès. Les soupers-conférences, de moins en moins, et si c'est un produit qui est le commanditaire, ça ça ne m'intéresse pas, les soupers gratuits, ça vraiment je balaie ça du revers de la main.

▪ **Donc c'est assez facile pour vous d'identifier vos besoins.**

RÉPONSE : Pas nécessairement tout le temps. Non, ce n'est pas toujours facile, mais des fois, c'est la clinique : si j'ai eu un cas qui m'a... diagnostique différentiel, là ça va être une recherche très ciblée là-dessus. D'autres fois, ça va être : Ah, ça ça fait longtemps que je n'ai pas regardé telle affaire, exemple je regarde c'est quoi les nouvelles conduites en urgence, parce qu'on fait du sans rendez-vous, mais de temps en temps, ça va être ciblé, mais souvent, ça va être plus mes cas clinique qui vont me dire : « Ouais, là-dessus, ça fait un petit bout de temps que j'ai pas lu les nouveaux tests diagnostiques et les nouvelles molécules ». Ça va souvent être comme ça pour quantifier mes besoins.

- **Parmi vos différents champs de pratique, quelles sont les compétences que vous trouvez les plus importantes à maintenir ou à améliorer?**

RÉPONSE : Les connaissances, c'est sûr, c'est toujours les connaissances, les compétences aussi, savoir transmettre ces connaissances-là. J'essaie d'avoir des outils de transmission, parce que les patients nous arrivent, ils sont allés voir sur internet. Des fois il y a des fausses croyances qu'il faut comme décortiquer, donc ton habileté à communiquer avec tes patients et être sûr de leur compréhension, ça ça serait une habileté. C'est surtout ça. La connaissance, et la transmission de ces connaissances-là.

- **Je ne sais pas si vous connaissez les compétences CanMeds?**

RÉPONSE : Oui, il y a le leadership, ces affaires-là?

- **Je peux peut-être juste vous les énumérer rapidement : L'expertise médicale, qui a rapport au savoir, la communication, la collaboration entre médecin-patient et avec vos collègues...**

RÉPONSE : Oui, l'échange d'informations permet la collaboration.

- **La gestion, la promotion de la santé, l'érudition et le professionnalisme. Est-ce qu'il y en aurait, dans ces compétences-là, que vous trouvez plus difficiles?**

RÉPONSE : je vous redemanderais la dernière : promotion de la santé, et l'autre, c'était?

- **Érudition et professionnalisme.**

RÉPONSE : L'expertise, ça c'est toujours, dans le fond c'est toujours en marche l'expertise. La collaboration, ça ça peut être plus difficile la collaboration avec les autres professionnels. On a toujours chacun nos champs de compétence. Ça ça peut causer parfois des petites frictions. Avec les patients, c'est moins problématique. Promotion de la santé, on essaie. Je veux dire, ça c'est vraiment en terme de prévention, moi j'appelle ça mes disquettes : la disquette tabagisme, la disquette du poids, tout ça, c'est la promotion de la santé. Érudition et professionnalisme, peut-être que je ne la comprends pas bien, mais je ne sais pas trop ce qu'on entend par ça comme compétence.

- **En fait, érudition, ça rejoint non seulement les connaissances que vous devez maintenir dans votre champ de pratique, mais aussi les autres connaissances plus larges que vous devez tenir à jour dans plusieurs domaines.**

RÉPONSE : Moi j'appelle ça de la curiosité.

- **Oui, c'est ça.**

RÉPONSE: J'ai d'autres champs d'intérêt que la médecine, que ce soit en culture, en art et spectacles, en lecture, en politique ; j'ai beaucoup de choses qui m'intéressent. L'érudition, ce n'est pas quelque chose qui me demande un effort. Ça fait plus partie de la personnalité. Puis professionnalisme, oui, je pense que, parce que j'ai beaucoup de champs d'intérêt, beaucoup de champs de pratique. J'ai affaire à plusieurs personnes. Je trouve que le professionnalisme, c'est d'être pas un garant, mais être Docteur, pour moi, c'est être plus important. Donc, il faut que l'image aussi aille avec le professionnalisme et avec ma profession qui est d'être médecin.

- **Est-ce que vous rencontrez certains obstacles dans votre quotidien qui font en sorte que c'est plus difficile de maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Il y a la surcharge de travail, c'est sûr, ça serait la première, je regarde, je viens de terminer une semaine d'hospitalisation, ben, même si le soir j'ai des questionnements, je suis trop fatiguée, j'aime mieux dormir pour être en forme le lendemain matin. C'est aussi bête que ça, des fois c'est en termes de temps. Oui le temps qui nous manque, mais aussi la surcharge de travail. Ça serait les deux composantes qui sont un frein des fois à faire de l'éducation médicale continue.

- **On va parler maintenant des différents programmes de DPC. Je vous les ai dit tantôt rapidement : le Collège Royal, le Collège des médecins de famille et les deux plans d'autogestion : celui de la FMOQ et du Collège des médecins. Est-ce que vous connaissez les principales différences entre ces programmes-là?**

RÉPONSE : Moi d'emblée, j'ai adhéré à celui de la FMOQ, tout d'abord parce que je suis active aux faits de la FMOQ, c'est une première raison, mais vous m'aviez dit que mon nom ne paraîtrait pas, mais je fais aussi partie du comité éditorial au niveau du *médecin du Québec*, donc je ne me suis même pas posée la question si j'allais voir un autre plan pour mon éducation médicale continue. J'ai d'emblée adhéré à celui de la FMOQ.

- **Parce qu'en fait, rapidement, c'est que pour celui du Collège royal, il faut amasser un certain nombre de crédits en cinq...**

RÉPONSE : Oui, oui, vous voulez dire au niveau de base, oui, oui, ça je comprends, ce n'est pas des crédits, c'est vraiment d'avoir, pas une information, mais une réflexion sur le type, dans le fond, d'éducation dont on a besoin. C'est ça que je voyais comme différence, et pas bêtement et mathématiquement d'aller chercher des crédits, mais il faut aller chercher des connaissances, et bon, des compétences, même si ce mot-là n'est pas très bien pris. C'est des compétences transversales. Moi c'est ça que je voyais comme différence.

- **En fait, je vous parlais plutôt d'une différence au niveau des plans eux-mêmes qu'il faut remplir. Le Collège Royal, c'est avec des crédits, le Collège des médecins de famille, les deux, c'est beaucoup avec des crédits, mais la démarche réflexive entre dedans aussi de plus en plus, et le plan d'autogestion du Collège des médecins doit ressembler, j'imagine, à celui de la FMOQ. C'est vraiment juste une démarche réflexive et ça ne demande pas un nombre minimal d'heures ou de crédits.**

RÉPONSE : Je trouve que c'est une approche plus professionnelle que d'avoir une réflexion sur le type, dans le fond, de connaissances que tu as besoin, et je trouve qu'il y a bêtement des crédits en pneumo. Moi, ça me convient plus comme approche.

- **Est-ce que c'est nécessaire, d'après vous, d'adhérer à un programme ou à un plan de DPC pour maintenir ses compétences?**

RÉPONSE : Non. Moi je pense qu'il y a des gens pour qui ces plans-là, ça va être trop rigide, que ça ne leur tentera pas de mettre du temps sur toute la gestion que ça demande, mais qui vont quand même être en mesure de se tenir à date. Non, je ne pense pas que c'est plus exigeant. Je suis convaincue qu'il y a des personnes à qui ça convient moins ça.

- **Est-ce que vous pensez que certains programmes sont plus exigeants que d'autres?**

RÉPONSE : Honnêtement, je ne sais pas.

- **Pensez-vous que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Oui, je dirais que c'est suffisant.

- **Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait veiller à ce que**

tous les médecins québécois maintiennent et améliorent leurs compétences par un plan de DPC, parce qu'en ce moment, il y a environ 5 % des médecins qui n'adhèrent pas à aucun plan.

RÉPONSE : Je pense que c'est ça : le fait de ne pas adhérer ne veut pas dire que tu n'es pas compétent, et le fait d'adhérer ne veut pas dire que tu vas rester compétent. Je pense que la mise à niveau des connaissances, c'est plus compliqué que ça. Non, je ne pense pas que ça devrait être obligatoire. Je pense qu'il y a des gens pour qui ces plans-là, c'est pas nécessairement ce dont ils ont besoin.

- **Est-ce que le Collège des médecins devrait surveiller plus particulièrement l'exercice de ces médecins-là qui n'ont pas de plan de DPC?**

RÉPONSE : Non, je pense que compte-tenu que c'est obligatoire, il y en a sûrement qui ont dit qu'ils adhéraient à des plans, et dans les faits, ils ne le font pas. Les 5 % sont peut-être honnêtes, et il y en a peut-être 10 %, je ne sais pas, je dis un chiffre comme ça, qui disent adhérer, mais qui ne le font pas, de sorte que je pense qu'il ne faut pas nécessairement cibler ces médecins-là. Je ne vois pas l'intérêt.

- **Si on voulait trouver une méthode d'uniformisation, si on (le Collège) voulait mettre des règles, est-ce que vous croyez que le plan de DPC, c'est le meilleur moyen, ou est-ce qu'il y aurait un autre moyen de s'assurer que tous les médecins maintiennent leurs compétences?**

RÉPONSE : C'est très difficile, et il ne faut pas que ce soit quelque chose de coercitif. Déjà, que ce soit obligatoire d'adhérer, je pense que vous avez eu en masse d'échos que ce n'était pas tout le monde qui était bien content de ça, alors c'est sûr qu'il ne faut pas que ce soit un plan coercitif. Il faut laisser la liberté aux médecins de choisir quel plan est le plus adapté à leurs besoins, mais je ne pense pas qu'on puisse uniformiser et que tous les docteurs ont besoin du même type de plan, parce qu'entres autres, comme omnipraticiens, il y a tellement de différences dans les champs de pratique que de penser avoir un seul plan, pour moi, je pense que c'est utopique.

- **Est-ce qu'il y aurait quelque chose à rajouter au plan, par exemple?**

RÉPONSE : Pas vraiment, parce que je pense que le plan doit s'adapter aussi à l'individu, alors pour certaines personnes, elles vont d'emblée rajouter des choses, alors qu'il y a des compétences, dans certains domaines, que tu n'as pas besoin. Donc, tu ne seras pas poussé à aller voir du côté du leadership ou de la promotion de la santé si tu as une pratique très pointue. Non, je ne pense pas qu'on doive en rajouter.

- **Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions, des suggestions à propos du plan de DPC ou à propos du maintien des compétences en général?**

RÉPONSE : C'est tellement personnel, mais je pense que dans notre formation, on est vraiment sensibilisés au fait qu'il faut toujours que tu sois un peu aux aguets et à date. Je pense que c'est déjà quelque chose qui commence dès la formation. Premièrement, la curiosité scientifique, on est aussi des scientifiques, puis nos patients, de plus en plus aussi, viennent nous « challenger » sur nos propres connaissances et compétences, parce qu'ils vont sur internet. Il y a des patients vraiment qui sont au fait de la dernière pilule, tout ça, et moi ce n'est pas rare qu'on regarde ensemble sur internet : ouais, il faut parler de ça. Donc ça aussi, je trouve que c'est un bon stimulus. Nos patients sont un bon stimuli pour se tenir à date, mais je pense que c'est une question d'honnêteté, personnelle, dans le sens où, pour être un bon docteur, il y a un minimum de connaissances que tu dois tenir à date et il y a un minimum de questions que tu dois te poser dans tes pratiques quotidiennes. Ça je pense que dès notre formation, je pense que la majorité d'entre nous, on a ce questionnement-là et cette réflexion-là à faire. Mais je pense que ça pourrait être aussi dans le cadre de notre formation, de notre résidence, toujours être impliqué, nous donner des moyens. Avec internet, j'imagine que les résidents, ils ont encore plus d'outils que nous pour aller chercher des affaires en termes d'éducation médicale continue.

- **Par exemple, est-ce que vous croyez que justement, en début de carrière, ça serait une bonne idée que, par exemple, le plan de DPC soit obligatoire, mais qu'après un certain nombre d'années, ça ne soit plus demandé?**

RÉPONSE : Ah mon Dieu! Ça c'est une question « touchy ». En début de pratique, j'imagine que dans le fond, en tout cas j'espère, que leurs connaissances sont plus encore à date qu'un docteur qui a 15 ans de pratique. Je ne pense pas qu'il y ait une date butoire où là, tout d'un coup, on n'a plus besoin d'avoir d'éducation médicale continue. Moi je pense que, la façon dont c'est fait maintenant, c'est bon pour tout le monde, je pense que ça devrait continuer comme ça, sans qu'on fasse de différence entre les jeunes docteurs et les docteurs en cours de pratique.

- **Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter?**

RÉPONSE : Non.

- **Parfait. Je vous remercie d'avoir répondu à nos questions.**

Entrevue ID485

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend pour vous dans votre vie quotidienne?**

RÉPONSE : Comme je disais, j'en organise des tas, donc c'est important pour moi. Mais je pense que c'est essentiel pour la pratique médicale.

- **Est-ce que vous pratiquez (en ce moment)?**

RÉPONSE : Non.

- **Est-ce que vous maintenez vos compétences quand même dans le domaine médical?**

RÉPONSE : Ben je... non, pas vraiment.

- **Est-ce que vous connaissez les compétences CanMeds?**

RÉPONSE : Oui.

- **D'après vous, quelles seraient les plus importantes pour un médecin?**

RÉPONSE : Communication.

- **Et les plus difficiles d'après vous?**

RÉPONSE : Ben, c'est la même.

- **On va passer au plan de DPC, donc vous les connaissez, j'imagine?**

RÉPONSE : Oui.

- **Pouvez-vous les nommer et dire les principales différences entre ces programmes-là?**

RÉPONSE : Écoutez, il y a celui du Collège Royal, il y a celui du Collège des médecins de famille du Canada, il y a celui du Collège des médecins, la FMOQ, on peut le mettre là-dedans aussi.

- **Est-ce que vous adhérez à un programme?**

RÉPONSE : Je suis avec le Collège des médecins.

- **Pour quelles raisons?**

RÉPONSE : Parce que je ne suis pas membre du Collège Royal ni du Collège des médecins de famille du Canada.

- **Est-ce que, d'après vous, c'est nécessaire pour un médecin d'adhérer à un programme ou à un plan de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles?**

RÉPONSE : Oui.

- **Est-ce qu'il y aurait, d'après vous, certains programmes qui seraient plus exigeants que d'autres si on parle des crédits ou des plans d'autogestion?**

RÉPONSE : Ben, en fait, les deux Collèges visent un nombre d'heures précis, alors que le Collège lui-même a décidé de prendre cette voie-là.

- **Le procédé réflexif que demandent le Collège des médecins et la Fédération des médecins omnipraticiens, croyez-vous qu'il est plus exigeant, par exemple, que d'aller amasser des crédits?**

RÉPONSE : Euh, je croirais que oui.

- **Est-ce que vous pensez que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences si on parle du plan de DPC du Collège des médecins?**

RÉPONSE : Oui.

- **Pour le moment, il y a à peu près 5 % des médecins qui n'adhèrent à aucun plan. Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait veiller à ce que tous les médecins québécois maintiennent leurs compétences en adhérant à un plan?**

RÉPONSE : Oui.

- **Et croyez-vous que le plan de DPC est le meilleur moyen de maintenir la compétence des médecins, ou est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres moyens qui pourraient être pris? Il y en a qui parlaient de la recertification, ou de la comparaison entre médecins, que les médecins entre eux pourraient s'évaluer en se comparant?**

RÉPONSE : Non, c'est-à-dire que la réponse à votre question, c'est oui. Je pense que c'est mieux comme... le plan d'autogestion.

- **Croyez-vous que le Collège des médecins devrait surveiller plus particulièrement l'exercice des médecins québécois qui n'ont pas de plan de DPC?**

RÉPONSE : Probablement, oui.

- **Systématiquement ou seulement lors de plaintes?**

RÉPONSE : Moi je dirais assez systématique, oui.

- **On arrive à la fin de l'entrevue. Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions, des suggestions à propos du plan de DPC en général ou du maintien des compétences?**

RÉPONSE : Moi je trouve la décision a été prise était la bonne.

- **Parfait. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter?**

RÉPONSE : Non.

Entrevue ID552

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend pour vous dans votre vie quotidienne?**

RÉPONSE : Je pense que c'est essentiel. Je le fais à tous les jours, surtout venant d'un milieu académique, mais je peux comprendre que ça peut être très difficile si les gens sont plus isolés, mais je pense que c'est essentiel.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez?**

RÉPONSE : Ils sont divers, surtout que maintenant on a l'internet aussi où on a les résultats des congrès presque en direct, mais ils sont multiples : c'est autant les congrès professionnels que de la lecture personnelle, que des projets. Moi je fais des projets de recherche, donc des projets encore plus spécialisés dans mon domaine. Puis une autre façon, je pense que c'est souvent sous-estimé, c'est la dissémination des conférences. Quand tu vas donner une conférence à quelqu'un, bon, même si je suis un expert dans le domaine, je vais toujours faire mon petit « medline » quelques jours avant pour être sûre qu'il n'y a pas un papier qui m'a glissé entre les mains. C'est les moyens principaux.

- **Est-ce qu'il y en a un parmi eux que vous préférez?**

RÉPONSE : Que je préfère personnellement ou que je pense plus utilisé?

- **Personnellement.**

RÉPONSE : Je pense que c'est la lecture au jour le jour, parce que ça me permet de toujours, d'essayer de ne rien manquer. « Toujours » est un gros mot, je reviens de trois semaines de vacances.

- **Est-ce que le plus souvent vous choisissez vos activités de formation vraiment en fonction de vos besoins? Je ne sais pas si vous faites de la pratique en ce moment?**

RÉPONSE : Oui, je suis en théorie à 50 % recherche, mais en pratique, les deux tiers de mon temps, je vois des patients.

- **Mais le DPC que vous faites, le plus souvent, est-ce que ça a rapport avec ce que vous voulez améliorer ou est-ce que c'est plus par intérêt personnel?**

RÉPONSE : Je pense que c'est un peu des deux. C'est sûr qu'ici, on est dans un milieu un peu biaisé, parce qu'on est un milieu tertiaire, même quaternaire, alors, c'est sur les besoins perçus ou pas, mais c'est un peu... pour vous donner un exemple, je vais à la Société Internationale de Transplantations Cardiaques à chaque année. Oui, je vois ces patients-là, mais dans ce domaine-là comme dans plein d'autres, il y a énormément de choses qui bougent, on en fait quinze patients par année, alors on ne peut pas tout savoir. C'est un besoin, oui c'est un intérêt, mais c'est un besoin, je crois, qui est réel aussi, pas juste perçu.

- **Est-ce que vous trouvez facile ou difficile d'évaluer vos besoins, c'est-à-dire votre pratique, ce que vous avez besoin d'apprendre?**

RÉPONSE : C'est vrai que... ça c'est une question « tricky » en bon français, parce qu'à la fois, c'est comme n'importe quoi, on va évidemment lire beaucoup sur les choses qui nous intéressent, mais la chance que j'ai, dans un milieu comme ici, c'est que je vois des patients avec des pathologies que je ne me sens pas tout à fait à l'aise, alors je vais aller lire dessus, parce que quelque chose qu'on voit à tous les deux ans ou qui n'est pas dans notre domaine

de spécialité pointu, alors, je pense que c'est sûr qu'on a à lire sur ce qui nous intéresse plus, mais je pense que les congrès de cardiologie générale sont là aussi pour ramener, je dirais, les choses générales, puis j'essaie d'aller au moins à un par année.

- **Est-ce que vous connaissez les compétences CanMeds?**

RÉPONSE : Oui, on évalue les résidents à ce niveau-là à chaque fois qu'on les voit.

- **Vous faites de l'enseignement?**

RÉPONSE : Oui, on est un centre d'enseignement. De la façon que ça fonctionne, l'enseignement auprès des patients, et je donne à l'occasion des cours à l'Université, dont vendredi prochain.

- **Parmi ces compétences-là, est-ce qu'il y en aurait que vous jugez plus importantes que d'autres? Primordiales mettons?**

RÉPONSE : Je vous dirais que je pense qu'elles sont toutes importantes à des besoins différents. C'est sûr que l'expertise est extrêmement importante pour soigner le patient, mais s'il n'y a pas de talent de communicateur, ou qu'il n'y a pas de professionnalisme, je pense qu'on manque le bateau. J'ai un peu de difficulté à en mettre une plus haute que l'autre, plus élevée que l'autre. Je pense qu'elles sont toutes essentielles à différents niveaux, dépendamment des patients que l'on voit.

- **Dépendamment le domaine de pratique aussi?**

RÉPONSE : Je pense que c'est essentiel.

- **Est-ce qu'il y en aurait des plus difficiles pour vous?**

RÉPONSE : Peut-être le côté gestionnaire parfois, parce que ça se rajoute à tout le reste, en ce qui nous concerne, principalement les divers comités. C'est probablement celui qui est plus difficile en terme plus globale, mais ça s'améliore beaucoup, on a plus de temps, peut-être pas protégé, mais les gens sont plus habitués à faire des réunions à 7H00 le matin ou en soirée, alors c'est probablement celui qui est le plus difficile en ce qui me concerne.

- **Est-ce que vous trouveriez que ce serait bien de faire plus de formation sur ces compétences-là? Il y en a déjà, mais s'il y en avait plus, est-ce que ça vous intéresserait?**

RÉPONSE : Ici, je vous dirais qu'on est submergé, on vient de passer à travers l'évaluation du Collège Royal, et ils viennent à tous les quatre ans faire l'évaluation des hôpitaux, et ils sont venus le printemps dernier. Alors, ici, je pense que les gens vont peut-être plus en faire une indigestion et je doute fort qu'il y ait un gros... nous on le présente comme C-É-G-E-P, c'est plus facile à retenir que votre angle.

- **Est-ce que vous rencontrez certains obstacles au quotidien qui vous empêchent de maintenir vos compétences comme vous le voudriez?**

RÉPONSE : Qui nous empêchent, non. C'est sûr que quand on a des semaines de garde très chargées, c'est difficile et justement, ça va dans les choses à lire. Ça demande une discipline qui n'est pas toujours évidente quand on a des grosses semaines de garde ou quand on revient de vacances et qu'on est submergé. C'est comme ça dans n'importe quel milieu ; je pense qu'il faut se discipliner.

- **On va parler maintenant des différents plans de DPC. Est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : Non, moi je participe au Collège Royal. J'ai pas le choix, alors j'essaie maintenant de le faire, maintenant qu'il est en ligne, quand on va à chaque présentation, c'est pas mal moins long que de le faire la dernière semaine de janvier pour le faire.

- **Je vais juste vous nommer les autres : il y a le Collège des médecins de famille**

du Canada (Mainpro) qui fonctionne par crédits aussi comme le Collège Royal, mais il y a une partie de réflexions depuis peu, et il y a deux plans d'autogestion : celui du Collège des médecins et celui de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, qui ne sont, en fait, pas un cumul de crédits, ça ne demande pas un nombre d'heures ou un nombre de crédits par année. C'est vraiment une réflexion personnelle avec des objectifs.

RÉPONSE : C'est plus pour les omnipraticiens, ce qui ne me touche pas du tout. Je savais que le Collège des médecins de famille en avait un aussi.

- **Avez-vous des raisons particulières qui font que vous adhérez à celui du Collège Royal? Parce que celui du Collège des médecins pourrait vous être accessible aussi.**

RÉPONSE : Ben je ne vois pas... ça me rappelle, il n'y a pas longtemps, quand on avait deux examens à faire pour exactement la même chose. Je pense que c'est dupliquer les tâches dans un contexte où c'est, selon moi, complètement inutile. Il y a une faible proportion des cardiologues qui n'ont pas leur Collège Royal, parce que pour le Québec, ça prenait un an de moins, en tout cas, pour pratiquer au Québec, alors qu'au Canada, c'était six ans, et c'était cinq ans il y a quelques... alors que pour ces individus-là, c'est sûr qu'il faut s'assurer qu'ils maintiennent leurs compétences, mais en ce qui me concerne, remplir d'autre paperasse, ça ne donnerait pas grand-chose, je le remplis déjà avec le Collège Royal, le Collège Royal fait des « audit », je ne sais pas comment le dire en français, mais mon nom est tiré et il a fallu que je leur sorte tous mes certificats pour leur envoyer pour prouver que je l'avais bien fait. Je vais vous avouer que je trouverais ça très lourd, et je ne vois pas vraiment la pertinence que ça a dans le contexte où, oui la formation est faite, les congrès sont faits, il y a déjà un mode qui est en place pour vérifier les compétences. Je comprends bien que le rôle du Collège des médecins, c'est de protéger le public, mais je pense que si on maintient nos compétences avec le Collège Royal, c'est un peu comme quand j'étais résidente et qu'on devait faire deux examens sur la même chose, parce que la main droite ne parlait pas la main gauche. Ça m'apparaît un peu lourd pour pas grand-chose.

- **Quand on parle de crédits versus le plan d'autogestion dont je vous ai parlé, est-ce que vous croyez qu'il y en aurait un plus efficace que l'autre, une manière plus efficace qu'une autre?**

RÉPONSE : Mais le Collège Royal a une section autogestion, alors les deux actuellement, au Collège Royal, sont intégrées dans le programme, alors je vous dirais que ça dépend des cas. Je pense que les deux sont importants, quand je vous dis que j'ai un patient à l'étage, je ne sais ce qui se passe et que je veux lire là-dessus, ou que je veux partir un groupe de discussion sur l'internet sur des sujets pointus comme les supports mécaniques et la greffe cardiaque, c'est comme de l'autogestion, mais en lisant et en parlant avec les gens ; les deux sont indissociables et essentiels. Je ne vois pas quelqu'un qui irait juste à des congrès et qui ne ferait rien d'autre.

- **Donc la partie écrite des réflexions, vous trouvez ça important?**

RÉPONSE : Je pense que c'est important pour nous, mais pour les soins aux patients également.

- **Par rapport à celui du Collège des médecins particulièrement, même si vous ne le connaissez pas vraiment, juste le fait que ça ne fonctionne pas par crédits et qu'il n'y a pas un nombre d'heures par année, est-ce que vous trouvez que les exigences sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Ça revient un peu à ce que je vous ai dit tout à l'heure : ceux qui ne sont pas membres du Collège Royal, peut-être qu'on devrait se calquer un peu plus vers le Collège Royal pour voir, parce que quelqu'un qui, ben là il y en a beaucoup moins, mais à une certaine époque, il y avait des trucs organisés par les compagnies pharmaceutiques et si tu vas à trois fins de semaine au Mont-Tremblant, je ne suis pas convaincue que c'est la

meilleure façon de maintenir ses compétences de façon non biaisée à tout le moins, alors je pense qu'il faut s'assurer qu'il y ait un minimum. Il faudrait peut-être que la main droite parle à la main gauche, que le Collège Royal et le Collège des médecins, mais évidemment, c'est deux rôles différents, mais je pense que dans ce contexte-là, le Collège Royal fait bien son travail, et ceux qui ne sont pas certifiés du Collège Royal comme spécialistes effectivement, il faudrait peut-être être un peu plus sévère que juste dire : « Dis-moi ce que tu as eu ».

- **Pour l'instant, il y a environ 5 % des médecins qui n'adhèrent à aucun plan de DPC. Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait veiller vraiment à ce que tous les médecins québécois...**

RÉPONSE : C'est ce que je vous disais là. Ceux qui ne font pas partie du plan du Collège Royal devraient...

- **Est-ce qu'ils devraient être surveillés systématiquement?**

RÉPONSE : Ben, est-ce qu'ils devraient être surveillés? Je ne sais pas, mais ils devraient démontrer un équivalent du Collège Royal en termes de formation.

- **Est-ce que vous trouvez que le plan de DPC est le meilleur moyen pour s'assurer que les médecins maintiennent leurs compétences ou est-ce que vous pensez à un autre moyen qui pourrait être pris?**

RÉPONSE : Je ne sais pas, je dirais que dans un monde idéal, les gens devraient être assez responsables, mais comme on n'est pas dans un monde idéal, je suis loin d'être un expert dans le domaine, mais ça semble être ce que les gens ont fait. On peut être plus coercitif comme aux Etats-Unis et refaire nos examens à tous les dix ans. Pour avoir fait mon Fellow aux Etats-Unis et même être retournée l'année passée pour une courte période de six semaines, ils commencent à venir aux réunions trois mois avant leur examen, puis je ne suis pas sûre que c'est l'idéal, mais je n'ai pas assez connu les deux milieux pour vous dire, hors de tout doute, qu'est-ce qui est le mieux.

- **Est-ce que vous pensez que c'est nécessaire d'adhérer à un plan de DPC pour maintenir ses compétences?**

RÉPONSE : Je pense que c'est essentiel. Est-ce que ça doit être un plan coercitif? Je pense que comme individu, comme médecin, on se doit de le faire, je pense que c'est essentiel.

- **C'est sûr que c'est une mesure préventive.**

RÉPONSE : La nature humaine étant ce qu'elle est, je comprends très bien qu'à la fois le Collège des médecins et le Collège Royal veulent s'assurer que c'est fait.

- **Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions, des suggestions à propos des plans de DPC ou du maintien des compétences en général?**

RÉPONSE : Pas vraiment. J'ai plein d'opinions, mais pas vraiment particulières à ça. Non, je ne sais pas si vous avez d'autres questions? Sauf que C-É-G-E-P (pour la présentation des compétences CanMeds), c'est plus facile de s'en souvenir.

Entrevue ID587

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend dans votre vie de tous les jours?**

RÉPONSE : À titre de médecin moi-même, je pense que c'est important d'avoir un mécanisme pour documenter et encourager le développement professionnel médical continu, mais moi-même, je m'occupe énormément. Je suis le président de la société des sciences vasculaires du Québec, le président de travail... donc j'organise deux congrès annuels et des congrès périodiques, au rythme d'à peu près un par mois à l'année longue, sauf l'été, de telle façon que je suis intéressé à entendre le médecin pratiquant et de moi-même parfaire ma formation, mais je suis aussi responsable de programmes de formation assez importants. Ils sont tous accrédités par les diverses Universités avec lesquelles je fais affaire partout au Canada.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Essentiellement des congrès, tant pour moi que ceux que j'organise, et deuxièmement, des lectures, beaucoup de lectures.

- **Avez-vous une préférence pour les moyens que vous utilisez?**

RÉPONSE : Moi j'aime bien le type de conférence que j'organise, quand je parle de conférences, je parle de symposiums et de congrès, c'est constitué, au minimum de quatre conférences, ça c'est un mini-symposium, jusqu'à vingt-cinq conférences qui sont des congrès plus gros que j'organise. C'est la méthode dynamique que je préfère, mais je lis environ deux heures par jour, et c'est complètement indissociable. Si j'avais à choisir entre les deux, je choisirais les lectures, à la limite. C'est si j'étais obligé de sélectionner. Mais les deux sont complémentaires. Il y a plusieurs autres formes d'apprentissage, comme les ateliers, les méthodes informatiques, etc. et je n'utilise pas ces méthodes-là. On ne parle pas aussi bien sûr, moi je pratique en milieu universitaire, donc j'ai la chance d'assister à des réunions de service, à des réunions de départements, je suis moi-même en charge des réunions de service et en charge des réunions de départements, et aussi au journal-club, aux ateliers de lecture, etc. Donc dans le cadre de mes activités de tous les jours, dans un centre hospitalier universitaire, j'assiste à une moyenne de deux à trois activités de formation professionnelle continue par semaine. Ça aussi je trouve ça très intéressant, ça fait partie de ma vie professionnelle. Donc, c'est les trois choses que je fais. Les autres méthodes, je les utilise moins, et je ne suis pas réellement intéressé à les utiliser non plus.

- **Est-ce que ça vous arrive de choisir vos activités en fonction de vos besoins?**

RÉPONSE : Oui. À peu près toujours.

- **Parce qu'il y en a (des médecins) qui fonctionnent par intérêts, ce qu'ils savent déjà...**

RÉPONSE : C'est vrai. Je suis en médecine interne, je m'intéresse à tout. Alors, c'est sûr que je suis ultra-spécialisé en pathologies vasculaires, parce que j'ai un intérêt particulier en neurologie, cardiologie, tout ce qui concerne les problèmes vasculaires, mais à titre de responsable du département de médecine, il faut que j'aie l'esprit ouvert à un peu tout, et c'est dans ma nature de m'intéresser à un peu tout. Donc c'est sûr que j'étudie en fonction de mes besoins, mais je lis en fonction de choses qui ne sont pas nécessairement évidentes dans mes besoins, mais qui peuvent m'être utiles en médecine interne, parce que je fais l'unité d'enseignement de médecine interne. Alors là, j'ai des patients d'à peu près n'importe quoi. Il faut que je me tienne à date dans n'importe quoi, même si ce n'est pas mon intérêt primaire. Il faut que j'aie des notions de base en SIDA, même si ce n'est pas mon intérêt, parce qu'on a des patients hospitalisés.

- **Est-ce que c'est facile pour vous d'évaluer vos besoins?**

RÉPONSE : Oui.

- **Parmi vos différents champs de pratique, quelles sont vos compétences les plus importantes à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Ça c'est des questions un peu théoriques et difficiles pour moi. Je ne suis pas vraiment sûr que je comprends ce que vous dites. Est-ce que vous voulez parler du sujet ou de ce que j'ai besoin de savoir?

- **Plus du sujet. Mais là, vous avez plein de champs de pratique, et l'enseignement, ça rentre dedans aussi, alors c'est sûr que c'est un peu plus compliqué.**

RÉPONSE : Mettons que ce n'est pas compliqué pour moi d'identifier ce que j'ai de besoin.

- **Maintenant on va parler des compétences CanMeds. Lesquelles seraient les plus importantes pour vous?**

RÉPONSE : Pour moi, c'est plus l'érudition dans ma pratique, parce que tout le reste, c'est intégré, je veux dire, moi, les critères CanMeds, je montre ça aux étudiants, mais pour moi, ce que je dois maintenir le plus, c'est d'être... en fait, tout est important. Pour être expert, dans mon cas, il faut que je sois érudit, il faut que je sois au courant de tout. Si j'avais à choisir une affaire quand je les lis, c'est plus l'érudition, mais dans le but de devenir un expert, je ne vais pas lire pour devenir professionnel, je ne vais pas lire pour être gestionnaire, collaborateur, communicateur, je fais ça tout le temps. Alors, puis en même temps, je ne suis pas intéressé à lire en pédagogie médicale, je ne suis pas intéressé à suivre un cours sur comment parler au monde. C'est important, c'est sûr, mais ça ne m'intéresse pas d'aller à un cours là-dessus. Alors, les critères CanMeds sont tous importants, mais c'est sûr que ceux que moi je cherche à développer sont au niveau de l'érudition et de l'expertise.

- **D'après vous, est-ce qu'il y en aurait des plus difficiles?**

RÉPONSE : Je vais dire non.

- **Est-ce que vous rencontrez des obstacles dans votre vie quotidienne qui vous empêchent de maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : L'obstacle est comment on évalue ça. Moi j'utilise, comme j'expliquais à Monsieur Ladouceur, j'utilise le système du Collège Royal qui s'appelle...

- **C'est le programme du maintien du Certificat.**

RÉPONSE : En tout cas, le système du Collège Royal, parce que c'est le premier qui a été mis en place, le premier qui a été raisonnablement informatisé, donc j'utilise celui-là. Mais je suis très insatisfait, parce que le module informatique est mal fait, il est harassant. Exemple : on va à une réunion du département de médecine tous les mercredis. Tu ne peux pas, dans leur système, inscrire que tu vas aux réunions tous les mercredis. Il faut que tu les inscribes une par une. Il faut que tu inscribes une date, c'est d'une lourdeur effrayante! Je veux dire, je déteste le système. Je m'y prête, parce que je suis obligé, mais je le trouve pas du tout convivial, contrairement à ce que le Collège Royal dit. Il a l'air convivial au premier abord, t'as des belles colonnes, mais quand tu viens pour entrer, quelqu'un comme moi qui fait ça, je fais de l'éducation médicale, j'apprends pour moi-même tous les jours. Je lis deux heures par jour. Je vais le lundi à une réunion, le mercredi à une réunion, le jeudi à une réunion, plus mes congrès. Quand je viens pour rentrer ça au bout d'un mois ou d'une semaine, c'est l'enfer, c'est énervant, parce qu'il n'y a pas moyen de rien automatiser, de pouvoir marquer : « tous les jeudis, je fais ça, tous les lundis, je fais ça..» Non, pas moyen. Ou de mettre le congrès annuel, c'est infernal! À la limite, presque inutilisable. Et je trouve ça vraiment détestable. Alors, moi, mon problème dans ma pratique, c'est documenter mon éducation médicale (qui) est pour moi très pénible et désagréable. Et s'il y avait un meilleur système, je

le prendrais, mais ce que le Collège Royal devrait faire, c'est d'améliorer, mais vraiment beaucoup, mettre un jeune là-dedans, qui connaît l'informatique pour qu'il améliore ça, puis qu'il rende ça iphone, ou n'importe quoi que tu pitonnes...

- **Automatique.**

RÉPONSE : Automatique. Quelque chose de convivial. Pas une cochonnerie que tu rentres sur l'informateur. Ça n'a pas de bon sens passer tant de temps sur un ordinateur. C'est décourageant, dissuasif, je n'ai pas de mot pour décrire à quel point je suis insatisfait du système du Collège Royal auquel je suis obligé de participer et que je paye, parce que je trouve que les gens ont mis beaucoup d'efforts et d'énergie, c'est des gens extrêmement bien intentionnés que je connais personnellement. Le problème, c'est que le produit n'est pas convivial. Moi je travaille sur Mac, je ne travaille pas sur PC, puis il y a comme une espèce de...les gens qui ont conçu ça, ils n'ont pas pensé à un médecin qui en voit beaucoup. Si j'allais à une conférence à toutes les quatre semaines, j'imagine que ça va. J'en fais au moins trois par semaine des réunions, au strict minimum. Je passe mon temps à lire deux heures par jour pour faire toute sorte d'affaires : des réunions avec les résidents, des cours, j'en ai beaucoup. Alors quelqu'un qui en a beaucoup, il est bloqué complètement. Quelqu'un me dit : « Oui, mais il faut que tu le fasses tous les jours. » Heille, lâchez-moi! Aller sur le site du Collège Royal. Là, ma vie est assez remplie comme ça. S'il faut qu'en plus je passe 10-15 minutes à aller sur le site du Collège Royal pour dire que je suis allé à la réunion du département de médecine du mercredi quand je ne peux pas le marquer que je le fais 42 semaines par année, c'est mal fait.

- **Donc vous parliez du système du Collège Royal. Est-ce que vous connaissez les autres programmes de DPC?**

RÉPONSE : Il y en a un que je ne connais pas, qui est celui du Collège des médecins qui s'applique aux spécialistes. Je ne connais littéralement, uniquement que les mots que je viens de vous dire. Alors, je me suis dit : « Je ne vais pas commencer à apprendre un autre système, j'ai commencé avec le Collège Royal... »

- **En fait, je voulais seulement vous poser une question générale : est-ce que vous connaissez les différences entre ces programmes-là?**

RÉPONSE : Non.

- **Il y a le système du Collège des médecins de famille du Canada (Mainpro) qui fonctionne par crédits aussi.**

RÉPONSE : Oui, mais ça c'est le Collège des médecins de famille.

- **Oui, c'est ça.**

RÉPONSE : Je le connais, parce que dans mes congrès, on s'organise pour avoir des crédits Mainpro, on a des crédits pour les pharmaciens, des crédits pour les médecins spécialistes.

- **Et il y a aussi deux plans d'autogestion : celui du Collège des médecins qui est une démarche réflexive et qui ne fonctionne pas par crédits et qui ne demande pas un nombre d'heures par année.**

RÉPONSE : j'en ai entendu parler.

- **Et il y a aussi celui de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, qui est la « même chose » que celui du Collège des médecins, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de crédit non plus et qui ne demande pas un nombre d'heures non plus par année, mais ça demande une démarche réflexive : est-ce que le médecin applique ses nouvelles connaissances à sa pratique, qu'est-ce que ça change, tout ça. Pour quelles raisons avez-vous adhéré à celui du Collège Royal?**

RÉPONSE : Je suis membre du Collège, ça a été le premier (programme) qui a été fait de façon claire, rationnelle et organisée, et disponible sur l'informatique.

- **Est-ce que, d'après vous, c'est nécessaire d'adhérer à un programme de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles?**

RÉPONSE : Je vais répondre oui par principe, mais de tradition, de nombreux médecins excellents depuis cinquante ans on maintenu leur compétence sans spécifiquement utiliser quelque programme que ce soit. C'est difficile d'être contre la vertu, alors oui, des programmes de maintien de compétences sont utiles.

- **Qu'est-ce que vous pensez des crédits? Est-ce que vous croyez que c'est une bonne manière de fonctionner?**

RÉPONSE : C'est une méthode actuelle, à défaut de mieux. C'est acceptable.

- **Pensez-vous que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences des médecins?**

RÉPONSE : Celles du Collège des médecins, je ne les connais pas vu que j'utilise celles du Collège Royal. Elles sont amplement suffisantes, probablement trop exigeantes.

- **Est-ce que vous trouvez qu'une démarche réflexive ça serait plus exigeant qu'un programme avec des crédits?**

RÉPONSE : Je ne sais pas quoi répondre à cette question-là.

- **Est-ce que, selon vous, le Collège des médecins du Québec devrait veiller à ce que tous les médecins québécois maintiennent et améliorent leurs compétences?**

RÉPONSE : En principe, oui.

- **Croyez-vous que le plan de DPC c'est un bon moyen ou auriez-vous d'autres suggestions?**

RÉPONSE : Actuellement, de ce que je connais, les plans de compétences ne sont pas conviviaux, de ce que j'en connais et avec toutes les limites de mes connaissances qui sont vraiment importantes, parce que je connais seulement, on peut dire, celles du Collège Royal. Donc, est-ce que vraiment les médecins sont mieux formés en raison d'un programme? Je ne sais pas. Ce que je sais actuellement, c'est que le programme m'apparaît trop lourd.

- **Parce qu'il y a des médecins qui ont sorti qu'ailleurs dans le monde, les médecins repassaient des examens...**

RÉPONSE : Oui, ça c'est excessif, parce que c'en est dangereux, parce qu'on a tous des pratiques qui à un moment donné se diversifient, puis plusieurs d'entre nous pourrions très facilement couler certains examens, parce qu'ils ne correspondent plus à notre pratique. C'est une tendance mondiale, mais s'ils (le Collège) l'appliquent, ils vont couler de très bonnes personnes. Je défierais à peu près n'importe quel médecin de repasser ses examens. Je pense que la plupart coulerait, moi compris. Et je ne me pense pas meilleur que les autres, je pense que quand on finit un cours universitaire de n'importe quoi, de cuisine, de n'importe quoi, à un moment donné, on s'en va en pratique, on développe des expertises, et on n'est pas nécessairement capables de repasser des examens, alors je suis, même à la limite, opposé à ça. La recertification, en repassant des examens, je trouve ça très lourd. Je ne dis pas si on était payé littéralement pour le faire, c'est-à-dire si dix jours par année, le gouvernement nous payait pour arrêter de travailler, pour étudier, passer des examens, s'il nous payait. Là de faire ça sur le dos de médecins surchargés qui n'ont pas le temps de rajouter ça, ça n'a pas de bon sens!

- **Est-ce que vous croyez qu'il y aurait peut-être une manière de séparer les plans de DPC des Omnipraticiens et des spécialistes?**

RÉPONSE : je ne sais pas. Si on fait ça, séparer les omnis des spécialistes, là c'est une question philosophique vraiment importante. On est peut-être trop... les omnis font un travail aussi important. Le travail d'un omnipraticien, leur travail de formation a été rallongé de deux

à maintenant trois ans. On veut faire des médecins de famille des gens aussi respectés, aussi importants, aussi valorisés et aussi bien quasiment payés que des médecins spécialistes. Alors, c'est quoi l'idée de séparer les évaluations? On a tous... un chirurgien plastique (par exemple), ce n'est pas un interniste, ce n'est pas un chirurgien cardiaque, ce n'est pas un psychiatre, ce n'est pas un pédiatre, ce n'est pas un omni, tout ce monde-là est différent. Moi je verrais un seul système, simplifié, applicable à tous et adapté à tous, mais un système pour omni et un système pour spécialiste, c'est encore perpétuer la ségrégation qui mène au fait que les jeunes vont en spécialité et ne vont pas en médecine de famille. Belle affaire! On ne veut pas ça, on manque de médecins de famille. Ce qui fait que je pense que le système actuel, où on sépare les deux n'est probablement pas productif, il n'est pas respectueux pour nos collègues de médecine de famille. C'est pas une seconde zone la médecine de famille, c'est aussi important, si ce ne l'est pas plus. Alors, on devrait avoir, moi je participe à celui du Collège Royal, « fine », le Mainpro, c'est les médecins de famille, « fine ». S'il y avait un seul système partout au Canada, ultra-simplifié, vraiment bien fait que tu peux aller sur iphone, qui soit vraiment intelligent, mais intelligemment informatisé, pour que les gens ne perdent pas de temps et que le vocabulaire... et qu'il soit, à la limite, simplifié, quitte à perdre, parce qu'il y a des détails, mais il y en a trop. Il y a six catégories de réponses au moins, il y en a trop. Il devrait peut-être y avoir : conférences, ateliers, lectures, point final. Là, tu te débrouilles avec ça. Je simplifierais, mais la tendance n'est définitivement pas dans cette direction, c'est plutôt l'opposé. La tendance, c'est de... les gens se spécialisent en pédagogie médicale, les gens vont... puis ils ne vont pas là-dedans pour simplifier. Ce n'est pas qu'ils veulent rendre les choses complexes, c'est que ça devient complexe. Il faut mettre les détails, le vocabulaire, même le vocabulaire CanMeds, c'est passable, mais je pourrais vous donner un autre exemple de pédagogie qui est l'approche du patient, c'est l'approche de... c'est le schéma de je ne sais plus trop comment il s'appelle, comme pour arrêter de fumer, c'est un nom Scharkoff ou je sais pas trop, en tout cas, t'as sept cycles pour amener le patient à arrêter de fumer. On s'est fait présenter ça au département de médecine. Mon Dieu que ça rend la médecine compliquée! Alors, tu te dis : « Ai! Ai! Ai! ». Il faut aller vers la simplification et l'uniformisation et pas vers la diversification ultra-spécialisée, très complexe, parce que les médecins sont là pour traiter des malades. Ils ne sont pas là pour remplir des formules d'autoévaluation. On est là pour traiter des malades, pour faire de l'enseignement, pour faire de la recherche. On veut bien se faire évaluer, pour la plupart d'entre nous, on est d'accord, mais il faut que ce soit simple. Faites ça simple, faites ça court, c'est ça que j'aurais à dire aux experts. Faites ça compliqué, puis après ça, ne soyez pas surpris que les gens, comme moi, s'écoeurent et soient rébarbatifs vis-à-vis de ça. C'est un carcan qu'on nous impose.

▪ **Idée ajoutée qui n'a pas été enregistrée :**

Idée que le fait qu'un médecin inscrive ses lacunes (à améliorer) dans un plan d'autogestion pourrait se retourner contre lui s'il a une plainte ou s'il a fait une erreur médicale dans un champ de pratique qu'il connaît moins.

L'idée serait de changer le vocabulaire utilisé dans les plans d'autogestion et d'utiliser par exemple, « connaissances à améliorer » au lieu d'un vocabulaire péjoratif. Dans son cas, il n'avouerait pas ses lacunes comme ça, peut-être à lui-même, mais pas par écrit.

Entrevue ID670

- **Qu'est-ce que vous pensez du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend pour vous dans votre quotidien?**

RÉPONSE : Ça on ne peut pas prêcher contre la vertu, mais en ce sens que c'est sûr et certain que ça a une place primordiale le maintien des compétences puis il faut s'assurer que chaque professionnel de la santé, non seulement les médecins mais les autres professionnels de la santé se maintiennent compétents et restent à la fine pointe des développements technologiques et des connaissances tout au long de leur carrière et ça c'est primordial. Puis je pense que le fait que le Collège ait pris des mesures pour s'assurer que les médecins au Québec démontrent qu'ils participent à un programme de maintien des compétences, c'est essentiel et ça fait partie du mandat du Collège.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Les moyens que moi j'utilise, j'utilise les mêmes moyens que la plupart des gens qui travaillent dans le domaine, c'est-à-dire que je lis beaucoup personnellement, parce que je suis abonné à plusieurs revues médicales et je fais partie de plusieurs associations médicales pour lesquelles il y a un journal qui m'arrive sur une base mensuelle. Donc, je lis beaucoup, je me tiens beaucoup au courant. Ensuite de ça, je m'organise pour participer à plusieurs congrès par année, donc des activités de grands groupes où on va échanger non seulement des connaissances, où je vais aller acquérir des connaissances, mais je peux échanger avec mes confrères et mes collègues pour avoir leur opinion quant à ce qu'ils pensent de ce qu'ils viennent d'entendre ou quoi que ce soit. Puis, on travaille beaucoup à l'intérieur aussi de nos propres services hospitaliers en organisant des réunions scientifiques hebdomadaires. Donc, je fais à peu près ce que... je vais vous parler en tant que médecin spécialiste, parce que c'est ce que je connais le plus comme individu. C'est un peu ce que je fais actuellement, puis je vais vous dire que, travaillant moi-même dans le domaine du développement professionnel continu, et travaillant également beaucoup dans les nouveaux concepts et la réflexion sur la pratique, c'est sûr et certain que depuis deux à trois ans, j'ai commencé à travailler de plus en plus sur ce qu'on appelle maintenant des projets personnels d'apprentissage qui soient réactifs ou proactifs, mais ça, je peux vous dire que c'est difficile ce concept-là de le faire.

- **On va plus parler des plans de DPC tantôt. Est-ce que vous avez des préférences pour certains types d'activités pour le maintien de vos compétences?**

RÉPONSE : C'est sûr et certain, comme je vous l'ai dit, de tradition, on est toujours habitué d'assister à des conférences, aller entendre des conférenciers sur des sujets donnés, ce qu'on appelle des conférences magistrales, ou encore aller à des congrès, des symposiums, c'est ce que je fais le plus.

- **Est-ce qu'il vous arrive de choisir vos activités de formation en fonction de vos besoins, c'est-à-dire est-ce que vous êtes capable d'évaluer votre pratique et de vous dire : « j'aurais besoin, par exemple, de parfaire mes connaissances dans un certain champ de pratique? »**

RÉPONSE : Exactement ça. C'est qu'en plus d'assister aux congrès, ce que j'appelle les congrès usuels, quand on va à nos associations ou à des congrès internationaux, là, c'est très très général comme congrès, donc on assiste à plusieurs types de sujets différents, mais depuis deux à trois ans, j'ai commencé à « focuser » sur des sujets spécifiques, comme par exemple dans ma spécialité, en pneumologie, il y a des nouveautés donc, je vais vous donner deux sujets que j'ai identifiés : l'apné du sommeil et la broncoscopie d'intervention. Donc, ça c'est deux sujets pour lesquels je me suis assis et je me suis dit : « dans les deux prochaines années, il faut que j'aie chercher des connaissances encore plus importantes

dans ce domaine-là, il faut que j'améliore mes connaissances. » Puis, j'essaie d'aller dans des congrès spécifiques sur ces sujets-là, ou si je vais à des congrès plus généraux, je « focusse » sur ces différents symposiums.

- **Est-ce que vous connaissez les compétences CanMeds?**

RÉPONSE : Oui.

- **Je peux juste vous les énumérer rapidement : il y a l'expertise médicale, la communication, la collaboration, la gestion, la promotion de la santé, l'érudition et le professionnalisme. Selon vous, quelles seraient les plus importantes à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : C'est sûr et certain que les compétences CanMeds, c'est très important. Si tu n'as pas l'expertise médicale, si tu n'as pas les connaissances, à ce moment-là, t'as beau être un bon communicateur et être un bon collaborateur, ça ne fait pas la job. Donc, pour moi, c'est les connaissances dans un premier temps, puis une fois que les gens ont acquis les connaissances, je pense que la communication reste... parce que de bien communiquer, c'est probablement, puis la collaboration. Mais quand on regarde les connaissances CanMeds, il faut quand même dire que ça s'entrecoupe beaucoup, parce que le professionnalisme si t'es un bon médecin, d'être professionnel, c'est d'être compétent, c'est de bien communiquer et c'est de bien collaborer, donc, c'est lequel que tu priorises ou que tu ne priorises pas? Ça devient à un moment donné plus complexe.

- **Est-ce qu'il y en aurait des plus difficiles pour vous?**

RÉPONSE : C'est sûr et certain que ce que je n'ai pas le temps de faire ou moins le temps de faire à cause de mes obligations cliniques, c'est de faire la promotion de la santé et faire de la gestion de façon plus complète.

- **Pour maintenir vos compétences dans votre quotidien, est-ce que vous rencontrez certains obstacles?**

RÉPONSE : L'obstacle le plus important pour moi c'est que j'aimerais avoir plus de temps dans une semaine dédié à lire, à préparer des choses, à réviser de la littérature que j'ai. Donc, s'il y a un obstacle, c'est que c'est plus le temps.

- **On va parler maintenant des différents programmes de DPC. Est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : Je connais bien celui du Collège Royal. Je connais moins bien, mais je le connais quand même, celui de la FMOQ, je connais ceux du Collège des médecins de famille du Canada, puis celui que je connais le moins, en fin de compte, c'est celui du Collège des médecins.

- **Ça ressemble à celui de la FMOQ, en fait.**

RÉPONSE : En fait, la FMOQ a calqué son chose sur celui du Collège des médecins, donc ça se ressemble beaucoup.

- **Est-ce que vous connaissez les principales différences entre ces programmes-là?**

RÉPONSE : Oui et non.

- **En fait, en gros, c'est que celui du Collège Royal et celui du Collège des médecins de famille fonctionnent avec des crédits, donc il faut remplir un certain nombre de crédits au bout de cinq ans, et puis les deux autres, celui du Collège des médecins et celui de la FMOQ ne demandent pas un nombre de crédits ni un nombre d'heures, c'est plutôt basé sur une méthode réflexive.**

RÉPONSE : Ça j'étais au courant, par exemple.

- **À quel programme adhérez-vous?**

RÉPONSE : Moi j'adhère au programme du Collège Royal.

- **Pour quelles raisons?**

RÉPONSE : Parce que je suis un médecin spécialiste, et parce que j'avais déjà adhéré au programme du Collège Royal avant même que les programmes du Collège des médecins du Québec soient installés. Donc, comme j'étais déjà dans ce programme-là, c'était beaucoup plus simple de continuer.

- **Est-ce que c'est nécessaire d'adhérer à un programme de DPC d'après vous pour maintenir ses compétences professionnelles?**

RÉPONSE : Je connais la réponse du Collège, c'est que ce n'est pas obligatoire, mais je pense que c'est nécessaire d'avoir un stimulus, et de participer à un programme ça nous oblige à, comment dirais-je, mieux synthétiser, mieux comptabiliser, et à la fin, d'avoir une meilleure réflexion sur ce qu'on a fait durant l'année puis ce qu'on veut faire durant les années suivantes. Si on adhère à un programme, là on est obligés de se forcer et de comptabiliser nos activités de formation continue.

- **Est-ce que vous croyez que certains programmes ou plans de DPC seraient plus exigeants que d'autres?**

RÉPONSE : Oui et non. Oui et non en ce sens que, exemple : avec le Collège royal, ils nous obligent à faire, mettons, 400 heures sur cinq ans. Donc t'es obligé d'avoir 80 heures par année, puis tu peux les accumuler dans différentes catégories, il y a des catégories de crédits, il y a des sections 1, 2, 3, 4, 5. Puis, à ce moment-là, ça a l'air plus difficile à mon avis au départ, parce qu'ils disent : « t'es obligé d'avoir 80 heures », mais tu finis toujours par les accumuler, parce que t'as le droit à tant d'heures avec tes lectures personnelles, t'as le droit à tant d'heures sur des projets personnels d'apprentissage, puis, ce qui est le plus facile à comptabiliser pour des médecins, c'est : « J'ai été à un congrès qui m'a donné 15 heures de crédits, j'ai été à un autre congrès qui m'a donné 20 heures de crédits. Donc, à la suite de ça, c'est facile d'accumuler tes 80 heures de crédits. Donc, à première vue, ça semble plus difficile et plus contraignant qu'un programme où là, tu n'as pas besoin d'avoir d'heures de crédits, mais qu'il faut juste que tu démontres que tu t'es maintenu compétent par des activités de formation. Puis, je pense que c'est là que c'est plus compliqué, parce que les gens ne savent pas trop comment monter ça ce programme-là s'ils n'ont pas besoin d'accumuler de crédits, c'est quoi qui est bon, c'est quoi qui n'est pas bon, c'est quoi le minimum, c'est quoi le maximum? Si ce qu'ils ont fait, c'est pas pire ou quoi que ce soit. Voyez-vous un petit peu la différence?

- **C'est donc plus encadré si on a des crédits...**

RÉPONSE : C'est plus encadré s'il y a des crédits, donc à première vue, ça semble plus coercitif, parce que les gens sont obligés d'accumuler tant d'heures, mais d'un autre côté, les gens sont tellement traditionnellement habitués de travailler dans ce cadre-là que pour eux, à la fin, ça devient plus simple. Ça c'est ma perception.

- **Est-ce que vous pensez que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Encore une fois, je ne travaille pas dans le cadre... j'ai le document devant moi, mais je peux vous dire que comme j'étais déjà inscrit au plan du Collège Royal, je ne me suis pas intéressé spécifiquement à celui du Collège des médecins avec les exigences, mais ils s'attendent beaucoup. Le concept est très bon, le concept de la pratique réflexive, l'évaluation de sa pratique, de regarder les choses qu'on fait beaucoup et les choses qu'on devrait améliorer puis commencer des projets personnels d'apprentissage, et de favoriser ce qu'on appelle la réflexion sur la pratique. Le concept est bon, mais les gens, on dit en anglais : « All the USS self-assessment », parce que les gens, quand ils font des projets personnels d'apprentissage, c'est bon, ça les fait travailler, ça les oblige à améliorer leurs

connaissances, ça les oblige à réfléchir sur si ça va changer ou non leur pratique, mais qu'est-ce qui, à la fin de ça, leur dit que la décision qu'ils ont pris c'est la bonne décision? Donc, le concept est bon, le fait de vouloir faire ce type d'activité dans le maintien des compétences, c'est excellent en termes de concept, mais les gens ont un peu de difficulté à s'y retrouver, puis je ne sais pas comment vous dire ça, mais on a parlé d'encadrement tantôt, c'est comment encadrer tout ça pour que les gens se retrouvent de façon assez simple à l'intérieur d'un concept comme ça.

- **Quand on parle d'exigences, par exemple, vous avez dit tantôt, et c'est vrai, que c'est pas tout à fait obligatoire le plan de DPC, est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait veiller à ce que tous les médecins québécois maintiennent leurs compétences avec un plan de DPC? Et donc, devrait surveiller plus particulièrement l'exercice des médecins qui n'en ont pas?**

RÉPONSE : Bien, c'est sûr. Je ne peux pas comprendre, qu'actuellement, en 2010, qu'il y ait des médecins au Québec avec tout ce qui s'offre au niveau des médecins omnipraticiens puis de la Fédération des omnipraticiens et le Collège des médecins de famille du Canada, l'association des médecins de langue française et les Universités, tous les cours, les formations qui se donnent, c'est incompréhensible dans mon esprit qu'un omnipraticien ou même un spécialiste avec l'exigence du Collège Royal, que si les gens veulent garder leur « Fellowship », d'être inscrits à un programme de formation et même ceux qui ne sont pas membres du Collège Royal où sont les médecins spécialistes au Québec, ont la possibilité de s'inscrire au programme du Collège Royal. À mon avis, c'est essentiel.

- **Parce que certains médecins, il y a environ 5 % des médecins qui n'ont pas de plan en ce moment et on se demande, dans le fond, est-ce que vous pensez que ça a rapport avec la compétence? Ça pourrait être de très bons médecins.**

RÉPONSE : Ce n'est pas toujours lié à la compétence. Moi je peux vous donner des exemples de gens qui, parce que justement ils sont trop compétents, puis ils ont tellement focussé leur point d'expertise dans un domaine donné, et qu'ils sont rendus des sommités internationales que eux, ils n'ont pas compris l'importance de ça, et ils ne se sont pas inscrits en se disant que ce n'est pas pour eux, et j'ai été témoin.

- **Est-ce que vous croyez que le plan de DPC est un bon moyen pour s'assurer que les médecins maintiennent leurs compétences ou est-ce que vous auriez d'autres moyens ou des choses à améliorer dans les plans de DPC? Par exemple, est-ce que les spécialistes devraient avoir un plan de DPC différent, plus simplifié? Est-ce qu'on devrait faire une différence entre les omni et les spécialistes par exemple?**

RÉPONSE : La réponse est probablement oui, parce que la plupart des médecins spécialistes au Québec et au Canada vont travailler à l'intérieur d'une structure hospitalière, et à partir du moment où tu travailles à l'intérieur d'une structure hospitalière, là, à ce moment-là, il y a beaucoup d'activités scientifiques organisées par les différents départements, par les différents services, soient des réunions hebdomadaires, des réunions mensuelles où il y a un programme de formation même à l'intérieur des structures. Donc, c'est plus facile d'organiser l'activité de formation maintenant de type catégorie 1 où les gens vont à des réunions, à des présentations, des clubs de lecture ou des choses de ce genre-là. Pour les médecins de famille qui travaillent dans un milieu hospitalier, ils peuvent assister à ces choses-là. Pour la plupart des médecins de famille qui travaillent dans des cliniques et qui n'ont pas cet avantage-là d'avoir de la formation déjà pré-organisée à l'intérieur de leur milieu, là il faut qu'il y ait d'autres organismes comme des fédérations, des Universités, qui demandent des programmes de formation, puis que les gens puissent y assister.

- **Est-ce que vous auriez d'autres commentaires, des opinions, des suggestions à propos du plan de DPC?**

RÉPONSE : Je pense que le plan de DPC, l'idée sous-jacente est excellente, puis la façon dont il est présenté, si les médecins étaient plus, comment dirais-je informés ou éduqués sur

ce grand concept-là de simplement s'asseoir, réfléchir un peu sur leur pratique, réviser peut-être les cinquante ou cent derniers cas qu'ils ont vu, se faire une opinion sur quel type de pathologie, quel type de problématique ils ont à gérer au quotidien et de se faire, à partir de là, un plan proactif de maintien des compétences, et comme vous me l'avez dit dès le départ, qu'est-ce que vous planifiez dans les deux prochaines années? Je pense que ce concept-là n'est pas encore bien compris, il n'est pas encore bien digéré, puis si les gens étaient en mesure de mieux le comprendre, peut-être que dans 3-4-5 ans, tout ce qu'on appelle les projets personnels d'apprentissage, tout ce que les gens font pour se maintenir compétents, ça pourrait être comptabilisé, parce que moi je suis persuadé que les médecins au Québec, c'est des professionnels assez compétents en général, et qu'ils font plein de choses au quotidien pour se maintenir compétents. Il y a beaucoup de médecins qui vont lire des articles scientifiques ; il y a beaucoup de médecins qui vont discuter entre confrères pour demander l'opinion d'un confrère qui est plus expert dans tel domaine. Le confrère va donner son opinion. Toutes ces choses-là, les gens les font. Le but, c'est d'essayer de le comptabiliser, et le plan de DPC du Collège, c'est un peu ça aussi, mais c'est d'habituer les gens à réfléchir, à prendre conscience que c'est important, pour eux, de comptabiliser les activités qu'ils font pour 1) démontrer que oui, ils font des choses pour rester compétents, mais deux, le plus important, c'est pour que eux-mêmes prennent conscience de leur profil de pratique, aient une meilleure réflexion sur leur pratique et planifient leurs activités de formation continue ou de maintien des compétences de façon beaucoup plus logique et beaucoup plus proactive, mais c'est tout ce concept-là qui n'est pas encore perçu par la collectivité des médecins.

Entrevue ID723

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend pour vous dans votre vie quotidienne?**

RÉPONSE : Disons que quand on fait de la médecine, en partant, il faut toujours maintenir nos connaissances, ça évolue tellement vite, on n'a pas le choix. Et au point de vue quotidien, qu'est-ce que ça a comme importance, selon les cas, évidemment, il y a des recherches à faire sur des choses qu'on connaît moins, ou encore l'utilisation de certains médicaments, que ce soit par l'utilisation d'un moyen comme le PALM ou encore que ce soit par des contacts avec des collègues, ou encore par de la recherche sur internet.

- **Justement, à propos de ces moyens-là, qu'est-ce que vous utilisez d'autres comme moyens? Est-ce que vous allez aux conférences ou aux congrès?**

RÉPONSE : Oui, habituellement, je vais à l'équivalent d'à peu près, disons congrès structurés, des congrès de deux jours, je vais à trois ou quatre congrès par année. Après ça, je vais à des conférences. Moi je travaille dans un milieu universitaire, donc il y a des conférences au moins une à deux fois par semaine, surtout des conférences-midi auxquelles j'assiste, et puis aussi à des congrès à l'étranger où je vais à peu près une fois ou deux fois par année. Mais évidemment, ça n'enlève pas les lectures personnelles et les autres façons d'apprendre.

- **Est-ce qu'il y a un certain type d'activité que vous préférez?**

RÉPONSE : C'est plus la lecture, la lecture et la recherche comme telle. C'est probablement ce qui est le plus facile, dans le sens qu'on le fait quand on veut et que c'est facilement disponible.

- **Est-ce qu'il vous arrive le plus souvent de choisir vos activités de formation vraiment en fonction de vos besoins, donc de ce que vous appliquez dans votre pratique?**

RÉPONSE : Je vous dirais que c'est au moins 90 % des activités auxquelles je participe si ça a une implication au niveau de ma pratique, ou en tout cas c'est soit au niveau des présentations cliniques, ou encore c'est toujours en regard de ma pratique. Dans la majorité des cas.

- **Est-ce que vous trouvez facile d'évaluer votre pratique, c'est-à-dire d'évaluer vos besoins?**

RÉPONSE : Disons que la réalité m'oblige à réévaluer mes besoins régulièrement, puis c'est sûr, comme je vous le dis, qu'il y a des cas un peu plus complexes à ce moment-là en repoussant un peu plus loin. Donc c'est beaucoup plus en fonction de la réalité, et aussi, des fois, quand on va à des congrès, là on entend des choses nouvelles qu'on ne savait même pas que ça existait. À ce moment-là, ça nous oblige à pousser un petit peu ou au moins à retenir ces choses-là.

- **Dans votre champ de pratique, quelles seraient les compétences les plus importantes à maintenir et à améliorer selon vous?**

RÉPONSE : Moi je travaille beaucoup en gériatrie et en psychiatrie, alors évidemment, ce domaine-là, la gériatrie, c'est toute la médecine de la personne âgée, et la psychiatrie, c'est de la psychiatrie surtout adulte et de la psycho-gériatrie, ça fait que c'est très vaste comme domaine, surtout au niveau de la psychiatrie à cause de, si vous voulez, comment dirais-je, c'est une critique un peu que je fais, les traitements ne sont pas parfaits encore. Donc, il y a beaucoup de choses à faire, il y a peut-être d'autres approches que juste des médicaments ou des choses comme ça. Alors de ce côté-là, il faut se tenir à jour, parce que souvent, les recherches sont peu importantes, et le nombre de patients impliqués dans les recherches, ce n'est pas très important, donc il faut essayer de suivre, mais sans non plus aller trop rapidement dans l'application de ces choses-là.

- **Est-ce que vous connaissez les compétences transversales, les compétences CanMeds?**

RÉPONSE : Oui, je les connais.

- **Je peux vous les énumérer rapidement : Il y a l'expertise médicale, la communication, la collaboration, la gestion, la promotion de la santé, l'érudition et le professionnalisme. Selon vous, est-ce qu'il y en aurait des plus importantes à maintenir que d'autres?**

RÉPONSE : Je pense qu'un médecin, c'est l'ensemble de ces choses-là dans diverses situations. C'est sûr qu'il y en a certaine que c'est vraiment de l'expertise médicale pure, mais dans d'autres, comme on travaille en équipe multidisciplinaire, ou encore avec d'autres intervenants, à ce moment-là, il y a le professionnalisme, l'érudition entre là-dedans aussi, il y a la gestion aussi qui entre là-dedans, parce que des fois, il faut gérer justement les ressources qui sont autour de nous et il y a des connaissances c'est certain. Alors moi je pense que c'est sûr que les connaissances comme telles est une base. Si on n'a pas ça, je pense qu'on peut parler très longtemps, mais si on n'a pas les connaissances, malheureusement, on ne peut pas aller très loin en médecine, mais le reste est important selon différentes situations.

- **Est-ce qu'il y en aurait certaines, parmi elles, que vous trouvez plus difficiles que d'autres à maintenir ou à améliorer?**

RÉPONSE : Une que je trouve un peu difficile, pas à améliorer, mais disons, à intégrer, c'est peut-être l'érudition. L'érudition, c'est quelque chose qui est difficile à palper, difficile à définir exactement. C'est peut-être celle-là, disons, qui a le plus de points d'exclamation ou d'interrogation dedans. Pour moi, l'encadrement de celle-là n'est peut-être pas la plus claire.

- **Est-ce que vous trouveriez que ce serait utile que le Collège des médecins donne plus de formation sur ces compétences-là?**

RÉPONSE : Je pense que ça se fait, c'est-à-dire que je sais que la FMOQ a préparé ou est en train de préparer un atelier sur les compétences CanMeds, et je me demande, je ne sais pas si c'est en association avec le Collège, je ne suis pas certain. Mais oui, moi je pense que ce serait pertinent, pas nécessairement pour moi personnellement, sauf peut-être l'érudition, mais pour la compréhension des gens, pour démystifier ces choses-là, parce que quelqu'un qui entend ça pour la première fois, il dit : « Qu'est-ce que c'est ça cette espèce de... » ça a l'air venu d'une autre planète, mais au fond, pas du tout, ça fait partie, c'est définir un peu plus ce qu'on fait. Donc, dans ce sens-là oui, je pense qu'il devrait y avoir de la diffusion d'information, mais il y a quand même plusieurs articles qui ont été écrits à date, des articles de simplification, et puis je pense que les gens qui voulaient vraiment lire ça y ont eu accès, mais faire des ateliers là-dessus avec des côtés pratique, peut-être que ça, oui, ce serait pertinent.

- **Quels sont les principaux obstacles auxquels vous faites face dans le maintien de vos compétences au quotidien?**

RÉPONSE : C'est peut-être plus le manque de temps. Je pense que c'est plus à ce niveau-là, parce qu'au point de vue disponibilité dans les divers domaines, il y a tellement de choses disponibles, on y a accès maintenant, mais auparavant, on n'avait pas accès à internet dans nos milieux, des choses comme ça. Maintenant, c'est possible. Donc, c'est peut-être plus en fonction justement du manque de temps, et aussi, je dirais, de la variété ou de la diversité des éléments disponibles, malgré qu'il y a quand même des endroits meilleurs que d'autres, et on finit par faire une sélection. Donc, c'est le temps et la diversité des ressources qui sont là.

- **On va parler des différents plans de DPC maintenant. Est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : Oui.

- **Est-ce que vous pourriez me nommer les principales différences entre ces programmes-là?**

RÉPONSE

Rép : Disons, ceux de la FMOQ avec le Collège sont à peu près similaires, parce que c'est vraiment en fonction des compétences ; le Collège Royal, c'est un nombre d'heures sur une période de trois ans, c'est 450 ou quelque chose comme ça ; puis il y a le Collège des médecins de famille qui eux, c'est uniquement en fonction des crédits, c'est-à-dire le nombre d'heures. Le Collège et la Fédération, ça dépasse tout ça, parce qu'au fond, il y a le travail personnel, il y a la consultation, les discussions et tout. Donc ce n'est pas juste une question d'heures, c'est vraiment une question de contacts, de recherche, de voir c'est quoi ses besoins et de développer en fonction de ça.

- **À quel programme adhérez-vous?**

RÉPONSE : Moi j'adhère à celui de la Fédération.

- **Pour quelles raisons?**

RÉPONSE : Pourquoi? Parce que je trouve que c'est celui-là qui est le plus, comment dirais-je, c'est le plus simple, ben oui, ça c'est une des raisons, et puis je le connais relativement bien, et puis l'autre chose, c'est qu'on peut avoir l'enregistrement en ligne. Donc, on fait une activité et à ce moment-là, on peut l'enregistrer nous-mêmes si c'est des choses personnelles, ou encore si c'est des choses de la Fédération, ça entre automatiquement dans notre Padpc. Donc, ça, je trouve ça, au lieu d'avoir une compilation à faire ou d'avoir des petits papiers ici et là, c'est vraiment une facilité et ça ne coûte rien en plus.

- **À votre avis, est-ce que c'est nécessaire d'adhérer à un programme de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles?**

RÉPONSE : Non. Moi je pense qu'à prime abord, non. C'est vraiment pas nécessaire, mais je trouve que c'est un moyen et que c'est des balises qui sont là et c'est un moyen facile pour les gens. Je connais des personnes qui n'ont pas de Padpc et qui, au point de vue compétences, ils n'ont absolument rien à envier à personne. Donc, ça dépend des individus, ça dépend des milieux. Quelqu'un qui travaille en solo, c'est peut-être plus difficile, quelqu'un qui travaille dans un milieu universitaire, il est plus en contact, sollicité, il y a plus de dynamisme, tout ça, pour ces gens-là en milieu universitaire, ou encore dans les milieux d'enseignement c'est plus facile.

- **Entre ces différents programmes-là, est-ce que vous croyez qu'il y en a qui semblent plus exigeants que d'autres ou plus efficaces que d'autres?**

RÉPONSE : Moi je pense que celui du Collège des médecins et celui de la Fédération, je pense que c'est les deux qui sont les plus structurés dans le sens du processus de formation, c'est-à-dire de définir ses besoins après les activités, et de faire un retour là-dessus. Je pense que c'est ceux qui font vraiment la boucle au niveau de la connaissance et au niveau de l'apprentissage.

- **Plus précisément sur celui du Collège des médecins, pensez-vous que ses exigences sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Je pense qu'il n'y a aucun programme ou aucune forme qui est suffisamment exigeante pour rassurer les compétences à 100 %, ce n'est pas vrai. Je veux dire, n'importe qui peut faire n'importe quoi, peut avoir des faux Padpc, donc ce n'est pas dans ce sens-là. Comme je disais tantôt, c'est des balises, les gens peuvent s'en servir. Les exigences en soi, il n'y en a pas vraiment, les seules exigences, c'est de faire son travail personnel et de l'intégrer. Donc, moi je pense que ça fait partie presque de nos vies, de notre mode de fonctionnement en tant que docteur. Donc, ce n'est pas avoir inventé la roue. C'est plus l'avoir appliqué de façon peut-être un peu plus concrète, en ajoutant quand même les compétences transversales, c'est évident que ça c'est quand même une nouveauté, dans le sens qu'il y a vingt ans, ça n'existait pas.

- **En ce moment, on estime qu'il y a environ 5 % des médecins qui n'adhèrent à aucun plan de DPC. Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait veiller à ce que tous les médecins québécois maintiennent et améliorent leurs compétences en adhérant à un plan de DPC?**

RÉPONSE : Comme je vous ai dit tantôt, il n'y a aucun programme ou aucun plan qui va s'assurer à 100 %, même si tout le monde y adhère, ça ne veut pas dire que les gens vont améliorer leurs connaissances ou maintenir leurs compétences. Je ne suis pas le genre légaliste non plus, le Collège sensibilise les gens, mais si quelqu'un dit : « Écoutez, moi je n'ai pas besoin d'un Padpc et je suis capable de fonctionner très bien », et ces gens-là ont une pratique qui semble tout à fait adéquate, moi je n'ai pas tendance à dire que ça prend ça, sinon tu perds ton numéro de pratique ou quelque chose comme ça. Je ne suis pas très légaliste de ce côté-là.

- **Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait surveiller plus particulièrement l'exercice de ces médecins-là quand même?**

RÉPONSE : C'est sûr que ça laisse... peut-être oui, mais pas de harcèlement, dans le sens que le Collège s'interroge à savoir si les 5 % qui ne l'ont pas, c'est des gens qui sont compétents, et si, en faisant juste un survol, ils voient que dans les 5 %, il y en a 1 % qui sont vraiment pas compétents et dangereux, et que les 4 autres fonctionnent bien, je pense qu'il faut s'occuper plus du 1 % que des 4 autres pourcents qui eux sont fonctionnels et qui ont une pratique qui est adéquate.

- **Est-ce que vous croyez que le plan de DPC est un bon moyen pour s'assurer du maintien des compétences des médecins, ou vous pensez qu'il y a d'autres moyens qui pourraient être utilisés, il y en a qui parlaient de recertification par exemple?**

RÉPONSE : La recertification, vous savez, c'est très embêtant, ça dépend lorsqu'on a des pratiques qui deviennent un peu pointues, la recertification, tout dépend comment c'est fait. Je sais que c'est au Manitoba qu'ils voulaient faire de la recertification et qu'en fin de compte, il y avait je ne sais pas combien de pourcent des gens qui ne voulaient pas. Donc, il faut que ce soit pratique, il faut que ce soit concret et non pas juste faire un examen pour faire un examen. Donc, le Padpc, c'est une façon, oui, la recertification, c'est une façon mais qui est vraiment, je pense qui n'est pas très fonctionnelle, en tout cas avec le genre de pratique qu'on fait quand on devient un peu plus pointu ou à moins que ce soit ajusté, mais ça devient complexe, et ça coûterait une fortune. Si on a de l'argent à mettre là-dessus, je pense qu'on pourrait peut-être la mettre ailleurs, peut-être favoriser justement de la formation ou quelque chose comme ça, et non pas mettre ça dans une façon de gérer et de policer encore plus.

- **Il y a quelqu'un qui amenait l'idée aussi que les plans de DPC pourraient être obligatoires dans les premières années de pratique et qu'ensuite, les gens ne seraient plus obligés d'en faire, qu'est-ce que vous pensez de ça?**

RÉPONSE : Non, ça je suis absolument contre, parce que les gens qui terminent, d'abord c'est eux qui assistent au plus grand nombre de congrès, au plus grand nombre de présentations et tout. Ce n'est pas ces gens-là qui ne maintiennent pas leurs compétences. Ces gens-là, quand ils terminent, souvent, ils ont une espèce d'appréhension de manque de connaissances, et ils vont à des formations sur à peu près tout et rien, ou encore des fois très pointues aussi, parce qu'ils ont développé des connaissances. Donc, moi je pense que ce n'est pas les jeunes. S'il y a des jeunes qui ont des problèmes, moi je pense qu'ils vont avoir des problèmes tout le temps. C'est peut-être plus les gens qui, si vous voulez, qui travaillent en solo. Je pense que c'est ces gens-là, et ça ne veut pas dire que les gens qui travaillent en solo ne sont pas bons, je veux juste dire qu'ils ont moins de facilité, moins de contact et moins de ressourcement possible sous la main. Donc, c'est plus ces gens-là, je pense, qu'il faut voir, et dans ce sens-là, donc, un plan de DPC, ce n'est pas ceux qui terminent, mais plus les gens plus tard, lorsqu'ils sont en solo.

- **Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions ou des suggestions à propos du plan de DPC ou du maintien des compétences en général?**

RÉPONSE : Je trouve que, disons que ça avait été, c'est un commentaire ça, ça avait été mal présenté. Ça avait été présenté comme une espèce de... vous avez la recertification ou vous avez le plan de DPC. Et au lieu de dire aux gens : « Écoutez, tout ce qu'on veut nous, c'est vous donner des moyens pour vous faciliter la tâche avec quelque chose qui est structuré, qui a été essayé et qui est fonctionnel ». Et je pense que ça aurait été pas mal plus vendeur auprès des gens, plutôt que d'avoir stressé le monde et d'avoir énervé le monde avec des contrôles. Et l'autre chose qui a probablement mal été gérée, c'est l'espèce d'opinion d'obligation. Ça prenait ça, sinon tu perdais quasiment ton numéro de pratique. Ça j'ai trouvé que c'était tout à fait inacceptable comme présentation, d'ailleurs je pense qu'ils auraient dû s'excuser les gens du Collège dans cette espèce de présentation-là. C'était erroné, et ça a été démontré de façon juridique que c'était erroné. Donc, c'est une erreur, et je pense que quand on fait une erreur comme ça, importante, on doit s'en excuser par la suite.

- **Par rapport au plan de DPC du Collège des médecins, croyez-vous que, parce que certains médecins ne voulaient pas remplir de la paperasse et donc que le plan d'autogestion, ils ne veulent pas remplir ça, c'est trop compliqué et qu'ils veulent faire les crédits, sauf que les deux autres programmes qui fonctionnent par crédits, les médecins doivent cotiser à ces programmes-là, et ils ne veulent pas non plus payer une autre cotisation à chaque année. Donc,**

est-ce que vous seriez d'accord pour que, par exemple, le Collège des médecins rajoute une partie de crédits à son plan de DPC?

RÉPONSE : Non, parce qu'à ce moment-là, vous enlevez toute l'essence du plan de DPC du Collège. Le plan de DPC du Collège n'est pas en fonction du nombre de crédits. Si par hasard le Collège va dans ce sens-là, c'est renier toute la pensée qu'il y avait en-dessous de ça. C'est ce que je crois. La pensée, c'est que ce n'est pas en fonction du nombre de crédits, mais bien en fonction du travail personnel que vous faites et de la méthode que vous utilisez et de la réflexion que vous donnez. Donc, ça n'a rien à voir avec des crédits. Quelqu'un pourrait avoir 0 crédit, et il pourrait avoir le meilleur plan de DPC au monde. Donc, si le Collège revient là-dessus, pour moi, ça va être vraiment plus que négatif, ça va être nier, nier les bons côtés du plan de DPC.

- **Avez-vous autres choses à rajouter?**

RÉPONSE : Je pense que c'est assez clair.

Entrevue ID741

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend pour vous dans votre vie de tous les jours?**

RÉPONSE : C'est très important. Ça fait partie des besoins du médecin pour exercer son métier de façon adéquate jour après jour et c'est continue.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Il y en a plusieurs. Le premier, c'est, en pratique, à chaque fois que j'ai des patients qui ont des pathologies particulières, je vais prendre la peine de rechercher dans mes livres, dans les ressources qui sont disponibles pour m'assurer que j'offre des bons soins, de voir s'il y a, en même temps, des nouveautés ou des choses qui sont nouvelles. J'apprends beaucoup de cette façon-là. Je vais utiliser aussi les conférences qui sont parfois très bonnes, des fois moins bonnes, mais en général, je fais beaucoup des conférences, surtout certaines conférences où je prends la peine soit parce qu'elles répondent à mes besoins ou à mes questions où parce que je prends la peine de les réviser par la suite, de les revoir ou elles sont utiles dans ma pratique par la suite, souvent je vais incorporer ce que j'ai appris dans ma pratique. Je fais aussi, entre autres, des Mainpro C qui sont des formations un peu plus exigeantes, parce qu'elles demandent une rétroaction suite aux activités, puis en général, ça force un petit peu à revoir le contenu. Des fois, c'est des conférences qui sont un peu plus structurées, donc qui permettent d'aller chercher davantage. Donc, ça c'est une autre façon que je fais. Qu'est-ce que j'ai d'autre? Je lis des revues médicales.

- **Est-ce que vous avez une préférence pour certains types d'activités?**

RÉPONSE : Non, pas particulièrement. J'aime combiner plusieurs activités.

- **Est-ce que ça vous arrive de choisir vos activités de formation vraiment en fonction de vos besoins? Certains préfèrent y aller (les choisir) en fonction de leurs intérêts... parce que les besoins, ça peut être certaines « lacunes » dans la pratique.**

RÉPONSE : Habituellement, j'essaie de choisir mes conférences en fonction justement de ce que je considère qui serait peut-être mes lacunes ou mes choses où j'aurais besoin d'un rafraîchissement des connaissances ou des choses pour lesquelles effectivement dans ma pratique j'aurais besoin de revoir ces choses-là. Je choisis habituellement les conférences en

fonction de mes besoins, en fonction des thèmes aussi, c'est-à-dire en fonction du type de pratique que j'ai, moi je fais beaucoup d'urgence, des soins intensifs, de l'hospitalisation, donc j'essaie de choisir des congrès qui vont aborder ces thèmes-là.

- **Est-ce que c'est facile pour vous d'évaluer vos besoins? Donc d'évaluer votre pratique?**

RÉPONSE : Je n'ai pas d'outil standardisé, c'est simple, dans le sens que, au quotidien, on remarque, avec ce qui se présente devant nous qu'est-ce qui nous amène à se poser des questions, à faire des recherches supplémentaires, alors comme ça, des fois, c'est une façon de faire, mais je n'ai pas de méthode standardisée pour le faire.

- **Parmi vos champs de pratique, quelles sont les compétences les plus importantes pour vous à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Moi j'ai un champ de pratique qui est très vaste. Je suis spécialisé en médecin familiale, donc c'est un défi supplémentaire, parce qu'il y a beaucoup de secteurs et c'est pas possible nécessairement de faire des rafraîchissements dans toutes les matières de façon régulière, donc souvent je vais choisir celles qui sont axées sur des soins plus critiques, comme par exemple la cardiologie ou l'infectiologie, des choses qui quotidiennement me demandent d'être vraiment à jour pour des soins aigus.

- **Est-ce que, dans vos champs de pratique, il y a des connaissances plus difficiles à maintenir? Est-ce qu'il y a certains champs de pratique qui sont plus difficiles pour vous?**

RÉPONSE : Non, pas nécessairement. C'est plus la somme de tous les champs de pratique qui sont à maintenir à jour qui fait qu'à un certain moment ça peut être plus difficile.

- **On va parler maintenant d'autres compétences que celles des champs de pratique. Est-ce que vous connaissez les compétences CanMeds? Je peux vous les énumérer rapidement : expertise médicale, communication, collaboration, gestion, promotion de la santé, érudition et professionnalisme. Est-ce que, selon vous, certaines sont plus importantes à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Non, je dirais qu'elles sont toutes importantes. C'est sûr que je pense qu'au niveau des connaissances, ça reste quelque chose de fondamentalement très important, donc le reste, au niveau de la gestion et tout ça, c'est sûr que c'est des choses auxquelles on est confronté la communication, l'érudition. Je crois qu'elles sont toutes importantes. Je pense que ça dépend des situations. Il y a des situations où une compétence est plus pertinente que d'autres.

- **Est-ce que vous croyez qu'il y en a une ou plusieurs qui sont plus difficiles à améliorer ou à maintenir?**

RÉPONSE : Je pense que quand on parle de communication, de gestion puis des autres compétences CanMeds, c'est pas toujours facile de... c'est des choses qui peuvent s'améliorer de différentes façons, mais ce n'est pas toujours facile de vraiment dire : « Je me suis amélioré en communication ou en gestion. » C'est des compétences qui sont un peu plus difficiles à évaluer pour dire : « est-ce que je me suis vraiment formé dans cette compétence-là ou est-ce que je me suis vraiment amélioré? » C'est plus difficile d'après moi d'être objectif et de dire vraiment si on s'est amélioré, parce qu'on le fait de toutes sortes de façons, parce que, personnellement, j'ai des responsabilités de gestion, alors j'apprends avec l'expérience ; la communication, c'est essentiel...

- **Pour les patients et pour vos collègues...**

RÉPONSE : Exactement. Donc, ça on le voit au quotidien dans nos relations avec les patients si ça va bien au niveau de la communication, voir s'ils nous ont bien compris, mais je pense que c'est très subjectif, et c'est plus difficile à évaluer.

- **Oui, sur le moment, avec des patients, par exemple, comme promotion de la santé vous en faites sûrement, mais il y en a (des médecins) qui ont dit : « promotion de la santé, je ne m'en rends pas compte par exemple quand j'en fait, mais.... »**

RÉPONSE : Effectivement, moi je suis plus dans les soins spécifiques et les soins aigus, donc, parce que je fais de l'urgence, de l'hospitalisation, des soins intensifs, alors oui j'en fais, mais souvent, ce qui est difficile, c'est la contrainte du temps, parce que souvent les gens ont plusieurs maladies, on a plusieurs consignes à leur donner, donc à un certain moment, il y a une question aussi de capacité des patients aussi de recevoir de l'information, d'en donner. Si on veut que les consignes soient retenues, on ne peut pas en donner cinquante à la fois.

- **Pour maintenir vos compétences dans votre quotidien, est-ce que vous rencontrez des obstacles?**

RÉPONSE : À part le temps, non.

- **Est-ce que vous connaissez les différents programmes de DPC reconnus par le Collège des médecins? Est-ce que vous pourriez les nommer?**

RÉPONSE : oui, il y a le programme du Collège des médecins de famille du Canada (Mainpro), il y a le programme de la FMOQ, Il y a le programme du Collège des médecins du Québec, et il y a le programme du Collège Royal.

- **Est-ce que vous connaissez les principales différences?**

RÉPONSE : Certaines, oui, en gros je les connais.

- **Par exemple, le Collège Royal, ça fonctionne par crédits, ils demandent un certain nombre de crédits pour cinq ans, même chose pour le Collège des médecins de famille, et puis les deux autres, celui du Collège des médecins et celui de la Fédération des médecins omnipraticiens, c'est des plans d'autogestion qui ne demandent pas un nombre de crédits ou un nombre d'heures fixe. À quel programme adhérez-vous?**

RÉPONSE : J'adhère au programme Mainpro du Collège des médecins de famille du Canada.

- **Pour quelle(s) raison(s)?**

RÉPONSE : Je dirais 1) par historique, 2) parce que je suis le président du Collège québécois des médecins de famille, je fais partie du Collège des médecins de famille du Canada, je suis impliqué dans la gestion du Collège, mais aussi, parce que je trouve que c'est plus facile, que c'est plus objectif, dans le sens qu'on sait plus facilement combien... il y a un minimum de crédits qui est accumulé.

- **Comment par exemple?**

RÉPONSE : Avec le minimum de crédits qui est requis en Mainpro 1, en Mainpro 2, puis avec les MainproC qui sont optionnels, qui permettent un peu ce que les deux autres plans demandent, c'est-à-dire une réflexion sur chacune des activités.

- **Donc ça combine un peu des deux...**

RÉPONSE : Le Mainpro C, dans le fond, c'est ce que demande les deux plans de la FMOQ et du Collège des médecins du Québec mais de façon un peu plus structuré, dans les sens qu'il doit y avoir une évaluation...

- **Réflexive.**

RÉPONSE : Une réflexion avant, il y a l'activité, et trois mois après, il y a un envoi qui est fait pour faire un sommaire de ce que ça a changé à la pratique.

- **Est-ce qu'à votre avis c'est nécessaire d'adhérer à un programme ou à un plan de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles?**

RÉPONSE : Pas nécessairement, c'est-à-dire que ça c'est un peu la responsabilité de chacun. Je pense que la plupart des médecins de toute façon le faisait déjà, s'assuraient de rester à jour. Je pense que c'est une question plus de déontologie puis de responsabilités personnelles et professionnelles. Mais d'un autre côté, je peux comprendre que le Collège a besoin d'outils pour évaluer si les médecins le font ou ne le font pas.

- **Est-ce que vous pensez que certains programmes sont plus exigeants que d'autres? Par exemple, est-ce que vous pensez que la méthode réflexive ça serait plus exigeant?**

RÉPONSE : Théoriquement oui. En pratique, je ne pense pas, parce qu'en pratique souvent, c'est les formulaires qui sont presque pré-remplis et j'ai des doutes sur la réflexion réelle qui est faite avec ces programmes-là versus l'obligation que les médecins semblent remplir la feuille après l'activité. Je pense que théoriquement, la pratique réflexive est peut-être plus exigeante sur le coup, pour l'activité spécifique, c'est-à-dire que les programmes de la FMOQ et du Collège des médecins du Québec sont plus exigeants et demandent de remplir la petite feuille sur le coup, mais sont moins exigeants en ce sens qu'il n'y a pas d'objectif, il n'y a pas de minimum, il n'y a pas de nombre minimal qu'on doit avoir fait dans une année. Dans ma compréhension du moins, il n'y a pas de minimum à atteindre.

- **Donc, d'une certaine manière, les crédits ça pourrait ajouter une exigence de plus d'avoir à remplir un certain nombre de crédits?**

RÉPONSE : Ça donne au moins un minimum, mais encore là, c'est un minimum, c'est-à-dire que je regarde professionnellement le nombre de crédits qui est exigé : pour cinq ans, je les ai fait en un an. Alors ça dépend des besoins des médecins et il y a des années où tu as besoin de plus de formation, d'autres années moins, alors je pense que ça donne un standard, ce qui est bien si un organisme comme le Collège des médecins peut nous évaluer, mais d'un autre côté, l'idéal c'est que chacun soit responsable de sa formation et sente, aille chercher la formation professionnelle continue en fonction de ses besoins.

- **Pensez-vous que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Je pense que c'est un minimum. Pour certains c'est suffisant, pour d'autres, non.

- **Est-ce que le Collège des médecins devrait veiller à ce que tous les médecins québécois maintiennent et améliorent leurs compétences?**

RÉPONSE : Il le fait déjà.

- **Oui, il le fait déjà, mais il y a 5 % des médecins qui n'adhèrent pas à un plan de DPC pour l'instant, donc est-ce que vous pensez que le Collège des médecins devrait surveiller l'exercice de ces médecins-là plus particulièrement?**

RÉPONSE : Je pense que la mission du Collège, c'est de s'assurer de la protection du public et c'est surtout ça qui est important d'après moi, c'est de s'assurer que les médecins aient une pratique conforme dans leurs soins quotidiens avec les patients et qu'ils soient compétents.

- **Donc, dans le fond, ça pourrait être négatif si les médecins ont une plainte, par exemple, on pourrait ressortir le fait qu'ils n'ont pas de plan de DPC.**

RÉPONSE : Je pense que c'est sûr que ça pourrait être un critère pour le Collège de potentiellement s'inquiéter, ça peut être un critère d'alarme, mais si le médecin n'adhère pas à un plan mais a maintenu ses compétences d'une façon ou d'une autre, qu'il ne les a tout simplement pas notées dans un plan, dans le fond un plan, c'est juste que la formation qu'on faisait quand on n'avait pas de plan, là on la fait et on la documente. Si le médecin qui n'a

pas adhéré à un plan est capable de documenter qu'il a fait sa formation ou que dans ses soins on réalise que les soins sont adéquats, moi je ne pense pas que le problème est nécessairement de ne pas avoir adhéré à un plan, le problème c'est si les soins qui sont donnés ne sont pas adéquats.

- **Est-ce que vous croyez qu'un plan de DPC c'est un bon moyen pour s'assurer que les médecins maintiennent leurs compétences ou auriez-vous d'autres suggestions, d'autres moyens auxquels vous pensez? Par exemple, il y en a qui ont ressorti le fait de repasser des examens, ça se fait ailleurs dans le monde, ou d'aller surveiller l'exercice de certains médecins.**

RÉPONSE : Je pense que c'est un complément d'un ensemble de mesures, mais je crois que les plans de développement professionnel continu sont un bon outil mais je pense qu'avec les années, ils vont devoir les perfectionner pour être de plus en plus, je dirais, spécifiques.

- **Est-ce que vous auriez des suggestions pour améliorer les plans, ou d'autres opinions par rapport au plan de DPC?**

RÉPONSE : Je dirais que je n'en ai pas spécifiquement, tout ce que je dirais c'est qu'il faut maintenir un équilibre entre les exigences, qui doivent être présentes, puis en même temps, de ne pas ajouter un fardeau de paperasse et de papiers à remplir et de choses à faire qui n'ajoutent pas à la compétence.

- **Est-ce que vous trouvez les plans trop compliqués à remplir, est-ce qu'ils devraient être plus simplifiés d'après vous?**

RÉPONSE : Dans l'état actuel, pour moi, ce n'est pas un fardeau, mais moi je les connais bien, c'est plus facile pour moi de les suivre aussi. Pour certains collègues, je sais que c'est un fardeau.

- **Parce qu'il y avait, par exemple, des médecins spécialistes qui ont dit que ce n'était pas vraiment adapté, étant donné qu'ils faisaient tellement d'activités que c'était dur de...**

RÉPONSE : En effet, ce qui peut être un peu frustrant, quand tu maintiens tes compétences, ben ça te demande du temps en plus de ton travail de base et là, si en plus, il faut que tu remplisses toutes sortes de documents et de papiers pour prouver ce que tu as fait, ça peut devenir lourd. Je pense qu'il faut être assez rigoureux pour que ça ne soit pas n'importe quoi. En même temps, il faut trouver une façon de s'assurer que ça soit gérable dans le quotidien.

- **Pour tout le monde aussi, autant les spécialistes que les omni, parce que, en tout cas, les spécialistes, il y en a qui font de l'enseignement, qui font des conférences, qui...**

RÉPONSE : Parce que la difficulté qu'on a, c'est qu'il y a beaucoup d'activités de développement professionnel qui sont difficilement quantifiables. Souvent, ça peut être parmi les meilleurs (médecins), c'est-à-dire, justement l'enseignement, ça oblige de se maintenir à jour. Et les discussions avec les collègues, les lectures au quotidien au chevet des patients, il y a des choses qui sont difficilement quantifiables et qui sont probablement parmi les meilleures au niveau du développement professionnel.

- **Avez-vous autre chose à ajouter?**

RÉPONSE: Non, pas particulièrement.

Entrevue ID788

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend pour vous dans votre pratique?**

RÉPONSE : Ça a quand même une grande importance, parce qu'il y a différentes compétences, mais dans le fond, c'est la façon de maintenir les compétences au niveau des connaissances, mais il y a toute l'application des connaissances dans la pratique quotidienne qui sont importantes, et c'est là qu'on parle des compétences transversales, tout ça. Les connaissances, c'est l'art, et l'art, c'est tout le reste des compétences.

- **Qu'est-ce que vous utilisez comme moyens pour maintenir vos compétences au quotidien?**

RÉPONSE : Au quotidien, j'ai différents sites que je peux aller vérifier, j'ai entre autres « up to date », alors ça c'est une des choses que je vais voir. Quand j'assiste à différentes formations des fois, je sais que s'il y a des éléments que j'ai besoin, je peux aller voir, et aussi des discussions informelles autour du poste au bureau avec mes confrères.

- **Est-ce que vous avez une préférence pour certains types d'activités?**

RÉPONSE : Oui, plus les ateliers, parce que ça permet plus d'interaction et de discussion et les gens sont plus actifs, donc je pense qu'ils participent plus à leur apprentissage et ils apprennent plus.

- **Est-ce que ça vous arrive de choisir vos activités de formation en fonction de vos besoins?**

RÉPONSE : J'essaie, j'essaie de les choisir en fonction de mes besoins! Mais on sait que les gens ont tendance à choisir leurs activités en fonction de ce en quoi ils se sentent le plus confortables. Ça vient confirmer ce que tu fais déjà bien, mais il faut essayer d'identifier plus les zones d'inconfort et d'aller chercher. C'est sûr que moi, comme j'organise beaucoup de formations, j'y assiste beaucoup. Donc, il y en a qui sont plus pertinentes à mes besoins, d'autres moins, mais dans l'ensemble, quand je choisis des activités de formation que je n'ai pas organisées, j'essaie d'y aller en fonction de ce que j'ai comme besoins.

- **Est-ce que vous trouvez difficile ou facile d'évaluer vos besoins?**

RÉPONSE : Je pense que c'est une façon de faire, de s'habituer, de s'autocritiquer dans sa pratique et de regarder, quand on est confronté à certaines situations, lesquelles on est moins à l'aise. Alors, ça ce sont les besoins que nous on voit comme ressentis. Les besoins qui seraient démontrés sur notre pratique, c'est un peu moins évident. On y va plus en terme de besoins ressentis.

- **Mettons, vous êtes capable, par exemple, de dire dans quels champs de pratique...**

RÉPONSE : ...que tu te sens moins à l'aise. Oui. Un exemple : chez nous, tu vois, on suivait moins d'enfants, et maintenant, on a des collègues qui font plus de l'obstétrique, alors on a plus de jeunes enfants, donc on est confrontés à du suivi avec des enfants, et on l'avait peut-être délaissé un peu, alors là, il faut se dire : « Bon là, il faudra aller se remettre un peu plus à jour là-dedans, parce qu'on y est confronté. »

- **Je ne sais pas si vous faites de la pratique en ce moment...**

RÉPONSE : Oui.

- **Parmi vos différents champs de pratique, quelles seraient les compétences les plus importantes pour vous à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Actuellement, ce que je fais, c'est du bureau, donc du suivi de patients, puis je fais un peu de mini-urgence. Alors les compétences, c'est principalement au niveau du suivi

des maladies chroniques. Ça c'est quelque chose. Et une des compétences qui est de plus en plus importante, c'est l'organisation avec les autres professionnels. Alors on est un GMF, donc ça veut dire qu'on travaille à essayer de se compléter avec des infirmières, entre autres. On a développé des programmes et tout ça. Là, c'est des compétences qu'il faut développer de collaboration.

- **Est-ce qu'il y en a parmi elles que vous trouvez plus difficiles à développer?**

RÉPONSE : L'érudition, ça c'est un peu plus compliqué. Je pense que c'est celle qui est peut-être la plus compliquée, parce que ça demande beaucoup de temps, et celle qu'on a tendance à délaissier, c'est celle de gestion, qui devrait probablement être la plus importante, une qu'on devrait y accorder plus de temps.

- **Justement, on va parler maintenant des compétences transversales de CanMeds. Je vous mets la liste ici. Dites-moi celles, pour vous, qui seraient les plus importantes ?**

RÉPONSE : Les plus importantes, il y en a trois plus importantes : Expertise, communicateur et collaborateur.

- **Les plus difficiles?**

RÉPONSE : Les plus difficiles, c'est érudition. Bon, l'aspect professionnel, ça va de soi. Le plus difficile, c'est l'érudition. Puis une qu'on a un peu moins de temps, c'est promoteur de la santé.

- **Est-ce qu'il y a des obstacles dans votre quotidien auxquels vous faites face dans le maintien de vos compétences?**

RÉPONSE : Le temps. Ça revient souvent!

- **Vous connaissez les trois programmes de DPC. Pouvez-vous me les nommer?**

RÉPONSE : Oui. Il y a celui du Collège des médecins, il y a le Padpc de la FMOQ et il y a celui du Collège des médecins de famille du Canada.

- **Il y a celui du Collège Royal aussi.**

RÉPONSE : Oui, mais moi, je ne suis pas spécialiste. Il y a le Collège Royal, mais moi, comme je suis omni, c'est les trois qui sont accessibles.

- **Quelles sont les principales différences entre ces programmes-là?**

RÉPONSE : Le Padpc de la FMOQ, donc il y a toute une formation et un enseignement aux gens sur comment évaluer leur pratique, où aller chercher. Il y a un système aussi que tu peux l'enregistrer là-bas et tout ça. Celui du Collège a cet exercice-là aussi, et il n'y a pas une compilation automatique. La FMOQ compile le leur, celui du Collège ne le compile pas. Celui du Collège des médecins de famille a moins, il a juste une compilation du nombre d'heures que tu as fait et dans quelle activité. Il n'y a pas tout l'exercice de réflexion sur la pratique et tout ça. À mon avis, c'est probablement le moins complet. T'as ça dans le Collège et t'as ça dans celui de la FMOQ. Mais l'autre, tu l'as pas.

- **À quel programme adhérez-vous?**

RÉPONSE : Là, j'ai celui du Collège des médecins de famille, parce que comme je suis membre du Collège, je dois compléter ça. C'est pour ça que je n'en ai pas pris deux-trois, mais ce n'est pas le meilleur.

- **Pour quelles raisons vous avez décidé de prendre ce programme-là?**

RÉPONSE : C'est parce qu'à chaque fois que je renouvelle ma cotisation au Collège des médecins de famille, je dois tout fournir la liste de mes activités de formation que j'ai fait dans l'année. Donc je le fais une fois. Tantôt on parlait du temps. Alors je fais pour moi mon exercice de réflexion sur ce que j'ai besoin, mais comme j'ai à le compiler, je ne ferai pas deux-trois programmes dans l'année. Comme j'en ai à faire pour le Collège, je le mets sur le

Collège. Si vous me demandez mon avis, ce n'est pas celui qui est le meilleur tant qu'à moi.

- **Quelle est votre opinion sur les différents programmes de DPC?**

RÉPONSE : Moi je pense que c'est une bonne chose. Les gens, je pense, vont le percevoir comme une obligation, mais il y a un moment donné où ils vont réaliser que ça te permet de te questionner sur ta pratique, de regarder un peu comment tu gères ta formation en fonction des besoins que tu identifies, donc ça oblige les gens à avoir un processus d'autoréflexion sur leur pratique, mais je pense que c'est ça qui est le bien-fondé. À partir du moment où tu as une autoréflexion sur ta pratique, t'es capable de mettre en évidence quelles sont tes lacunes et d'aller chercher la formation en fonction de ça et non en fonction de l'endroit que c'est donné ou si c'est plaisant. Alors je pense que c'est ça. Et une fois que tu as introduit ça chez les gens et qu'ils sont capables de le faire, je pense qu'on assure une qualité des soins donnés par les médecins ou les professionnels en exercice.

- **Est-ce qu'il y en aurait des plus efficaces que d'autres? Vous disiez que le programme des médecins de famille ne serait pas le meilleur...**

RÉPONSE : C'est-à-dire que si tu fais juste entrer ce à quoi tu as assisté, il n'y a pas d'exercice de réflexion en arrière de ça. Quand il y en a un avec un exercice de réflexion, comme celui de la FMOQ, celui du Collège c'est un exercice de réflexion, celui des médecins spécialistes aussi, il y en a, mais je suis moins familier, parce que moi, j'en entends parler un peu, oui c'est des crédits et tout ça, mais eux ils ont trois ou quatre catégories de crédits. Mais dans celui du Collège des médecins de famille, tu as les Mainpro qui est le maintien de la certification qui est un peu différent, mais tu n'es pas obligé d'avoir fait ça. Mais je pense que l'important, même si tu l'écris, si toi tu as fait l'exercice, ben c'est ça qui est important.

- **Selon vous, le processus de réflexion, ça serait plus exigeant que ramasser des crédits?**

RÉPONSE : Ben oui.

- **Est-ce que vous pensez que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Je pense que oui. Je ne pense pas que c'est un nombre d'heures qui est important. Je pense que c'est plus le processus de se questionner sur ta pratique, qu'est-ce que tu peux améliorer, quels sont les besoins de t'adapter. Une fois que tu as fait ça, tu vas pouvoir le faire toute ta vie professionnelle.

- **Est-ce que vous croyez que le plan de DPC, donc les trois programmes, c'est un bon moyen pour maintenir la compétence des médecins? Sinon, est-ce que vous auriez d'autres moyens?**

RÉPONSE : Non, je pense que c'est un bon moyen. Surtout d'insister sur la réflexion.

- **Pensez-vous que le Collège des médecins du Québec devrait surveiller plus particulièrement l'exercice des médecins qui n'ont pas de plan de DPC?**

RÉPONSE : Moi ça m'inquiéterait oui.

- **Systematiquement?**

RÉPONSE : Ben systématiquement, ils (Collège) n'auront jamais de ressources pour faire ça systématiquement. Mais ça implique de réviser... mais je pense que quelqu'un qui n'a pas de plan de DPC, c'est un petit peu inquiétant. Est-ce que c'est parce qu'il n'a pas pris le temps de le faire, qu'il est trop occupé et tout ça? Peut-être que c'est quelqu'un qui est compétent et tout ça, mais moi, je pense que ça serait un indice. Est-ce qu'on devrait vérifier tous les gens qui n'ont pas de plan de DPC? Je ne crois pas, mais je pense que ça pourrait être un indicateur, comme il y a d'autres indicateurs au Collège, d'individus à qui on va vérifier leurs compétences.

- **Est-ce que vous auriez d'autres commentaires ou suggestions? Vous parlez du fait d'enregistrer les activités de DPC automatiquement?**

RÉPONSE : Moi je pense que ce qui pourrait être fait, c'est que les gens aient des méthodes, puis il y en a un peu de suggérées dans les différents plans, de pendant qu'ils sont dans leur pratique, si ils ont des questionnements ou de trouver des façons de se comparer avec leurs pairs, de trouver des façons de se comparer, par exemple : des groupes, mettons un groupe de médecine de famille qui puisse comparer sa performance dans le suivi, je le sais pas, des patients diabétiques par rapport à, je le sais pas, la performance moyenne des médecins au Québec.

- **Comment on pourrait faire ça?**

RÉPONSE : Ben, je pense qu'il pourrait y avoir, à ce moment-là, c'est sûr que ça demande un peu de ressources, mais il pourrait y avoir, par exemple, qu'on décide d'un indicateur. Je le sais pas, le suivi des patients diabétiques : quelle est la moyenne des hémoglobines glyquées? Bon, et tu dis : « Bon la moyenne au Québec des patients suivis a réussi à atteindre, je sais pas moi 7.6, et en réalité, il faut viser en bas de 7, et comparer notre groupe et dire : « On pourrait décider comme groupe de regarder nos patients diabétiques et faire une moyenne de l'ensemble ». Ça pourrait être un peu comme une évaluation de l'acte. Ça pourrait peut-être être de quoi qui amène les gens, parce que comme on va travailler de plus en plus en groupe, ben il va falloir regarder, et ça ça obligerait les gens à dire : « comment comme groupe nous on peut améliorer à ce niveau-là »? Ça je pense que ça irait plus loin que juste la formation et avoir des crédits. Ça irait dans la dispensation des soins et dans l'amélioration de la qualité des soins et de l'évolution des patients.

- **Ça c'est dans la comparaison, mais est-ce que vous croyez que l'évaluation individuelle, ça serait quelque chose de bien?**

RÉPONSE : Ça pourrait, mais ça devient plus compliqué, parce qu'il faut que tu sortes pour chaque individu, mais déjà, on sait que les docteurs, de se comparer aux autres, ils aiment ben ça, de voir comment je me situe par rapport aux autres. Des fois, ça peut être un motivateur de dire : « Si je pensais qu'on était bien bon pour suivre nos patients mais que finalement on réalise que nos patients ont peut-être de moins bons résultats d'atteinte d'objectifs des traitements que d'autres à côté, peut-être qu'on va aller voir : est-ce qu'on a vraiment le même monde ou est-ce qu'ils font des choses que nous on ne fait pas et que ça pourrait améliorer? Et ça, ça pourrait amener à améliorer l'avenir, le devenir de ces patients-là. » Je pense que ça, ça serait quelque chose qui aurait probablement plus d'impact globalement sur la santé des populations qui sont suivies que juste un individu. Un individu, ça en a, mais un individu tout seul, tu peux être le meilleur docteur au monde, si t'as pas plus de temps, et si tu n'as pas les autres ressources, même si tu suis les « guideline », les patients n'auront peut-être pas nécessairement une atteinte, parce qu'il y a d'autres besoins autour qui peuvent être donnés par d'autres ge

Entrevue ID816

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça a pour vous dans votre vie quotidienne?**

RÉPONSE : C'est extrêmement important. On doit continuellement se renouveler. La profession médicale, c'est une profession très difficile à exercer, parce qu'on est bombardés de documents médicaux à cause de la technologie avancée, donc on est vraiment bombardés, on ne sait pas de quel côté aller. Évidemment, on a des préférences concernant le sujet, selon notre spécialité et selon nos intérêts.

- Quels sont les moyens que vous utilisez dans votre vie quotidienne?

RÉPONSE : Surtout les conférences. Deuxièmement, la lecture, et surtout l'électronique. J'utilise ça régulièrement, c'est beaucoup plus facile d'accès.

- **Est-ce que vous avez une préférence parmi ces moyens-là?**

RÉPONSE : Chacun vous apporte un élément différent et pour compléter, je pense qu'on a besoin de tous les autres éléments. On ne peut pas seulement aller sur l'internet pour avoir des connaissances. Il faut aussi faire un échange, parce qu'il y a des affaires qu'on ne comprend pas nécessairement, surtout lorsqu'on a... j'ai aujourd'hui sorti un document concernant (...), c'est un travail de recherche. Dans l'ensemble, j'étais donc au courant de ce que cette recherche avait déjà fait, et des connaissances concernant l'infection des (...), sauf qu'il y a une partie qui concerne la recherche. C'était beaucoup plus difficile à comprendre. En général, je n'ai pas augmenté mes connaissances concernant (...), sauf qu'il y a une partie de recherche où il faut être vraiment spécialisé dans le domaine ou bien faire de la recherche pour pouvoir pénétrer davantage dans ces connaissances-là.

- **Est-ce que ça vous arrive de choisir vos activités de formation vraiment en fonction de vos besoins, de ce que vous appliquez dans votre pratique?**

RÉPONSE : Habituellement, ce qui m'intéresse, ce que je fais tous les jours, donc évidemment, je vais automatiquement vers l'affaire qui m'intéresse. Donc, c'est important, parce que ce sont les sujets que j'exerce ou que je traite. C'est important. Par contre, il y a d'autres affaires qui m'intéressent. Moi je suis très ouvert à la médecine et à la recherche, donc il y a certains sujets qui m'intéressent et puis, je lis aussi, même si ce n'est pas dans le domaine où j'exerce la médecine.

- **Dans vos champs de pratique, est-ce qu'il y a des compétences que vous jugez plus importantes?**

RÉPONSE : Notre vocation principale, c'est d'aider nos patients, de ne pas nuire à nos patients. Donc, ça c'est très important. Et puis, c'est l'exercice qui finalement nous conduit à lire, à améliorer nos connaissances. Je donne un exemple : la glande thyroïde. Il y a des patients,... Dans mes connaissances (sur la glande thyroïde), il y en a certaines qui sont très anciennes. Donc il faudra absolument renouveler ces connaissances-là. Donc, je lis immédiatement sur ce sujet-là. Définitivement. Si je veux aider mon patient, il faut que je sois au courant des nouveautés.

- **Au niveau des compétences transversales, je ne sais pas si vous les connaissez...**

RÉPONSE : Qu'est-ce que vous dites par « transversales »?

- **Elles ont été catégorisées. Ce sont toutes les compétences qui sont incluses dans la pratique.**

RÉPONSE : Tout ça ce sont les transversales? Ce sont les facteurs qui définissent et qui déterminent...

- **C'est-à-dire que ce sont d'autres sortes de compétences que celles seulement liées aux connaissances de la médecine.**

RÉPONSE : C'est excellent. C'est complet. Tous ces facteurs-là sont importants.

- **Est-ce qu'il y aurait, dans ces compétences-là, des compétences que vous jugez plus importantes que d'autres?**

RÉPONSE : Si vous êtes un expert médical, forcément vous êtes communicateur. Je ne pense pas qu'on peut faire une distinction ou une division comme ça. Si vous êtes un expert, tout rentre en ligne de compte. Je ne vois pas donc qu'il y a une spécificité particulière. Tout d'abord, il faut être expert médical. Lorsque vous êtes un expert médical, vous êtes forcément un communicateur, collaborateur, gestionnaire, et dans le gestionnaire, je ne sais

pas, moi je ne suis pas gestionnaire. Je suis un mauvais gestionnaire. Promoteur de la santé, définitivement. Érudit, également. Évidemment, c'est notre vocation d'aider nos patients. Donc, à part le côté gestionnaire, personnellement, je ne suis pas impliqué dans ..., donc je ne suis pas un bon gestionnaire, sauf que le reste, je suis entièrement d'accord. Moi je dis que si vous êtes un expert, vous avez forcément toutes les capacités.

- **Est-ce que vous croyez que, parce qu'il y a quelques formations sur ces compétences-là, est-ce que vous croyez que ça serait bon d'avoir d'autres formations sur ces compétences-là?**

RÉPONSE : En médecine, c'est difficile la médecine. On a des spécialités. On n'est pas capable de tout savoir en médecine. C'est la raison pour laquelle il y a des spécialités. Donc, si on n'est pas compétents dans un domaine, il faut absolument aller vers celui qui a plus de connaissances que nous. Je ne pense pas qu'un médecin soit capable de tout savoir, d'autant plus qu'il y a tellement de nouveautés, tous les jours il y a des nouveautés qui apparaissent et puis, on n'a pas le temps physiquement parlant, on n'est pas capable d'avoir accès à toutes ces connaissances-là. Donc, c'est la raison pour laquelle, si on n'est pas compétent dans un domaine, il faut aller vers celui qui a plus de connaissances.

- **Quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez dans votre vie pour le maintien de vos compétences?**

RÉPONSE : Je ne sais pas.

- **On va passer aux plans de DPC maintenant. Est-ce que vous connaissez les différents programmes de DPC?**

RÉPONSE : Les différents programmes? Personnellement, donc, à part les conférences, les publications, l'internet,

- **Je parlais plus au niveau des plans à remplir : le Collège Royal...**

RÉPONSE : Oui, donc je suis affilié à ça.

- **Il y a aussi celui du Collège des médecins de famille...**

RÉPONSE : Donc je travaille aussi à Ottawa, je suis obligé de faire celui du Collège Royal, donc je remplis régulièrement ça.

- **Il y a aussi deux plans d'autogestion : celui du Collège des médecins et celui de la Fédération des médecins omnipraticiens, qui sont des plans où on n'a pas besoin d'amasser des crédits, c'est une réflexion personnelle, il faut écrire des objectifs.**

RÉPONSE : Toute communication médicale est valable. C'est réfléchi d'avance.

- **Disons que dans ceux qui fonctionnent par crédits, les réflexions ne sont pas écrites.**

RÉPONSE : Moi je ne crois pas aux crédits. Je m'en fiche du crédit. Absolument. Ce n'est pas ça qui va faire de moi un meilleur médecin. Que j'aie un crédit ou pas, ce sont les gens qui vont regarder : « Ah, vous avez accumulé votre crédit, donc ça va ». Peut-être que le gars n'a rien compris. Je m'en fiche des crédits. Pour moi, c'est d'acquérir les connaissances médicales nécessaires pour aider mes patients et de ne pas nuire à mes patients. C'est ça, donc, ma vocation et ma mission en tant que médecin.

- **Etes-vous toujours avec le Collège Royal?**

RÉPONSE : Oui.

- **Pour quelles raisons?**

RÉPONSE : Parce que je travaille à Ottawa, donc forcément, je suis affilié au Collège Royal, donc forcément, je remplis les deux, et notre Collège accepte.

- **Est-ce que vous croyez que c'est nécessaire d'adhérer à un plan de DPC pour maintenir ses compétences?**

RÉPONSE : Ça peut aider. Ce n'est pas inutile, ça peut aider.

- **Pour réfléchir sur les besoins.**

RÉPONSE : Ça peut aider. Donc, moi je crois beaucoup à l'échange, parce que si vous écoutez, ça vous émet des idées. Il faut que ces idées-là soient éclaircies ; Moi je crois beaucoup à l'échange. C'est en échangeant qu'on comprend, et en échangeant, on ouvre les esprits. Automatiquement.

- **Est-ce que vous croyez, si on parle des crédits versus le plan d'autogestion dont je vous ai parlé...**

RÉPONSE : Je ne peux pas dire qu'une méthode est valable pour chaque médecin. Chacun a sa façon d'améliorer soi-même. Je ne peux pas dire qu'une seule méthode va être valable pour tout le monde. C'est valable aussi pour tous les enfants qui sont à l'école. L'école classique n'est pas nécessairement bonne pour tous les élèves. Leur tempérament est différent, leur façon d'approche est différente. Donc, par conséquent, ce n'est pas valable pour tout le monde, donc ça dépend de chaque individu, de comment il perçoit le DPC. Ça dépend de chaque individu. C'est valable, ce n'est pas à 100 %, mais ça peut-être valable.

- **Et un plan qui serait entre les deux, parce que déjà, le Collège des médecins de famille fonctionne un peu par crédits et un peu par réflexion écrite aussi. Qu'est-ce que vous en pensez?**

RÉPONSE : La réflexion écrite est très bonne. Définitivement.

- **Pensez-vous que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien de la compétence de tous les médecins?**

RÉPONSE : Je ne connais pas très bien ce plan-là. Je ne suis pas très au courant. Les gens qui vont m'entendre, ils connaîtront mieux.

- **Selon vous, est-ce que ce serait important que le Collège des médecins veille à ce que tous les médecins québécois adhèrent à un plan de DPC, parce que pour l'instant, il y a environ 5 % qui n'adhèrent pas à un plan de DPC.**

RÉPONSE : 5 %? C'est bon. Donc, 95 % adhèrent. C'est un bon pourcentage.

- **Mais ces 5 %, on pourrait penser qu'ils ne maintiennent pas leurs compétences. Pourtant, ce n'est peut-être pas le cas non plus. Est-ce que vous croyez que ce serait important que le Collège des médecins surveille plus la pratique de ces médecins-là?**

RÉPONSE : Ça dépend des circonstances. Personnellement, je suis à cheval, voyez-vous, donc, mon cas est particulier. Je ne sais pas si vous êtes au courant?

- **Non.**

RÉPONSE : Tant mieux. Mon cas est particulier, donc je suis, en tant que chirurgien spécialiste, je fais beaucoup de recherche en instrumentation chirurgicale, j'ai développé une certaine clientèle, et puis je suis un peu un aidant pour les patients, si ce n'est pas de ma compétence, automatiquement, je les réfère aux gens qui sont plus compétents que moi. Donc, je ne risquerais pas de traiter un Parkinson, de bien traiter un cas cardiaque, etc. Je fais un petit peu... donc, j'aide mes patients. Et aussi donc, le fait que je sois un Arménien d'origine, les gens du Moyen-Orient qui viennent pensent qu'un médecin est capable de tout faire. Mais moi je les dirige donc. Sauf qu'il y a des cas d'urgence qui arrivent. J'ai déjà envoyé des cas d'embolie pulmonaire à l'hôpital, des thrombophlébites, etc. Et lorsque vous faites un diagnostic précis, vous avez acquis la confiance des gens. Ils vont venir vous voir quelles que soient les circonstances, même s'il n'est pas de votre compétence, mais c'est à moi de faire le jugement, et de les référer donc aux spécialistes compétents.

- **En fait, par rapport à cette question-là, je voulais dire par exemple, je ne sais pas si vous croyez tous vos collègues ou les médecins que vous côtoyez, très compétents, mais mettons que le Collège voulait mettre une règle pour surveiller la compétence des médecins pour que vraiment tout le monde le fasse (maintienne ses compétences), un peu comme les limites de vitesse...**

RÉPONSE : C'est la vocation du Collège. Le Collège est là pour surveiller. C'est très sensible. Je conçois que la vocation du Collège, c'est que tous les médecins exercent d'une façon impeccable leur médecine.

- **Est-ce que vous croyez qu'un plan de DPC c'est la meilleure option pour s'assurer de la compétence des médecins, ou est-ce que vous auriez une autre idée à proposer?**

RÉPONSE : Je dirais que c'est individuel. 5 % qui ne sont pas adhérents, ce n'est pas énorme. Je ne sais pas, peut-être qu'il pourrait faire une recherche pour voir pourquoi ces gens-là n'adhèrent pas. Pour quelles raisons? Est-ce qu'ils sont malades? Est-ce qu'ils pensent que ce n'est pas nécessaire pour eux? Que le Collège, donc, vérifie leurs compétences, c'est son rôle. Il faut que le Collège fasse son devoir.

- **Donc, systématiquement, vous pensez que ces médecins-là devraient être appelés.**

RÉPONSE : Il faudra peut-être, de temps en temps, vérifier leurs compétences. D'ailleurs, si quelqu'un n'est pas compétent, ça va, un jour ou l'autre, paraître dans le public. Et ça dépend aussi des cas. Il y a parfois des cas très banals qui arrivent donc au Collège, des cas qui ne sont pas nécessairement dus à la compétence. Je peux énumérer toutes sortes de circonstances où les patients se sont plaints au Collège, alors que c'est une question administrative.

- **Donc vous êtes favorable quand même au fait que le Collège surveille...**

RÉPONSE : Ça c'est le rôle du Collège. Il faut qu'il fasse son devoir. C'est si le Collège n'existait pas, ce serait le chaos total. Mais encore 5 %, il faut voir, il faut faire une étude. Il faut voir pourquoi ces gens-là n'adhèrent pas, quelles sont les raisons pour lesquelles ils n'adhèrent pas. 95 % adhèrent et 5 % n'adhère pas. Pour quelles raisons? Donc, il doit y avoir une raison valable.

- **Souvent, c'est pour ne pas remplir de paperasse, par exemple.**

RÉPONSE : Je ne sais pas pour quelles raisons, mais 5 %, ce n'est pas énorme, mais il faut qu'on vérifie pour quelles raisons ils n'adhèrent pas.

- **Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions ou des suggestions sur les plans de DPC ou sur le maintien des compétences en général?**

RÉPONSE : C'est que, lorsqu'on est dans un hôpital, c'est plus facile. Donc, on côtoie les gens, on demande, on échange, et on a tout de suite. Et lorsqu'on est dans une clinique à l'extérieur et qu'on voit plusieurs patients, à cause de notre système aussi, il y a le système aussi, nous sommes donc obligés de voir plusieurs patients et que les patients qui attendent plusieurs heures pour vous voir ne sont pas contents. Et ensuite, ça dépend de chacun. Il y a des cas très faciles qu'on peut régler facilement, et d'autres cas qui nécessitent un temps beaucoup plus important à explorer, à investiguer, etc. Donc, ça dépend. Alors à ce moment-là, pour les gens qui travaillent dans des cliniques, moi je pense qu'il faut instaurer un DPC dans les cliniques-mêmes. Automatiquement. Comme ça, ils ont accès. Évidemment, il y a l'accès des omnipraticiens qui travaillent dans mon bureau. Automatiquement, ils s'en vont augmenter leurs connaissances avec internet, à « up to date ». Ils s'en vont directement à l'internet. C'est du temps. Il faut passer du temps à côté, alors que ton patient t'attend et qu'ils (les médecins) vont aller en arrière et qu'ils vont regarder ce qu'il y a comme nouveautés. Mais sauf qu'il faut peut-être, je ne sais pas, instaurer trente ou quarante minutes qui nécessitent donc une étude plus approfondie, qu'il y aurait quelqu'un qui pourrait

leur donner les éléments nécessaires pour améliorer leurs connaissances sur place, comme dans les hôpitaux. Dans les hôpitaux, c'est facile : Il y a des spécialistes, vous leur posez une question et ils vont vous répondre, mais dans une clinique privée, où vous avez trente patients qui vous attendent, c'est un peu difficile.

- **Pour évaluer les compétences, qu'est-ce que vous pensez, par exemple, c'est quelqu'un qui avait soulevé cette suggestion, dans une clinique où il y a plusieurs médecins, que tout le monde évalue la pratique des autres? Ou tout le monde passe, par écrit, un examen de cas, juste pour voir comment chacun réagirait à telle situation. Est-ce que vous trouvez que ce serait une bonne idée?**

RÉPONSE : Je ne pense pas. Il ne faut pas faire en sorte que vous surveillez, il ne faut pas faire la police. L'approche n'est pas bonne. Il ne faut pas faire la police. Donc, il faut qu'il y ait une approche amicale, cordiale, entre les médecins. Il ne faut pas faire la police dans une clinique. Ce n'est pas une bonne idée. Je ne pense pas que ce soit une bonne idée. Il faut créer une atmosphère de franchise, de sincérité, qu'on améliore davantage. Il faut créer la confiance, pas la méfiance. Ce n'est pas une bonne idée, il ne faut pas faire la police dans une clinique.

- **Sachant, par exemple, qu'il y a des médecins... parce que les nouveaux médecins sont plus habitués, dans leur formation, à réfléchir sur leurs objectifs, ça fait partie maintenant de la formation, mais par exemple, il y a des plus vieux médecins qui prennent divers outils autres que l'internet...**

RÉPONSE : Je connais des nouveaux médecins qui sont venus travailler dans ma clinique et puis, au tout début, ils étaient hésitants, et puis ils venaient me poser des questions. Il ne faut pas oublier, moi j'attache beaucoup d'importance aux expériences. Un médecin avec plusieurs années d'expérience, il a déjà fait une école à l'extérieur des études, c'est très important. Donc, je ne suis pas le même médecin que lorsque j'ai fini mes études. Il y a une énorme différence. Donc, l'expérience, pour moi, est une école très importante. D'ailleurs, on va acquérir cette expérience au courant de notre pratique. Donc c'est très important. L'expérience, pour moi, c'est extrêmement important.

- **Est-ce que vous croyez que, parce que le Collège demande à 3 % des médecins, chaque année, de soumettre leur plan de DPC pour vérifier si tout se fait correctement, est-ce que vous croyez que le plan de DPC devrait être obligatoire plus dans les premières années de pratique?**

RÉPONSE : Je pense que c'est le devoir du Collège de faire son travail. Je ne suis pas contre ça du tout. Depuis l'instauration du DPC, on est plus porté à lire davantage. On a cette, je ne sais pas si c'est instinctif je pourrais dire, donc, vu qu'il y a un DPC, on est plus porté à lire.

- **C'est plus motivant.**

RÉPONSE : Pour moi, ça a été comme ça. Lorsqu'il y a un DPC, je vais aux conférences, etc. Donc, moi je vais à quatre conférences par année, à part mes activités académiques où moi-même je vais à des conférences. Donc, 4 conférences. Dans ces conférences-là de trois ou quatre jours, donc, vous êtes bombardés de connaissances. Là, au retour, il faut faire une réflexion. Il faut revoir tout ça. Donc, pour vraiment compléter nos connaissances. Donc, il faut revoir tout ça. Ça c'est une bonne chose, et puis ensuite, quand vous ne connaissez pas, vous regardez tout de suite le soir même, vous améliorez votre DPC. Si vraiment vous voulez aider vos patients, continuellement il faut lire. Nos connaissances anciennes peuvent entièrement être changées. Et en médecine aussi, c'est quelque chose qui est important. En médecine, une opinion aujourd'hui peut, dans quelques temps, ne plus être valable du tout. Ça change complètement, statistiques et tout ça, donc ça peut complètement changer et notre opinion antérieure a une nouvelle opinion, et il faut vérifier ça aussi, et il ne faut pas gober aussi tout ce qui arrive. Il faut avoir un jugement pour pouvoir juger si cette étude-là est valable ou pas. Il m'est arrivé déjà de lire quelque chose, l'exercer, alors que c'était une

erreur fondamentale. Et puis il m'est déjà arrivé de lire quelque chose et de l'appliquer alors que c'était une erreur. Il faut donc juger aussi, d'accepter ou de réfuter les connaissances qu'on vous rend.

- **Donc globalement, ce que je comprends, c'est que vous êtes relativement favorable au plan de DPC. Ça a l'air de vous avoir motivé.**

RÉPONSE : Oui.

- **Est-ce que vous auriez des modifications à apporter, par exemple, au plan de DPC, ou ça vous convient comme c'est là?**

RÉPONSE: C'est le temps, les journées, les années, qui vont automatiquement forcer les gens à modifier leur attitude, donc je peux vous dire qu'avec le temps, on va tout le temps modifier. Et le progrès vient à petit pas. Lorsqu'on a commencé quelque chose, on vérifie que c'est pas tout à fait vrai, donc on va le modifier. Donc c'est le temps qui va dire et la pratique qui va finalement améliorer notre façon de voir les choses.

- **Avez-vous autre chose à rajouter?**

RÉPONSE: Non.

Entrevue ID832

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles ?**

RÉPONSE : Absolument nécessaire. Et malheureusement, il y a des médecins qui, en tout cas, qui font pas tout ce qui est nécessaire pour le faire.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez dans votre vie de tous les jours pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Tous les moyens sont bons. Écoutez, par année, moi je fréquente cinq ou six congrès majeurs : donc, le congrès américain, LEULAR, des choses comme ça, les congrès régionaux, je fréquente je ne sais pas combien de réunions régionales organisées par soit l'industrie pharmaceutique, soit par les Universités, je ne les compte plus, je veux dire, des dizaines. On a, à l'Université de Montréal, dans le service de rhumatologie, le service de rhumatologie de l'hôpital Notre-Dame, c'est le plus gros service au Québec. On est douze rhumatologues, il y en a trois autres qui s'en viennent, on va être quinze dans pas grand temps, donc on a des opportunités d'avoir des conférences de très haut niveau. Il y en a entre vingt et trente par année qui se donnent le vendredi matin. J'assiste facilement à vingt de ces trente-là par année. On arrive à 8H45, on repart à 11H00 et on a assisté à deux conférences de haut niveau. Je fais de la recherche, je fais de la recherche à la fois clinique, seul, où à l'aide d'instruments dont je me suis doté, entre autres une base de données. Je peux évaluer n'importe quoi, je veux dire, dans les maladies que je suis, je peux évaluer l'impact d'un traitement, la survie d'un traitement et ainsi de suite. Je publie ça. À l'automne, il y a un gros congrès de l'*American College of Rheumatology*. J'ai trois résumés qui sont présentés là, donc il faut que je les présente. Il faut que je connaisse mon sujet, pour que je sois capable d'en discuter avec les gens qui vont venir voir les affiches. Je fais énormément de lectures, je dirais que ça varie d'une semaine à l'autre. Quand j'ai plus le temps, je lis un peu plus. Quand j'ai un peu moins le temps, je lis ce dont j'ai besoin. Actuellement, je suis en train de lire sur la goutte, parce que tout le traitement de la goutte va changer d'ici peu, parce qu'il y a des nouveaux traitements qui s'en viennent, puis ça va nécessiter une connaissance différente de la goutte. On a toujours pensé que la goutte, qui est une maladie articulaire, est une maladie qui est uniquement articulaire, mais on se rend compte qu'elle est associée au

diabète, aux maladies cardiaques, à toutes sortes de trucs comme ça, et si on ne la traite pas bien comme il le faut, on se rend compte que le risque de faire, par exemple, un infarctus, est plus élevé que (pour) la population normale. Donc, je suis en train de lire sur ce sujet-là. Qu'est-ce que je fais aussi comme éducation, je fais des conférences, à la fois pour des spécialistes et pour des généralistes, je fais facilement cinquante conférences par année, et là, je suis très conservateur, cinquante conférences par année sur des sujets divers : ostéoporose, arthrite, arthrose, et sur des sujets plus pointus quand on me les demande pour réviser la littérature sur un nouveau traitement, sur l'impact de ce traitement-là sur la maladie, sur les infections associées à ces traitements-là et ainsi de suite. J'enseigne aussi aux résidents. En fait, cette semaine, je passe ma semaine avec les résidents. Donc, je leur montre comment questionner, comment examiner les patients, comment faire la différence entre des plaintes réelles et des plaintes imaginaires, je vous dis ça parce qu'hier, on a eu une patiente qui est arrivée à l'urgence tard mardi soir, puis on l'a vue rapidement. On a passé une demi-heure, trois quarts d'heure avec elle, et quand je suis sorti de la salle d'urgence, j'ai dit : « non, il me semble, ça ne marche pas ça. » Mon nez me disait qu'il y avait quelque chose de pas correct. Ça c'est l'expérience. Donc le lendemain matin, je suis retourné avec les résidentes, et là on l'a questionnée comme il le faut, et on l'a examinée comme il le faut. Au questionnaire, la patiente était très handicapée, beaucoup de difficulté avec toutes les activités de la vie quotidienne. Alors qu'à l'examen, après l'avoir distraite et tout ça, elle faisait à peu près tout. Alors il y a un autre problème : un problème psychosocial en-dessous de tout ça, peut-être qu'elle n'a pas vu son fils depuis cent ans, peut-être qu'elle n'aime pas l'endroit où elle vit, je ne sais pas trop quoi. Donc on a mis le travail social là-dedans pour savoir, pour explorer un peu plus. Donc, y a-t-il d'autres choses de plus que ça ? Je fais beaucoup de réflexions sur ma pratique aussi. Une des manières que je fais ma réflexion sur ma pratique, c'est qu'en faisant la base de données que j'ai ici, la base de données *Rhumadata*, je vais vous montrer comment ça marche en deux-trois mots, juste pour vous montrer ce qu'on fait, c'est que la base de données me permet... si je me reporte il y a vingt ans puis comment on m'a enseigné la rhumatologie, on me disait, il y a vingt ans : « On n'a pas d'outil pour mesurer, donc on ne mesure pas, on se sert de notre flair, de notre science, pas d'outil. Donc, d'un point de vue pratique. » Or, de plus en plus, on s'est rendu compte, dans les 10-15 dernières années, que les outils en question sont ultra importants et que quand on peut, par exemple, en avoir un outil comme celui-là, qui s'appelle le *Rhumadata*, ça c'est une base de données que j'ai développée avec mon informaticien. Cette base de données-là me permet de voir les patients en chiffres, donc de savoir : ça c'est toutes des mesures de la maladie. C'est des mesures imprécises, parce que c'est des mesures semi-quantitatives. Mais c'est des mesures qui me permettent de voir comment il va, combien il a d'articulations qui sont gonflées, douloureuses. On construit des index composites avec ça (il me montre un graphique), et au décompte articulaire, on a toute son évolution en fonction du temps. Regardez comment il va : là il n'allait pas très bien. Il va quand même pas mal, en règle générale, sauf que là, depuis peu, sa maladie est plus active. Il y a quelque chose qui se passe. Un DAS de 4 ou 5, c'est un patient qui a des problèmes articulaires, donc on peut, avec ça, suivre les patients et réfléchir sur sa pratique, dire : « coudonc, est-ce que je fais le maximum pour ce patient-là ? Son laboratoire a l'air de quoi ? » Je peux suivre son laboratoire. Et il y a, malheureusement, il y a peu de médecins qui font ça à l'heure actuelle et il y a énormément de résistance à implanter un outil comme ça, et une des résistances qui a, c'est des résistances qui sont externes : confidentialité, secret professionnel. Puis les gens ont peur de ces outils-là, parce qu'ils ont peur que ces outils-là, éventuellement, provoquent une fuite d'informations. Mais qui va s'intéresser à l'information sur un patient avec une arthrite rhumatoïde qui prend des pilules ? Je sais qu'il y a un secret professionnel là-dedans d'un point de vue éthique, mais de là à dire qu'on voit le grand monstre partout, je pense qu'on le voit un peu trop partout. Et c'est quelque chose qu'il faut changer, et c'est quelque chose qui, au congrès de LEULAR, cette année, un des objectifs que je m'étais dit, c'était d'aller voir ce qui se passait dans les bases de données un peu partout dans le monde. Donc j'en ai fait pas mal, je suis allé voir des personnes comme Yoahnn Asclimt qui est en Suède, au Danemark, Axel Think qui est en Suisse, puis on a placoté. Puis une des idées qu'on a eu toute la gang et qui a été lancée comme ça, on a dit :

« Pourquoi on ne ferait pas une base de données internationale? Uniquement avec des gens qui sont intéressés à faire ça et qui construiraient des données à travers le monde. Plutôt que le faire de façon provinciale ou nationale, pourquoi pas aller plus grand que ça? Puis de ramasser, uniquement avec des gens qui ont un grand intérêt? Comme ça, tu vas avoir toutes les données et tu peux arriver après ça et parler aux organismes gouvernementaux, à l'industrie pharmaceutique, aux organismes réglementaires puis leur dire : « Non, non, ça ne se passe pas de même dans la vraie vie, c'est comme ça que ça se passe, on l'a mesuré ». Donc, je dirais que, pour ce qui est de ma formation professionnelle, c'est ce que je fais.

▪ **Est-ce qu'il y a des moyens que vous préférez vraiment?**

RÉPONSE : Je suis un clinicien, moi, je suis un clinicien, donc une des choses que je préfère le plus, c'est un ramassis des données. Donc, ce que je fais avec mes patients, j'aime beaucoup ça. Puis je pense que je suis un clinicien assez fin. Et une chose que j'aime beaucoup, c'est de prendre ces données-là et les transformer en données quantitatives, et montrer aux gens les résultats de ça. Donc faire des conférences. J'adore faire des conférences. Parler aux gens, échanger avec les gens, je dirais que c'est une de mes grosses forces.

▪ **Est-ce que ça vous arrive de choisir vos activités de formation en fonction de vos besoins, c'est-à-dire que vous êtes capable d'évaluer votre pratique?**

RÉPONSE : Oui, toujours. Mais, écoutez, j'ai une pratique, on a une pratique très sélective ici. Donc, je sais pas, peut-être qu'en omnipratique c'est comme ça, mais comme je ne suis pas omnipraticien, moi je suis spécialiste, j'ai une pratique très sélective : je suis président de l'Association des Rhumatologues actuellement, et à l'intérieur de l'association actuellement, un des problèmes qu'on a, c'est qu'on a des rhumatologues qui pratiquent une médecine plutôt générale, c'est-à-dire qu'en plus de faire leur rhumatologie, ils vont s'occuper du cholestérol, ils vont s'occuper de l'hypertension artérielle, du diabète, et tout ça. Puis on a des rhumatologues qui ont des pratiques très précises, où ils vont utiliser leur expertise au maximum, c'est-à-dire que, pas pour ne pas rendre service aux patients, mais pour rendre service au plus grand nombre de patients possible. Et c'est pour ça que nous, ici, on a une pratique très inflammatoire. Tout ce qui est maladies inflammatoires, on en voit, je veux dire, nos bureaux, c'est 80 %-90 % de maladies inflammatoires, contrairement à d'autres rhumatologues où c'est arthrose, bursites, tendinites, des choses que d'autres personnes pourraient voir. Donc, un des mouvements que j'essaie d'enclencher, c'est de dire aux rhumatologues : « Travaillez donc dans votre aire d'expertise. » Rendez des services, ce pour quoi vous avez été entraînés. Ça c'est la première chose qu'on est en train de faire à l'heure actuelle. Et une autre chose qu'on est en train de faire, à l'aide du ministre Bolduc et de la Fédération des Médecins Spécialistes, on est en train d'essayer d'organiser des corridors de service entre les groupes de rhumatologues et les médecins à différents endroits, pour faire en sorte que les patients qui vont être dirigés vers les rhumatologues, c'est les patients qui vont tirer le maximum de bénéfices de l'expertise du rhumatologue. C'est pour ça que je dis que je réfléchis beaucoup sur cet aspect-là, parce que c'est cet aspect-là où je pense que le rhumatologue peut le plus rendre service. Puis là, je pourrais te faire la liste de tous les diagnostics, même dans le code de facturation à l'heure actuelle.

▪ **Je ne sais pas si vous connaissez les compétences CanMeds? Je vous donne la liste. D'après vous, quelles seraient les compétences les plus importantes à maintenir ou à améliorer?**

RÉPONSE : C'est sûr que l'expertise médicale est importante. Les connaissances changent tellement vite. Il faut que les gens sachent de quoi ils parlent. Ils ne peuvent pas traiter les patients aujourd'hui comme on les traitait il y a vingt ans. Exemple : l'arthrite

rhumatoïde. Il y a vingt ans, on faisait, comme disait Gilles Proulx, de « L'apeuprisme ». On va traiter ça à peu près de même. Puis on ne mesurait pas. On ne peut plus faire ça. Pourtant, il y a encore des gens qui ne mesurent pas. On a démontré, très récemment, que d'avoir une thérapie visée, une thérapie ciblée, le patient va en tirer un beaucoup meilleur bénéfice au long court que le patient qui n'a pas une thérapie ciblée. Si tu ne comptes pas le nombre d'articulations qui sont gonflées et douloureuses, si tu ne regardes pas l'inflammation qu'un patient a, tu vas manquer des affaires. Donc, ça, c'est fondamental. Et ça, c'est partout dans la littérature à l'heure actuelle. Pourtant il y a des rhumatologues qui ne font pas ça encore. Qui le font, peut-être d'une manière indirecte, mais si tu ne mesures pas, je ne leur dis pas qu'il faut tous qu'ils aient un logiciel dans leur chose, mais il y a des moyens simples de mesurer puis de mettre des chiffres dans ton dossier et de dire : « Ah non, ça ne marche pas ». Ça, il faudrait qu'ils fassent ça. Donc, l'expertise médicale, à mon avis, c'est très très très important. Donc, de l'expertise médicale, je pense que l'érudition, je pense qu'elle est aussi importante, parce que tu ne peux pas maintenir ton expertise médicale si tu n'es pas un érudit, si tu n'es pas un autodidacte, si tu ne vois pas comment tu peux faire pour améliorer ta pratique. Puis ça, c'est un des problèmes principaux que les médecins ont aujourd'hui. Un des problèmes qu'ils ont, c'est qu'ils ont perdu la capacité d'être surpris, la capacité d'être étonnés, la capacité de voir, dans une analyse ordinaire, que ce soit une prise de sang ou une question banale, de voir que ça, ça ne « fit » pas avec le tableau, qu'il y a quelque chose là. Et à partir de ces instruments-là, de te dire : « comment ça se fait que ça ne marche pas ? Qu'est-ce qui ne marche pas là-dedans ? » Pousser un peu plus loin, et de ça, tu peux tirer des enseignements : soit que tu vas, encore une fois : « Eille, j'ai telle affaire ! » Tu vas voir ton voisin : « J'ai telle affaire au laboratoire avec tel médicament. As-tu déjà vu ça ? » Il dit : « Ah oui, j'ai vu ça quelques fois. » Ah, c'est peut-être associé au médicament. On peut faire une petite revue de la littérature. Un article, tu vas lire ça : « Ah, je ne connaissais pas ça ! » Tu viens d'entrer quelque chose dans tes connaissances personnelles. Mais la base de tout ça, c'est la manière que tu as d'être étonné et surpris par des découvertes fortuites qui malheureusement, des fois, te passent sous les yeux et que tu laisses passer, parce que t'es blasé. T'as pas appris à faire ça. Dans une vie antérieure où je faisais beaucoup de développement d'outils d'éducation médicale continue, un des gars avec qui j'ai travaillé, qui s'appelle Bob Fox, lui dans sa tête, c'était clair que c'était important d'être surpris. C'est important de voir l'anomalie où elle existe. Et si t'as perdu la capacité de voir ça, tu perds la capacité de changer, de t'auto-juger et de te dire : « Comment ça se fait que je ne connais pas ça moi, cette affaire-là ? » Des fois tu en manques, t'es pas là 100 % du temps, mais au moins, si tu as regardé ça, je pense que c'est important. Donc, expertise et érudition, ça va ensemble, collaboration...on ne travaille jamais seul. Puis dans le système de santé, à l'heure actuelle, c'est rendu tellement important de travailler avec les autres, mais tellement difficile!

▪ **Pour quelles raisons?**

RÉPONSE : Parce que t'as pas accès. Parce qu'il faut que tu fasses des choses que tu ne pouvais pas faire avant, que tu ne devais pas faire avant. Moi, si je voulais qu'un de mes patients soit vu par un de mes confrères avant, tout ce que j'avais à faire : j'envoie une requête de consult à Dr. X, Y ou Z. Le gars voit ça : « Ah il veut que je vois tel patient. Je vais le voir. » Et il le faisait, il savait que si je lui envoyais un patient, c'est parce que j'avais une question précise à lui poser et que je voulais qu'on réponde à cette question-là parce que ça m'aiderait. Aujourd'hui, on ne se soucie plus de ça. Les gens sont tellement surtaxés par la mauvaise efficacité du système, les résistances dans le système que c'est rendu quasiment impossible. Donc, tu peux facilement perdre le sens de la collaboration dans le système. Combien de fois dans une semaine j'appelle moi un autre médecin pour lui dire : « Regarde, pourrais-tu voir mon patient? J'ai ce problème-là. » Si c'est pas urgent, je vais envoyer les troubles par les voies habituelles. Mais si c'est urgent, il n'y a aucun autre moyen que de prendre le téléphone ou le courriel, puis d'écrire à un de tes amis puis dire : « Regarde, j'ai ce problème-là, mais pourrais-tu m'aider là-dessus ? » Je fais ça régulièrement moi avec Pierre Mainville qui est un gars en clinique de la douleur à l'hôtel-Dieu de Montréal qui est charmant et qui en a jusqu'aux oreilles. Mais parce que je lui ai écrit un courriel en y donnant tous les

détails, il lit le courriel et il dit : « Ah, mon Dieu, il y a un problème là. Je vais le voir. » Donc, communication, c'est ben important. De la gestion, je pense que c'est ben important aussi. Comme vous voyez ici, l'Institut de Rhumatologie, c'est une clinique privée qui : 1) Reçoit des patients et traite des patients tout le rez-de-chaussée, mais qui, au deuxième étage, est consacré uniquement à la recherche. Tout le deuxième étage ne fait que de la recherche clinique fondamentale, en collaboration avec des laboratoires, en collaboration avec la société d'arthrite, notre propre recherche, etc. On ne fait que ça. Pourtant, c'est privé. Puis l'Institut de Rhumatologie est aussi, on est reconnu à travers le Canada. Si tu parles de rhumatologie à travers le Canada, il y a deux-trois centres à travers le Canada qui sont très bien reconnus, et l'Institut de Rhumatologie en est un. L'autre chose qu'on fait ici, c'est qu'on fait de l'enseignement. On s'est arrangés, dans le temps que j'étais directeur du programme de Rhumatologie jusqu'en 2004 à peu près, je me suis arrangé pour que l'Institut de Rhumatologie devienne un point de chute pour les résidents. Donc on reçoit des résidents ici, et les résidents trouvent ça extraordinaire, parce que s'ils sont uniquement à l'hôpital, ils vont voir un type de pathologie bien différent de ce qu'ils vont voir ici. Alors qu'ici, ce qu'ils vont voir, c'est ce qu'ils vont voir dans leur vie de tous les jours pour les 25 prochaines années. Donc, je pense que c'est important qu'on les expose à ça, les résidents adorent ça. On reçoit des résidents même de Sherbrooke, de Québec, qui ont des pratiques totalement différentes de ce qu'on fait, même à l'hôpital Notre-Dame, et qui arrivent ici, et ils disent : « On n'aurait jamais cru qu'on pouvait voir tant de patients inflammatoires que ça. Donc, tu développes ton expertise.

- **Est-ce qu'il y aurait, dans ces compétences-là, pour vous personnellement, des compétences plus difficiles à maintenir ou à améliorer?**

RÉPONSE : Plus difficiles à maintenir... je dirais que la plus difficile de toutes à maintenir, c'est vraiment l'expertise médicale, parce qu'il y a tellement de choses que tu voudrais savoir puis t'as pas le temps, ou que t'oublies. Je dirais que c'est la plus « tough », mais je dirais aussi que c'est la plus intéressante, parce que c'est celle-là qui me fait me poser le plus grand nombre de questions. Communicateur pour moi, c'est facile. Je suis né avec ce gène-là. Je suis une grande gueule, je suis capable de parler. Collaborer, c'est facile. Gestionnaire, c'est peut-être un peu moins facile. Promouvoir la santé, encore une fois, on peut le faire nous autres, mais encore une fois, étant des rhumatologues, promouvoir la santé articulaire, c'est plus complexe un peu, parce qu'on n'a pas d'outil pour savoir qui est-ce qui peut faire de l'arthrite. Alors, comment est-ce qu'on peut prévenir? On peut aider les gens à se garder plus en forme en disant : « Faites de l'exercice, mangez sainement » et tout ça, mais de là à dire qu'on va avoir un impact majeur sur l'arthrite, tu sais, pas autant que cardiovasculaire : la cigarette, l'alimentation, etc.

- **Est-ce que vous rencontrez des obstacles au maintien de vos compétences?**

RÉPONSE : Je vous en ai parlé de quelques-uns, je veux dire, être capable de collaborer avec les autres, je pense que c'est un obstacle important, l'autre c'est la charge de travail qui est très difficile, parce qu'on a une énorme charge de travail et on n'est que 91 rhumatologues à travers le Québec, alors qu'il y a 17 000 autres médecins qui nous réfèrent des patients qui ont des douleurs, problèmes musculo-squelettiques. Alors l'entonnoir est pas mal serré. C'est pour ça qu'on essaie de développer des systèmes, entre autres les fameux corridors de service pour qu'on soit capable de « channeler » vers nous autres les patients qui ont vraiment besoin de nous autres, et de nous empêcher de voir les patients qui n'ont pas vraiment besoin de nous autres, mais qui vont prendre de notre temps. Donc, optimiser notre temps pour voir les patients qui sont les plus susceptibles de bénéficier de notre expertise. Mais l'obstacle, le temps, c'est un obstacle écoeurant. Je veux dire, il y a des gens qui pratiquent uniquement en bureau privé et qui ne voient que des patients. Mais moi, je fais tout le reste. C'est un choix. Je pourrais arrêter de faire ça, ça fait 20 ans que je fais ça, mais il faut croire, mais ici, on a à peu près tous le même profile. Je regarde Jean-Pierre Petit, qui est un gars qui est connu internationalement, Paul Araoui aussi, Jean-Pierre Raynault, qui a fait 2-3 ans d'épidémiobiostatistiques à Stafford. La plupart des gens qui sont ici ont ce « hedge » de plus là pour essayer de pousser plus loin, aller plus loin. Mais ce qui nous limite,

parlez-en à n'importe lequel, c'est le temps.

- **On va parler maintenant du plan de DPC, des différents programmes. Est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : Écoutez, j'ai participé au CanMeds du Collège Royal des médecins et chirurgiens tant que j'ai été inscrit. Je ne suis plus inscrit depuis trois ans. Je remplis encore les papiers du CanMeds qui sont envoyés là-bas. Je ne sais pas s'ils maintiennent mon dossier, mais je les remplis encore. Je connaissais le plan de DPC du Collège des médecins du Québec, parce que j'en avais entendu parler une fois par Roger Ladouceur lui-même qui avait présenté à un groupe de médecins... est-ce que c'était des médecins de famille? Des médecins spécialistes? Je ne me rappelle pas si c'était un mélange des deux, je ne me rappelle pas, et où il avait présenté les différents aspects du programme de DPC du Collège des médecins. Mais, je ne peux pas vous dire que j'ai exactement tous les détails, et savoir exactement comment ça fonctionne, parce que je ne le sais pas.

- **Il y a aussi le Mainpro du Collège des médecins de famille du Canada.**

RÉPONSE : Celui-là je le connais, mais je n'y participe pas. Il y a l'Université de Montréal qui en a un, il y a différentes choses, parce que j'ai fait accréditer beaucoup de programmes aussi avec les années. Je connais un peu la procédure, en ce sens que si tu veux bâtir un programme, peu importe, une conférence d'une journée, n'importe quoi, il faut que t'aies des gens de ton audience cible, qui eux vont participer à l'élaboration du programme après avoir fait une évaluation de leurs besoins et ils vont participer au processus, et on va, à partir de là, établir des objectifs. Le plus gros programme que j'ai fait, c'est Expert MD. C'est un programme pan-canadien avec 250 médecins de famille, une quarantaine de rhumatologues, c'est un immense programme qui durait 18 mois.

- **À quel programme adhérez-vous?**

RÉPONSE : Écoute, je ne suis inscrit à aucun. Est-ce assez simple? Je ne suis inscrit à aucun, parce que depuis que je ne suis plus inscrit au Collège des médecins du Canada, je ne m'étais pas réinscrit au Collège des médecins du Québec. Donc, mais c'est en faisant les papiers, en faisant l'appel cette semaine, je me suis dit : « Tiens, c'est une bonne occasion de voir comme il marche leur programme et de faire le tour de leur programme et de regarder comment je peux m'insérer à travers tout ça. » Je n'ai pas besoin des autres pour faire ma formation médicale continue, et je n'ai pas besoin d'être inscrit à un programme pour me maintenir compétent, je ne pense pas. L'autre affaire, d'être inscrit à un programme, est-ce que ça veut vraiment dire que tu maintiens tes compétences? Je pense que non, moi. Je pense que c'est beaucoup plus fondamental que ça. Ça fait partie de ton éthique professionnelle, de ton éthique personnelle et de te dire : « Oui, suis-je inscrit à ce programme-là? Non, je ne suis pas inscrit. » À chaque année, il nous envoie un questionnaire le Collège des médecins. Je remplis le questionnaire au complet, je leur dis combien d'heures de formation je fais, je peux prouver facilement où je vais, je fais toutes sortes d'affaires, des congrès que je fais. Il y a bien des affaires que je n'inscris pas dans le programme, parce que j'ai pas le temps. C'est le temps. Ça, par-dessus le reste, en tout cas. Le temps, le temps. Ça c'est un gros problème.

- **Celui du Collège Royal et celui du Collège des médecins de famille du Canada demandent de ramasser des crédits.**

RÉPONSE : Pas des crédits nécessairement, mais ils demandent de démontrer que t'as fait différentes choses durant ton année pour maintenir ta connaissance. Il y en a certaines de ces choses-là qui sont associées à des crédits, certaines autres qui ne sont pas associées à des crédits, parce qu'il y a certaines choses que tu peux faire qui ne sont pas associées à des crédits. Je ne me suis vraiment jamais soucié à savoir : Est-ce que tout ce que je fais me donne les crédits nécessaires pour prouver que je maintiens ma compétence? Je ne me suis jamais soucié de ça.

- **Mais il reste que pour cinq ans, il y a un nombre de crédits à amasser, tandis que les plans d'autogestion comme celui du Collège des médecins du Québec ou celui de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ne demandent pas un nombre de crédits ou un nombre d'heures en particulier. Croyez-vous qu'il y aurait l'un ou l'autre (système) qui serait plus efficace?**

RÉPONSE : Je ne connais pas celui de la FMOQ. Je connais juste celui du Collège des médecins du Québec. Je pense qu'il doit être efficace pour les omnipraticiens, de là à dire qu'il est efficace pour les spécialistes, je ne suis pas si sûr de ça. Comme je vous l'ai dit, je l'ai regardé cette semaine, je l'ai même rempli, j'ai regardé quel était le niveau d'intérêt, je me suis amusé à le faire, pour voir la liste des choses que je fais, puis les programmes auxquels j'ai assisté cette année, puis comptabiliser le nombre d'heures. Écoutez, comme le projet d'auto-apprentissage du Collège des médecins du Québec et ainsi de suite, je ne peux pas vous dire, je ne sais pas combien d'heures par semaine que je fais. Juste pour vous donner une idée, j'étais rendu à, voyez-vous, 3 à 4 heures pour mon évaluation. Chaque fois que je vois un patient, j'évalue ma pratique. À toutes les fois. Donc, c'est 3-4 heures facile par semaine, 160 heures par année. Activités de lecture et ainsi de suite, c'est facilement deux heures par semaine. Enseignement et recherche, c'est plus que 100 heures par année, activités collectives, c'est plus que 90 heures par année. Donc, je comptabilisais en nombre de centaines d'heures par année. J'avais marqué, à l'œil, 200 heures au Collège, parce que je suis retourné voir ce que j'ai écrit et je me suis dit : « Oh, j'ai sous-évalué ce que je faisais, parce que je fais beaucoup plus que ça. »

- **Donc, pour vous, c'est pas vraiment nécessaire de remplir ça, à part si le Collège des médecins vous le demande.**

RÉPONSE : Écoutez, c'est là où ça blesse, parce que, tu vois, quand Roger Ladouceur m'a appelé, j'ai pensé un moment : « ah, il veut savoir qu'est-ce que je fais en Éducation médicale continue. » C'était pas ça pantoute qu'il voulait savoir, il voulait que je vous rencontre. Vous voyez comment je n'ai pas été résistant, j'ai dit : « Ah, j'aimerais ça, ça serait l'fun. Peut-être qu'on pourrait trouver un moyen pour que les gens puissent faire un suivi facile de leur dossier d'éducation médicale en collaboration avec le Collège des médecins. Ça, ça serait l'fun à faire. D'intégrer les spécialistes dans une espèce de comité, et que ces spécialistes-là se questionnent : « Comment est-ce que je peux, moi, à l'intérieur de ma pratique, avoir un outil facile à utiliser, pour un peu comptabiliser ce que je fais dans une année, et être capable de démontrer à Who ever wants to know ce que je fais dans une année? » Alors que là, je peux vous donner mon CV, j'ai, je ne sais pas, j'ai une trentaine ou quarante publications, une centaine de résumés dans mon CV, je peux même vous montrer les posters, on a juste à aller au 2^e (étage), je pense qu'il y en a cinq sur les murs actuellement, où je suis le premier auteur.

- **ais est-ce que vous pensez à un moyen qui serait plus facile? Il y a des médecins que j'ai interrogés qui ont dit, par exemple, qu'il pourrait y avoir peut-être une carte où chaque fois que vous entrez dans un congrès, ça scanne, et ça va comptabiliser directement...**

RÉPONSE : Ah, ça, ça serait écoeurant ça! Ou, chaque fois que tu te log sur Pomed, qui est un outil de recherche, que t'aies un programme dans ton ordinateur, que tu download un article et taow, il le reconnaît ; que tu te connectes avec un outil de recherche sur le web ; que tu t'inscrives à un congrès sur le web, il le reconnaît. Je ne sais pas si ça existe, ça. Parce que je suis toujours connecté là-dessus. Alors, peut-être qu'il y a un moyen d'utiliser le temps de connexion que j'ai pour le comptabiliser de manière plus efficace. Je ne le sais pas.

- **Il paraît que pour les médecins qui font partie du Collège des médecins de famille du Canada, les médecins peuvent écrire sur leur iphone leurs réflexions qui sont enregistrées directement.**

RÉPONSE : C'est parce que pendant que tu écris là-dessus, tu n'écoutes pas! C'est ça le maudit problème. On est tout le temps là-dessus. Quand c'est pas celui-là, c'est celui-là,

quand c'est pas celui-là, c'est un autre. Honnêtement, je pense que ça vaudrait la peine de faire un groupe de réflexion, de s'asseoir, un groupe de spécialistes. Et je le dis uniquement pour les spécialistes. Les généralistes, ils ont leurs trucs. Mais pour les spécialistes, je pense que ça vaut la peine de mettre en place un groupe de réflexion, que ces gens-là se rencontrent 3-4 fois, et essaient de trouver un moyen qui est adapté, parce que, moi ce que je fais en rhumato, c'est différent de ce que fait un orthopédiste, différent de ce que fait un obstétricien-gynécologue. Chacun a ses objectifs. Et ils (les plans) nous demandent d'établir nos objectifs en début d'année. Les objectifs, je ne les établis pas en début d'année, je les établis à chaque jour, à chaque semaine j'ai des nouveaux objectifs qui apparaissent : « Ah, il faudrait que je lise ça, je vois un patient, il faudrait que j'aille voir ça. » Il y a un article que j'ai vu que je parle, et là, j'ai deux résidentes avec moi, j'ai fait faire des copies lundi. J'ai dit : « On a parlé d'ostéoporose chez l'homme cette semaine, j'ai vu un article il y a une couple de mois dans le *New England Journal of Medicine*. » Ça m'a donné l'occasion de le relire, je vais l'apporter l'article sur l'ostéoporose cette semaine. Ça a été, encore une fois cette semaine, dans les discussions, je me rendais compte qu'il y avait des points que je ne me rappelais plus. Je me disais : « Ah, ça serait l'fun si je le relisais. » Je l'ai relu, et on a eu une excellente discussion avec les résidents. Donc, les objectifs, j'en ai continuellement. Probablement parce que j'ai travaillé beaucoup avec Bob Fox, et que Bob Fox m'a rentré dans la tête, assez solide, que quand tu es surpris par quelque chose que tu ne connais pas, arrange-toi donc pour le connaître.

- **Il y a beaucoup de médecins quand même qui n'avaient pas beaucoup l'habitude de faire ça. Quand c'est sorti en 2007, ils n'étaient pas habitués de réfléchir à leur pratique.**

RÉPONSE : Ben non, les réflexions sur la pratique, il y a très peu de personnes qui font ça. Et la surprise, et même, je veux dire, si tu as une question... une question, c'est un objectif d'apprentissage. C'est pour ça que quand je fais des conférences, il y a des gens qui disent : « Ah, on va garder les questions pour la fin. » Non, non, non. On ne garde pas les questions pour la fin. On répond aux questions au fur et à mesure qu'elles se présentent, parce qu'elles peuvent changer le cours de la conférence, parce qu'une question, c'est un besoin ressenti. Ce n'est pas juste un besoin mesuré, c'est un besoin ressenti. Donc tu as la perception, quand je dis quelque chose et que le gars lève la main, c'est qu'il y a quelque chose dans sa tête qui n'a pas « fité ». Donc, si tu réponds à ça là, tu vas faire en sorte... là il est réceptif, là il est prêt à apprendre quelque chose. Il veut apprendre cette chose-là. Toutes les chances pour qu'il s'en rappelle longtemps sont là. Les conditions gagnantes sont présentes. Alors que quand tu fais comme d'habitude, à la fin... il peut y en avoir des questions pour la fin. Il y a des gens qui peuvent fonctionner comme ça. Des « learning styles », il y en a à peu près 92 000. Il n'y a pas une personne qui apprend de la même manière, et selon les différents modèles, les différents sujets, tu n'apprends pas de la même manière nécessairement. Donc, c'est pas coulé dans le béton, mais je pense qu'il faut savoir s'adapter. Et des choses aussi simples que, comme je vous dis, tu vois un patient, tu as une question, tu vas voir ton voisin, t'as la réponse à ta question, qu'est-ce que c'était ça? Ça c'est un programme d'autogestion de l'apprentissage.

- **Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins fait bien de surveiller le DPC des médecins?**

RÉPONSE : Je pense que c'est son rôle. Je pense que son rôle, c'est de s'assurer que les médecins maintiennent un certain niveau de connaissances. Écoute, les connaissances, il y en a, c'est hallucinant! C'est pour ça que c'est très difficile, pour un médecin, de tout savoir. D'où l'importance d'être capable de réfléchir sur ses connaissances et d'être surpris. Ça c'est fondamental. Si t'es pas capable de reconnaître ce que tu ne connais pas, comment est-ce que tu peux changer? Impossible. Impossible. Il faut que tu sois capable de reconnaître tes lacunes. Or, il y a des gens qui sont incapables de reconnaître leurs lacunes, malheureusement. C'est pour ça qu'ils restent toujours au même point.

▪ **Est-ce que vous avez autre chose à rajouter, des suggestions, des opinions,...**

RÉPONSE : Je pense que la suggestion la plus importante que je vous ai faite, c'est sur le groupe de réflexion. Je pense que ça, c'est quelque chose à laquelle... depuis que j'ai eu le téléphone de Roger, je me suis dit : « Pourquoi je ne suis pas inscrit officiellement? » Parce que le moyen de mesurer ce que je fais n'est pas suffisamment facile pour moi pour que j'y adhère. Sans que ça ait un jugement de valeur sur ma compétence, sans que ça ait un jugement de valeur sur les moyens que je prends pour maintenir ma compétence. D'une manière secondaire, c'est un jugement sur, possiblement, d'avoir une visite du Collège des médecins, et de me faire dire : « Coudonc, tu maintiens-tu ta connaissance toi? » Puis là, d'être obligé de démontrer : regarde mon CV, regarde mon outil, regarde les papiers que je lis, regarde je ne sais plus trop quoi... Les conférences que je donne. Non, ça devrait être comptabilisé, ça serait tout à mon avantage. Mais pendant que je comptabilise ça, je ne suis pas en train de lire un article, je ne suis pas en train de parler à un résident, je ne suis pas en train de voir un patient. Puis aujourd'hui, un des dangers qu'on a, c'est que le mode, et ça encore une fois, comme président de l'association des rhumatologues, je suis en train de me battre contre ça, c'est que le mode de rémunération qu'on a développé, c'est un mode de rémunération qui dés-incite à la productivité de toutes sortes. Tu n'as pas besoin de faire une activité de manière relativement intensive pour avoir un revenu qui est très confortable. Ça, ce n'est pas correct. Normalement, il faut que tu travailles pour le revenu que tu fais. Il faut que tu vois un minimum de patients par jour. Parce que si tu ne vois pas un minimum de patients par jour, tu ne rencontres pas les problèmes cliniques, et si tu ne rencontres pas les problèmes cliniques, tu ne rencontres pas les questions qui te permettent de te maintenir à date. Ça c'est une autre affaire que j'ai toujours dit : « La variable « driver » la plus forte pour maintenir tes compétences en médecine, à mon avis, il n'y a qu'une chose qu'on retrouve là-dedans, c'est le patient. » Ton patient devrait être ton principal « driver ». Ce que tu ne connais pas sur un patient devrait te susciter, te pousser à apprendre, à aller chercher l'information pour augmenter tes connaissances à ce niveau-là, ou pour vérifier tes connaissances : « Est-ce que je suis sûr de ça, moi? Non, on va aller vérifier. » Des fois, c'est pas long. Avec les ressources qu'on a, tu vas voir un petit Pomed, tu vas aller lire le début de l'article, et même dans le début de l'article, tu vas dire : « Ok, oui, c'est intéressant, j'ai l'information que je veux. » Ça vient de s'éteindre, tu viens de rajouter un petit peu d'informations dans ton système de gestion de données.

Entrevue ID886

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça a dans votre vie de tous les jours?**

RÉPONSE : Ça a de l'importance dans le sens que moi, depuis que j'ai commencé à pratiquer, j'ai toujours cherché à être à date, sauf que je ne veux pas avoir de comptes à rendre à qui que ce soit. Il y a une différence. Même là, ce que le Collège nous demande, c'est toujours rendre compte de tout ce qu'on fait. Moi, quand j'ai étudié mon cours de médecine, j'ai étudié pour moi, et je m'arrange toujours pour être le meilleur en toute chose si on peut dire. Je n'ai pas besoin de me faire stimuler par quelqu'un d'autre. Je sais qu'il y a du monde qui ne le font pas. Je sais qu'il y a du monde qui sont toujours en retrait, qui ne vont jamais à des congrès. Alors, dans un certain sens, je comprends que le Collège veuille qu'il y ait un certain contrôle, mais c'est la façon de nous considérer ; ils nous prennent pour des enfants, je trouve.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez dans votre vie de tous les jours pour maintenir à jour vos compétences?**

RÉPONSE : C'est surtout aller à des soupers-conférences, lire les revues en ophtalmo bien entendu, mais aussi des revues, parce qu'il n'y a pas juste de l'ophtalmo dans la vie, lire autres choses dans d'autres domaines, des revues médicales qui ne sont pas nécessairement d'ophtalmo. C'est sûr que l'ophtalmo, je lis l'article, les autres, je lis les titres seulement, mais c'est surtout lire. Lire et aller à des conférences.

- **Est-ce qu'il y a une méthode que vous préférez?**

RÉPONSE : Non, c'est complémentaire. Je veux dire, quand il y a des conférences, c'est sur un sujet bien particulier, bien pointu, alors ça donne souvent pas l'idée générale nécessairement d'un problème. Quand tu lis dans une revue, là ils vont aborder le problème de façon plus générale avec tel patient a eu tel problème, on l'a réglé de telle façon, mais en même temps, il y a eu un peu d'explications au début que pour tel symptôme, il faut penser à telle chose, donc en fin de compte, ça dans les revues, c'est différent d'une réunion de service ou n'importe quoi d'autre.

- **Est-ce que ça vous arrive, le plus souvent, de choisir vos activités en fonction de vos besoins? Je sais que vous êtes un spécialiste, que vous allez plutôt très pointu, mais comparé à un omni qui a besoin de se mettre à jour dans plusieurs champs de pratique?**

RÉPONSE : Nous, c'est très pointu en ophtalmo, sauf que, en ophtalmo, il y a différentes choses : il y a la cornée, il y a le glaucome, il y a la neuro-ophtalmo, il y a la rétine, il y a la chirurgie de cataractes, il y a beaucoup de diversités par rapport à la médecine de famille qui a aussi beaucoup de diversité : lui va parler de cardio, de pneumo, mais nous, les maladies de cornée ou de rétine, c'est un monde entre les deux, donc, il faut que tu te tiennes à date dans les deux, dans la mesure du possible. C'est sûr que les soupers-conférences sont surtout en glaucome, parce que les soupers-conférences sont payés par les compagnies qui vendent des gouttes habituellement, mais eux, les compagnies, depuis quelques années, comme Pfitzer, d'autres compagnies, des fois, font des conférences qui n'ont rien à voir avec l'ophtalmo ou qui n'ont rien à voir avec le glaucome comme tel, peuvent avoir rapport avec la facturation, ou des choses comme remplir des formulaires ou des choses comme ça, ça n'a rien à voir, ils n'ont gagné aucune cent dans ces conférences-là, mais il y avait un besoin qui a été donné à la compagnie et la compagnie a fait une conférence. Mais c'est surtout pour le glaucome que les conférences ont lieu. Même la compagnie Alcon est une compagnie qui fait venir les spécialistes. Ils les font venir ici à Joliette pour donner des conférences aux quatre ophtalmologistes : ça peut être en rétine, en oculoplastie, je veux dire, nous ça nous intéresse même s'ils n'ont rien à vendre. Juste nous faire connaître les nouveaux spécialistes, avec les nouvelles techniques, qu'apportent ces nouveaux spécialistes-là. Moi je

m'intéresse à tout.

- **Est-ce que vous trouvez facile d'évaluer vos besoins dans votre pratique?**

RÉPONSE : Je trouve ça difficile, parce que la majorité des patients qui viennent me voir, je me débrouille très bien, je n'ai pas besoin d'aller voir dans mes livres, je veux dire, me tenir à date sur quoi que ce soit, je veux dire, sur une conjonctivite bactérienne, tu n'iras pas lire tes livres à chaque fois que t'en as un patient, si c'est ça qui te fait vivre. Cataracte, ça, encore une fois, c'est notre pain quotidien. Ce qui est notre pain quotidien, on est à date. On n'a pas besoin d'aller à des conférences ou quoi que ce soit, donc c'est quoi, votre question est plus précise? C'est quoi mes besoins? Ben, j'attends d'avoir le patient devant moi. Nous, en ophtalmo, comme je l'ai expliqué dans mon DPC, le problème, c'est qu'il y a beaucoup de choses qui ne peuvent pas être confirmées autrement que par l'observation. Alors, c'est avec nos yeux qu'on regarde, avec la lampe, avec le fond d'œil, c'est de l'observation. La majorité des choses ne peuvent pas être confirmées par des prises de sang. Donc tu as beau avoir une observation, tu ne peux pas faire une prise de sang, confirmer ce que tu dis et aller à l'étape suivante. Si tu n'es pas capable d'être sûr de ce que tu vois, ben là tu le réfères à quelqu'un qui est meilleur que toi. Je suis un ophtalmologiste général, je ne suis pas un ophtalmologiste spécialisé en rétine, en glaucome, en cornée ou quoi que ce soit. À un moment donné, tu connais tes limites, tu dis : ça, ce genre de lésion-là, je ne la connais pas. J'ai beau lire dans mes livres, il y a 3-4 sortes de pathologies qui se ressemblent, je ne serai jamais capable de faire la distinction. Pas de prise de sang pour nous aider. Alors, tu le réfères à un spécialiste, et lui, il décide si tu le traites ou non, ou si c'est le bon diagnostic. Me demander quel va être mon sujet de DPC, ils sont chiants avec ça. Il faudrait qu'on leur dise quel va être mon futur point faible. Là, écoute, je le sais pas.

- **Oui, ça dépend de la pratique de chacun. Il y en a pour qui c'est plus évident. Pour un omni, par exemple, le plan de DPC est peut-être plus adapté.**

RÉPONSE : Quelqu'un qui vient juste de finir aussi peut-être, qui sort de l'Université, et qui dit : « Ah, ça j'ai pas trop compris, je vais lire là-dessus ». Ça fait 26 ans que je pratique! Est-ce qu'ils vont me dire : « Eille, depuis 26 ans, t'as pas su quoi faire? » Moi je trouve que c'est aberrant, ça.

- **On va y revenir sur les plans de DPC tantôt. Est-ce que vous connaissez les compétences CanMeds? D'après vous, quelles seraient les plus importantes?**

RÉPONSE : Les quoi? Les compétences...

- **Les compétences CanMeds. C'est des compétences transversales.**

RÉPONSE : Ah, l'affaire transversale, il fallait remplir ça... Encore une fois, c'est aberrant cette affaire-là!

- **En fait, j'ai deux questions : d'après vous, quelles sont les plus importantes et les plus difficiles?**

RÉPONSE : Collaborateur, je ne travaille pas vraiment dans une équipe de soins, on fait de l'ophtalmo individuelle. On est quatre, c'est sûr, mais il reste que chacun fait ce qu'il a à faire. Gestionnaire, on n'est pas des gestionnaires non plus, je veux dire, on a fait, à un moment donné, comme nous, ici à Joliette, les patients, avant la chirurgie de la cataracte, ont une rencontre avec l'infirmière, on les a aidés beaucoup pour préparer ça, quoi présenter, comment présenter et tout ça, donc, je suis sûr et certain que la majorité des hôpitaux, normalement, n'ont pas cette qualité-là, c'est les infirmières qui l'ont fait surtout.

- **C'est sûr que ça a peut-être moins à voir avec votre pratique.**

RÉPONSE : La gestion, ça me pue au nez. Gestionnaire, non c'est pas moi ça. Promoteur de la santé, c'est sûr que je leur donne des conseils sur comment prévenir, comment faire attention, mais c'est à chaque patient, c'est pas pour la population, c'est à celui qui est devant moi à qui je dis ça. Comme j'ai dit, moi je cherche toujours à être, depuis le début, tu sors de l'Université, c'est là que tu es le meilleur, mais tu continues à aller aux conférences,

j'ai toujours fait ça moi. Ce que j'aime, c'est érudite, expertise médicale, communicateur, j'aime bien expliquer aux patients la cataracte, la maladie et je veux qu'ils suivent le plan de traitement. On ne pratique pas en équipe, mon collègue est à côté, je veux dire, on rentre dans nos bureaux chacun, je veux dire, de temps en temps, il va m'envoyer un patient pour suivre, c'est moins diversifié sa pratique, il me réfère des cas, c'est tout. Chacun fait sa garde, chacun fait son bureau. J'ai l'impression d'être professionnel aussi, sauf que l'autoréglementation de la profession ou critères rigoureux du comportement personnel, je suis complètement d'accord, mais moi, le DPC, ça me pue au nez. Mais sinon, oui. Là où je suis moins bon parce que je n'en fais pas, c'est gestionnaire, collaborateur, je veux dire, on l'a fait avec les infirmières pour le pré-op, mais sinon, on travaille individuel.

- **Pour le maintien de vos compétences, est-ce que vous rencontrez certains obstacles dans votre quotidien?**

RÉPONSE : Non. Quand j'ai besoin de retourner à mes livres, je regarde mes livres. Je regarde mes compétences. Je ne suis pas un fan de l'ordinateur, d'internet pour aller fouiller dans les choses intéressantes. Ça, je ne suis pas bon là-dedans, sauf qu'une conjonctivite, ça reste une conjonctivite. Les pathologies sont décrites, les maladies sont là, je veux dire, elles sont déjà sur papier depuis longtemps, donc il n'y a rien. Les traitements peuvent changer, mais souvent, comme je dis, comme on a de la difficulté à faire certains diagnostics dans les choses qui sont rares, je vais le référer, et c'est celui qui va le prendre en charge qui va faire le traitement. Puis il y a une chose comme la rétine, comme la dégénérescence maculaire, depuis récemment, depuis 3-4 ans, il y a des injections qui se font, soit de stéroïdes, soit d'anti-reject. Je sais que ça existe, je suis allé à des conférences, mais je ne veux pas en faire. Donc, même si j'ai le patient devant moi, je sais ce qu'il a et je le réfère. Alors, je vais au bout de mes compétences, et ensuite je le réfère.

- **On va parler maintenant du plan de DPC. Quand je dis plan, ça comprend 4 programmes de DPC, je ne sais pas si vous les connaissez? Il y a le Collège Royal qui fonctionne avec des crédits. Il faut accumuler 250 crédits en 5 ans ; il y a le Collège des médecins de famille du Canada, le *Mainpro*, qui est pour les médecins omni et il fonctionne aussi avec des crédits, mais il y a une partie de réflexion qui est ajoutée ; Et il y a deux plans d'autogestion : celui du Collège des médecins, qui est seulement une méthode réflexive où les gens se mettent des objectifs, écrivent comment ils les intègrent à leur pratique, mais ce n'est pas un nombre d'heures minimum par année ; Et finalement, celui de la Fédération des médecins omnipraticiens qui ressemble à celui du Collège des médecins.**

RÉPONSE : Sauf que moi, en tant que spécialiste, il ne m'en reste que deux : Le Collège des médecins de famille, je ne l'ai pas.

- **Il y aurait celui du Collège des médecins qui serait une option pour vous.**

RÉPONSE : Déjà, quand j'ai fini mon cours, j'ai fait l'examen du Collège Royal, j'ai réussi, tout ça, mais c'est qu'il faut payer à tous les ans. J'ai arrêté de payer dès la première année. Je savais que je n'irais pas travailler dans le reste du Canada, alors je n'ai pas payé ça, parce que quand je m'étais informé, on m'avait dit : « Ah, tu as une réduction sur des congrès, tu as une réduction sur les livres ». Ça ne m'intéresse pas ça, une réduction sur les congrès, et les livres, je veux aller voir ceux qui m'intéressent. Alors, en fin de compte, je n'ai pas payé, alors ça fait 25 ans que je ne fais pas partie du Fellowship.

- **Est-ce que vous adhérez à un plan pour l'instant?**

RÉPONSE : Là, je n'avais aucun plan, mais j'ai été obligé de remplir le vôtre. J'en ai fait un. Comme je me suis informé auprès de mon avocat qui m'a dit : « Écoute, tu n'es pas obligé, mais si tu ne le fais pas, il risque d'y avoir plus de problèmes. C'est sûr que si tu ne le fais pas, on va te défendre quand même ». Donc il m'a dit de le faire quand même dans la mesure du possible. J'en ai fait un, je l'ai envoyé, là ils me disent : « Nous sommes heureux de constater que vous avez la préoccupation de développer, parfaire et tenir à jour vos

connaissances et habiletés ». Non, ce n'est pas ça là, j'ai envoyé des choses, parce que j'étais obligé. Parce que ça, je le fais quotidiennement à tout bout de champs. Ce qu'ils ont voulu dire, c'est que je leur ai envoyé un DPC. Ah, eux, la seule chose qu'ils comprennent, c'est DPC. Ils ne comprennent pas que tu te mets à jour. Tu leur envoies un DPC, tu es considéré comme à jour. Ce n'est pas pareil là. C'est une espèce de langage d'avocat que les médecins écrivent, comme Dr. Ladouceur. J'avais envoyé une chose et il a écrit : « puisque vous faites partie d'un programmes d'autoapprentissage... » Non! Autoapprentissage par moi-même, pas ce que tu m'oblige à faire, c'est pas pareil.

- **C'est plus personnel comme démarche, c'est ça que ça veut dire par rapport aux autres plans.**

RÉPONSE : Écoute, je ne suis pas au primaire. Quand tu as un enfant au primaire, tu lui montres comment étudier. Quand il est au secondaire, tu commences à le surveiller un peu moins, et t'espères qu'il réussisse bien et tu le diriges. Collégial et universitaire, tu lui dis : "Arrange-toi avec tes troubles, mon chum ». Quand t'es rendu post-universitaire, on revient au primaire, on dit : « Montre-nous comment tu étudies ». C'est ça que le DPC du Collège Royal fait. Moi j'ai fait mon cours, je n'ai pas eu besoin de me faire tenir la main, et tout à coup, quand t'es rendu post-universitaire, on va te tenir la main. C'est de l'infantilisation. Tu es rendu à un niveau universitaire, et maintenant que tu as dépassé le niveau universitaire, on va revenir au niveau primaire, on va te reprendre la main. Il faudra que tu nous dises comment tu étudies, qu'est-ce que tu as lu, combien de temps tu as lu, qu'est-ce que t'as fait. C'est de l'infantilisation que votre DPC, je trouve.

- **Si, par exemple, le Collège des médecins voulait surveiller juste pour voir si tous les médecins se mettent à jour tout le temps, auriez-vous un autre moyen que vous suggéreriez à part le plan de DPC?**

RÉPONSE : J'en ai aucune idée. Comme je vous dis, moi je n'ai pas besoin de ça pour me faire stimuler. J'ai toujours cherché à me tenir à date, mais je sais qu'il y en a qui ne le font pas. Comment faire la distinction entre l'un et l'autre. C'est insultant pour moi de me faire dire : « Tiens-toi à date ». C'est comme quelqu'un qui a coupé dans son budget qui se fait dire encore : « Coupe dans ton budget », tandis que l'autre qui n'a pas coupé dans son budget : « Coupe dans ton budget ». C'est pas la même implication. Je veux dire, il y en a un qui l'a déjà fait et qui se fait dire : « Continue à couper ». Ben non! Écoute, je l'ai déjà fait!

- **Est-ce qu'il y aurait un autre moyen? Il y a des médecins qui parlaient de la recertification...**

RÉPONSE : Non, la recertification, tu ne peux pas me demander certaines choses que je ne fais plus. Je regarde certains de mes confrères qui ont arrêté de faire de la pédiatrie, qui ont arrêté de faire de l'occulo-plastie, ils font ce qui ont à faire comme il faut, mais la recertification, ils ne peuvent pas demander à quelqu'un comme ça qui a restreint son domaine, et que tu lui dis : « Non, tu as restreints autres choses ». Je n'ai pas de méthode à vous donner, des suggestions à vous donner, sauf que moi ça m'insulte d'avoir à faire ça.

- **Mais ça a été fait aussi pour aider les médecins à cibler leurs besoins, pour bien choisir, par exemple, les activités de DPC par rapport à leurs besoins. Il y en a qui vont à des conférences parce que ce n'est pas loin de leur milieu de travail, ou pour toutes sortes de raisons qui ne sont pas nécessairement par rapport à leurs besoins.**

RÉPONSE : Si on prend, pas le Mainpro, mais celui qui est fait pour les spécialistes, le Fellowship, un nombre de crédits, moi je sais qu'il y a des confrères et consoeurs qui me disent : « Il me manque tant de crédits, donc je suis venu à la conférence ». C'est quoi l'intérêt? Je veux dire, ne viens pas! Il y a du monde, je connais des confrères qui s'inscrivent aux entretiens ophtalmologiques de l'Université de Montréal. Ils s'inscrivent, mais tu ne les vois même pas dans la salle de conférence. Ils se sont inscrits, ils sont venus, ils ont serré la main de 2-3 personnes, ils passent leur temps en quelque part, et là, oups. Mais je sais que c'est impossible de contrôler des choses comme ça.

- **Vous n'auriez pas d'autres suggestions?**

RÉPONSE : je ne sais pas. J'en ai pas de suggestion, parce que je sais que s'il n'y a pas de contrôle, on risque de ne pas détecter certaines personnes qui ne sont pas à date si on ne fait rien, et si on fait quelque chose, ben il arrive comme moi, ça me pue au nez de me faire prendre par la main et de faire dire : « Dis-nous ce que tu apprends et comment tu l'as appris, pourquoi tu l'as appris, comment tu l'as fait et ci et ça ». Écoute!

- **Et par crédits, si vous n'aviez pas à payer pour le Collège Royal, si mettons : vous cottisez pour le Collège des médecins, si ça fonctionnait par crédits (avec le Collège des médecins)?**

RÉPONSE : Je serais capable de le remplir plus facilement. Remarque que ce serait plus facile pour moi, parce que je me tiens, écoute, j'ai calculé, j'ai fait, en mettant une heure et demie par souper-conférence, depuis deux ans, il y a eu la conférence qui a eu lieu au Mexique que je ne suis pas allé, tout de suite, ça fait un quinze heures de moins, mais en tout cas, tout ce que j'ai pu faire, c'était comme trente-deux heures par année que je fais. Moi, je trouve ça beaucoup, comparativement à bien d'autres. Moi je vais à des conférences, je rencontre un tel et un tel, à d'autres conférences, un tel et un tel, c'est toujours les mêmes à peu près. Aux conférences, je suis un de ceux qui y va le plus. C'est sûr que si c'était juste calculé de cette façon-là, probablement que je serais haut la main, mais bon, est-ce que c'est juste comme ça qu'il faut calculer? Il y a des gens qui vont venir pour rien aussi, juste se présenter. Je n'ai pas de solution miracle. Au moins, S'ils faisaient ça, probablement que ça aiderait, parce que là, c'est juste une espèce de réflexion interne.

- **En fait, c'est que c'est beaucoup moins encadré que ceux qui ont des crédits. Il y a des médecins qui sont beaucoup plus à l'aise dans quelque chose d'encadré où c'est compilé à la fin de l'année et où ils n'ont pas à rédiger quoi que ce soit.**

RÉPONSE : Je n'ai jamais été bon pour rédiger de quoi. Je vais à des conférences pour écouter mais pas pour rédiger de quoi.

- **Avez-vous quelque chose à rajouter?**

RÉPONSE : C'est ça, je trouve que c'est de l'infantilisation. Celui du Collège Royal, c'est de l'infantilisation, et en même temps, c'est un peu une espèce d'Inquisition là où ils veulent te surveiller. Je trouve qu'il faudrait que tu leur écrives qu'est-ce que tu as fait, comment tu l'as fait, pourquoi tu l'as fait, et si tu as eu le but recherché et comment ne pas faire la même erreur. Écoute, tu vas lire deux articles, sais-tu d'avance l'article qui va t'apporter de quoi ou celui qui ne va pas t'apporter de quoi? Moi, chaque fois que j'ai un patient que je ne suis pas capable de trouver le diagnostique et que je pense que je suis capable de trouver le diagnostique, je dis à ma secrétaire : « Laisse le dossier sorti ». Le soir, je l'apporte à la maison, je lis dans mes livres. Je ne me sens pas dans le DPC du Collège Royal ou n'importe quoi, je le fais parce que je veux le faire. Et là être obligé de devoir leur dire que là, j'ai fait une recherche sur les paralysies extra-oculaires types, qu'est-ce qu'ils ont à savoir ça? Je le fais pour moi. C'est au jour le jour. C'est ceux qui se présentent dans mon bureau que je cherche à comprendre et à pouvoir documenter pour moi-même, pas pour faire des papiers. Je n'ai pas envie de lire une demi-heure et d'être obligé d'écrire pendant trois heures.

- **Deux idées ajoutées hors-enregistrement :**

Le plan de DPC pourrait être obligatoire dans les premières années (nombre d'années fixe) de pratique pour les nouveaux médecins.

On dirait que le Collège des médecins mise davantage sur la façon dont est rempli le plan de DPC, plutôt que sur les compétences.

Entrevue ID905

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles? Quelle importance ça prend dans votre pratique?**

RÉPONSE : Je pense que c'est très important, parce que si quelqu'un, en tant que médecin comme tel, c'est la vie des gens qu'on a entre ses mains et la santé des gens. Donc, si on n'arrive pas à maintenir ses compétences, c'est comme si, comment je dirais, ce ne serait pas bon pour la profession elle-même, ce ne serait pas bon pour nous, on aurait des risques en soignant les patients : des risques de manque de compétence et tout ça. Donc, il faut qu'on se mette à jour au fur et à mesure. La médecine évolue vite. En un rien de temps, tout change. Pas tout ne change, mais il y a bien des affaires qui changent au niveau des traitements, au niveau des concepts par rapport à une maladie donnée. D'un coup on découvre : « Ah, c'était ça la physiopathologie? » et un autre jour bien... Il me semble qu'il y a un autre facteur qui entre en ligne de compte : ce n'est plus seulement ça ou ce n'est pas ça du tout, donc si on ne va pas se mettre à jour...

- **Comment vous faites pour vous maintenir à jour? Quelles sont vos activités?**

RÉPONSE : Il y a différentes façons : mais beaucoup les lectures, lectures du genre de ce qu'on reçoit des revues médicales, participation aux congrès, et ça nous arrive entre pairs, c'est-à-dire que c'est sûr qu'on court tout le temps, mais il y a certains midis, comme le mercredi midi, je parle pour nous spécifiquement, c'est une journée d'enseignement. C'est la journée où on supervise les résidents le matin, puis l'après-midi, on les supervise en bureau, parce que nous, on fait du maintien à domicile. C'est notre équipe de maintien à domicile qui est ici, gériatrie. Donc, le midi, c'est toute la gang des résidents ensemble, nous autres ensemble. Donc, ça nous arrive que quelqu'un pose une question : « Ah, j'ai vu quelqu'un ce matin à domicile, puis voilà, je ne savais pas quoi faire avec, qu'est-ce qu'on fait? » Alors on s'en va sur internet, on cherche la problématique et on regarde. Même si on le sait, mais des fois on le sait juste pointu. Donc, là on s'en va sur internet pour avoir plus de détails, et on apprend avec le résident, et on lui apprend à apprendre. On lui apprend comment aller chercher l'information. Donc en même temps, les informations qu'on a de plus, dans ce qu'on va chercher, il l'apprend aussi. Ça enrichit ce qu'on savait déjà. Parce que le résident l'apprend, lui, au point de départ. Donc, pour nous, c'est différentes façons, avec à présent des résidents, parce qu'on est une unité de médecine familiale, bien on est obligés, en-dehors des compétences professionnelles « Docteur », on est obligés d'être compétent professionnel « professeur » sur la chose médicale.

- **Ça serait quoi vos activités préférées? Est-ce que l'enseignement, c'est ce que vous préférez pour apprendre?**

RÉPONSE : J'adore ça. Et je pense que ce qui maintient la cohésion de notre équipe, on a une vieille vieille équipe, entendons-nous, je suis la plus vieille des médecins d'ici, et je pense que c'est ça qui maintient l'équipe, c'est ça qui maintient la cohésion de l'équipe, parce qu'on est tous passionnés par l'enseignement, et c'est ça qui nous a fait recruter d'autres personnes, des plus jeunes, il y a en a qui sont de nos ex-résidents, qui ont travaillé avec nous et qui ont désiré faire de l'enseignement et qu'on a embarqués dans l'équipe. Alors je pense que c'est ça le ciment du groupe. C'est l'enseignement.

- **Mis à part, peut-être que ça entre dans l'enseignement aussi, mais est-ce que ça vous arrive de choisir vos activités en fonction de vos propres besoins?**

RÉPONSE : Oui et non. Oui, parce qu'il faut qu'il y ait des choses, par exemple, quand c'est arrivé le plan du DPC, ça nous a forcé un peu, et c'est là la partie la plus difficile, de s'asseoir

et de dire : « Bon, là, qui est-ce que je vois dans mes patients? Quelles problématiques ont-ils? Qu'est-ce que je vois le plus souvent? Avec quoi suis-je la plus à l'aise? » Oups, là, il faut que j'aïlle dans un congrès sur telle affaire. Ou il faut que j'aïlle chercher sur internet. Ça c'est une chose, mais compte-tenu qu'on fait beaucoup beaucoup de gériatrie, nous les individus qui sont ici, même nos résidents en médecine familiale, eux, on doit les former sur tout. Donc, il y a des affaires qui, au début, quand on faisait de l'enseignement, c'était comme « Ok, je dois beaucoup savoir sur l'hormonothérapie, sur la contraception, sur les verrues, sur... » des affaires que les résidents voient tous les jours, et que nous, dans notre clientèle, les MTS, on ne voit pas ça dans notre clientèle gériatrique beaucoup ou presque pas, mais on est obligés de se mettre à jour pour eux. Donc, on a deux volets de développement professionnel : le développement professionnel pour notre propre pratique, et le développement professionnel pour acquérir certaines connaissances. Pas pointues, nous on va plus pointu dans notre champs d'activité, mais pour les résidents, au moins la base, Il faut qu'on la connaisse. Qu'est-ce qu'on ajoute maintenant, comment on traite tel type d'MTS? Ça a changé il y a trois semaines, bien il faut qu'on le sache.

- **Est-ce que vous mettez plus de temps à vous mettre à jour pour l'enseignement ou pour votre propre pratique?**

RÉPONSE : Ça, je ne l'ai pas évalué, mais ça pourrait être, je ne dirais pas égal, mais mettons...

- **Mettons que l'enseignement ça fait partie de votre pratique...**

RÉPONSE : C'est ça. Mais c'est à peu près pareil, parce qu'il faut qu'on sache tout, parce que c'est en médecine familiale. Donc, il faut que tu saches tout. Donc, en règle générale, je n'ai pas calculé ça, c'est une bonne question. Je vais essayer à chaque fois que je vais mettre des heures sur quelque chose, je vais dire : « Est-ce que c'est pour moi ou pour le résident? » Mais en même temps, quand tu l'apprends pour le résident, c'est une connaissance que tu acquières pour toi aussi comme professionnel. Donc, c'est difficile de le couper au couteau mettons.

- **Dans vos champs de pratique, quelles sont les compétences les plus importantes à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Toutes les problématiques des personnes âgées, mais on a, il faut dire que quand on parle de soins à domicile, nous on a trois champs de pratique en soins à domicile : on a les personnes âgées, très âgées, fragiles ; on a la personne jeune mais handicapée moteur sévère qui ne peut pas aller chercher des soins, donc c'est nous qui les voyons à la maison, donc on a des cas de 35 ans, c'est beaucoup des clientèles qui ont eu des comportements à risque genre accident de moto, il s'est blessé la moelle épinière, et il se retrouve quadraplégique en fauteuil roulant, puis bon, c'est un genre comme ça ; ou les gens dans la cinquantaine qui ont fait des ACV et qui sont lourdement handicapés. Ceux qui sont moyennement handicapés, ils peuvent prendre le transport adapté, ils viennent nous voir ici, ce qu'on encourage même fortement, mais il y en a qui sont vraiment très handicapés qui ne peuvent pas venir. Et on a la clientèle qui veut mourir à la maison de cancer. Donc, en soins à domicile, on a ces trois clientèles-là. Donc, on doit se mettre à jour sur ces trois types de clientèle.

- **Quelles sont les compétences les plus difficiles à maintenir et à améliorer dans vos champs de pratique?**

RÉPONSE : Celles qui l'étaient, c'étaient beaucoup des gestes à faire pour la personne âgée, pour éviter de l'envoyer à l'urgence pour rien, quelle que soit la pathologie. Sauf que depuis l'an 2000, on a travaillé là-dessus et on a sorti un bouquin qui parle de cette clientèle-là. On sait tellement que c'est un besoin. Donc, tout ce qui doit être fait à domicile pour éviter d'envoyer la personne à l'urgence, c'est cette partie-là. Ces décisions-là qui sont difficiles à prendre. Donc, quel que soit, même pour la personne jeune, handicapée, parce que si elle est lourdement handicapée, arriver dans une salle d'urgence, ce n'est pas évident non plus, la mettre sur une civière, sur un lève-personne. Donc, c'est aller le trouver, parce qu'on ne le

trouve pas dans la littérature. C'est ça l'affaire. Parce que, si par exemple, dans notre livre, on a comme dans tous les bouquins qui parlent de maladies, et on a extirpé l'essentiel pour cette catégorie de patient. Parce que dans les bouquins normaux, on ne trouve pas la personne quadraplégique. Ce n'est pas ça qu'on trouve. On trouve si, dans le chapitre de la constipation, on te dit : « Si les blessés de la moelle, dans le chapitre des incontinents urinaires, on trouve : si les blessures médulaires, son type d'incontinence et tout ça. » Mais là, il faut que tu fouilles 4-5 chapitres pour aller trouver quels sont les problèmes que lui peut présenter, parce que lui, cette personne-là, il n'a pas d'hypertension, il n'a pas de diabète. C'est rare qu'il y a ces affaires-là. C'est son handicap qui lui cause un paquet de problèmes. Donc, ce sont les problèmes qu'on a été chercher et qu'on les a tous codifiés. Donc on a espéré avec ça rendre les choses moins difficiles pour ceux qui font le même genre de pratique que nous. Donc, c'est pourquoi on a publié ce livre. Sauf que c'est toujours à regarder. Si tu vas dans la littérature, qu'est-ce que tu fais avec un patient à domicile, c'est pas évident à trouver directement. Donc, c'est peut-être cette partie-là qui peut rendre notre genre de pratique un peu plus difficile.

- **Maintenant on va parler des compétences transversales. Je vous donne la liste. Prenez le temps de les regarder.**

RÉPONSE : Non, je les connais par cœur...

- **Lesquelles seraient les plus importantes à votre avis?**

RÉPONSE : À mon Dieu, aucune n'est plus importante. Bon, je vais aller au moins importantes. L'expertise médicale, ça va de soi. Sauf que le communicateur, ça paraît peut-être banal aux yeux de certaines personnes, mais je trouve que c'est super important. Il suffit d'un petit mot mal placé ou mal dit par rapport à la problématique ou par rapport à la situation émotionnelle de la personne, puis c'est fait, on bousille tout. Donc, la communication avec le patient, c'est simple, la communication avec ses proches et la communication en équipe interdisciplinaire qui peut-être rejoint autre chose, qui rejoint le rôle de collaborateur, parce que ça, dans notre pratique de personnes à autonomie réduite, il faut qu'on se parle. On a nos petits papiers roses qui nous rappellent, mais il faut qu'on se parle, parce que une a une perception, l'autre a une autre perception, puis il faut qu'on se parle pour dire : « Est-ce que j'ai bien vu quand j'ai pensé ça? » L'autre peut dire : « Non, non, non, parce que voici l'information que j'ai eu de la famille ». Et c'est ça qui peut orienter un mode de fonctionnement. Et ça, on le vit tous les jours. La moindre petite parcelle de communication défectueuse, ça peut bousiller tout un plan de soins. Si j'avais des exemples concrets, bon ça c'est en soins palliatifs que je l'ai vécu : c'est une madame, bon, elle sait qu'elle est en fin de vie, elle sait tout ça, sauf qu'elle veut garder le contrôle de toutes ses affaires. Elle a une stomie, à chaque fois qu'elle essaie de le faire, pas à chaque fois. Une fois sur trois, quand elle essaie de le faire, si elle est plus faible, elle se souille partout. Ça nécessite quelqu'un vienne ramasser ça. Là, elle pleure, ça la fatigue. Sauf que quand on va lui parler, un jour elle me dit : « Là moi je ne comprends rien. L'infirmière me dit qu'elle va m'interdire de le faire. » Tu vois, juste le mot « interdire », ça l'a mise à l'envers, mais à l'envers, puis la marge pour qu'elle dise : « Je ne veux plus rien savoir de vous autres pour me donner les soins », la marge était mince. Et là je lui dis : « Écoutez, c'est peut-être parce que vous avez mal interprété, il me semble que vous êtes très sensible à ça » Il faut patiner pour réussir à lui faire comprendre que notre but, c'est justement qu'elle garde sa dignité jusqu'à la fin. Et la dignité passe aussi par le fait qu'elle dit : « Je veux le faire. » Mais quand elle le fait et qu'elle souille partout, je pense que ça blesse autant sa dignité sinon pire. Et c'est pour ça qu'on vous offre de le faire et c'est des professionnels payés pour ça. Ça c'est des termes qu'ils aiment « la professionnelle payée pour ça, donc elle doit le faire. » Sauf qu'elle n'est pas rendue là psychologiquement. Il faut que tu lui expliques, parce que sinon, elle n'aurait jamais plus voulu voir l'infirmière. Donc, il a fallu après ça que j'aie lui parler (à l'infirmière) : « C'est un mot qu'on ne dit pas ». Il y a des mots, « il n'y a plus rien à faire », tu ne dis pas ça à quelqu'un. « On va vous interdire de... », alors que tu sais c'est un moment où on veut être le plus permissif possible, pour que la personne soit la plus heureuse possible. Tu vois, c'est des niaiseries tu dis! Elle aurait pu répondre la personne, c'est une personne qui a toute sa

tête : « Mais pourquoi vous voulez me l'interdire? Mais pourquoi? » Elle n'a pas répondu. Elle a tout gardé ça, parce qu'elle était dans une situation de fragilité, de vulnérabilité. Dans la communication, ça paraît banal, mais chaque mot doit être pesé, sous-pesé. Une autre, on peut utiliser ce mot-là, elle va dire : « Voyons donc! De quel droit tu peux m'interdire? » Elle règle son problème déjà. Mais elle ne l'a pas réglé. Et on la connaît depuis trois semaines. Donc on pense la connaître, mais pas du tout. On veut la soulager ; on lui donne ses pilules : « Non, non, non, je vais prendre la moitié, parce que je ne veux pas prendre trop de pilules ». Là l'infirmière dit : « Mais, le docteur l'a prescrit! » Elle s'est sentie bousculée. Quand est venu le temps de ma visite, elle me dit ça, je lui dis : « Savez-vous quoi? C'est parce que noter rôle, c'est de vous soulager, vous empêcher de souffrir ». Cependant, si vous prenez la moitié, j'ai dit : « Mais pourquoi vous ne voulez pas en prendre toute une? » (la patiente répond) : « Ah, je suis comme droguée, je ne peux pas parler à ma famille. » J'ai dit : « Bon, le choix que je vous propose – elle veut avoir le contrôle, je lui transmets le contrôle – si on vous en donne toute une et que vous ne pouvez pas leur parler, la toute une, vous allez l'avoir le soir. » On lui a dit : « Je vous remets la responsabilité, on va faire un choix. ON va faire un choix. Là, quand vous sentez que vous n'aurez pas de visite et tout ça, vous en prenez toute une, surtout le soir, là vous allez dormir tranquille. Le jour, on va, je prends l'échelle de douleur, on va accepter tant de pourcent de soulagement, mais vous allez avoir un petit fond de douleur. Mais vous allez avoir toute votre tête pour parler à vos proches. Puis c'est arrivé. Elle était bien contente qu'elle ait pu avoir ce contrôle-là et non pas béatement tout accepter tout ce qu'on lui met dans le ventre. Et à ce moment-là, j'ai été transmettre l'information aux infirmières. J'ai dit : « Bon, elle accepte la moitié du comprimé. Bon, acceptez vous autres qu'elle vous dise qu'elle veut la moitié, puis on s'est entendues que si dans la journée elle veut tout un comprimé, vous lui donnez tout un, mais le soir, on va toujours lui en donner tout un, parce qu'elle veut dormir. Puis, tout le monde était sur la même longueur d'onde. Donc, là, il y a des journées, quand je pose la question : « Qu'est-ce qu'elle a pris aujourd'hui? » (l'infirmière répond) : « Ah, ce matin elle en a pris une demie, mais cet après-midi, elle était tannée de sa visite, elle en a pris une.» Donc. Elle a gardé le contrôle, et c'est ça qu'elle voulait, comprenez-vous? Donc, tout ça, c'est dans la communication que ça marche. Ce n'est pas dans l'expertise médicale. Quand bien même je serais, comment je te dirais, un savant, je sais pas quoi, si je ne savais pas comment lui communiquer, elle m'aurait dit : « Docteur, je ne veux plus rien savoir de vous », parce que j'aurais pas pu comprendre. Là je suis vieille, c'est la pratique, c'est l'expérience qui me donne ça là, mais tu vois donc, c'est pour te dire l'importance de la communication qu'en réalité les gens ont tendance à banaliser. Quand on parle entre collègues, c'est comme : « Mais je sais comment communiquer avec mon patient! » Il fait : « Mais là, lui il est ci, il est ça, il ne veut pas ci, il ne veut pas ça ». Mais va voir pourquoi il ne veut pas ci, il ne veut pas ça. Des fois la raison est bien banale, et tu arrives à lui prouver que ce n'est pas que la raison est banale, dans ta tête c'est banal, mais pour elle, ce n'est pas banal. On essaie de trouver un compromis pour lui faire accepter. Je pense que c'est après l'expertise médicale, parce que si tu n'as pas l'expertise non plus, comment tu peux donner quelque chose de valide à ton patient? Donc, en deuxième, après l'expertise médicale, je pense que c'est la communication. J'ai beaucoup parlé juste pour te dire ça là.

▪ **Les compétences les plus difficiles à maintenir?**

RÉPONSE : Le plus difficile, c'est promoteur de la santé je pense, parce que beaucoup de gens, dans notre clientèle âgée : « C'est pas vous c'est moi qui sais qu'est-ce que je veux. Vous ne pouvez pas me dire quoi faire. Mon père a fumé pendant 80 ans et il est mort à 92 (ans) ». Ils te sortent des affaires comme ça. Même quand tu leur dis : « Bon, il a été chanceux, parmi le nombre de pourcentage... » Donc, c'est ça. Et ça, j'ai essayé d'aller dans des ateliers. Quand j'ai vu que c'était comme mon point à améliorer, j'ai dit : « Est-ce moi qui n'a pas le tour? Pourtant, au niveau de la communication, ce n'est pas si mauvais que ça! » Mais, j'ai participé à des ateliers qui parlent comment... malgré tout, tu essaies, mais l'être humain, il est humain. Donc, il te dit : « Tu ne vas pas me dire quoi faire! » Même mes patients jeunes, handicapés moteur, parce qu'il faut que tu gères les urines, il faut que tu gères les selles, quand ils veulent sortir pour aller à un rendez-vous. C'est très « basic »,

niaiseux, un spécialiste va rire de toi en t'entendant parler comme ça, mais... J'ai un de mes patients qui voulait aller à une conférence quelque part sur les affaires qui concernent la quadruplégie et tout ça, mais il devait rencontrer Christopher Reeves qui était de passage ici. Mais il a fallu que j'aie le voir. Il m'a dit : « Venez me voir, parce qu'on a quelque chose à discuter » pour discuter de quoi dire aux gens qui viennent le lever le matin pour ses selles et pour ses urines, combien de verres d'eau qu'il doit boire pour qu'il n'ait pas envie pendant qu'il va là-bas, parce que sinon, ça va dégouliner, ça va remplir son sac de jambe trop vite. C'est de la gestion du quotidien et c'est très niaiseux, mais il faut le savoir! C'est quoi qu'un handicapé moteur vit, jeune, pour que tu puisses aller... parce que des fois, ils te disent : « J'ai besoin de... Je ne vais pas manger. Vous m'envoyez une diététiste pour me dire comment manger pour régulariser mes selles. Ce n'est pas une diététiste qui va me dire quoi faire! » Alors quand il te dit ça, il faut essayer de ménager les choses. Là c'est de dire : « Bon, comment ça fonctionne. » Mais c'est comme ça.

- **Est-ce qu'il y a des obstacles que vous rencontrez dans votre pratique qui vous empêchent de maintenir vos connaissances comme vous le voudriez?**

RÉPONSE : Le temps. Des fois, tu trouves un congrès super intéressant, et qui est jeudi-vendredi, ou qui est vendredi, puis là, tu regardes ton agenda et tu dis : « Bon, là j'ai ça à faire, j'ai le dossier à mettre à jour. J'ai ci, j'ai ça. Ça bloque. C'est beaucoup de gymnastique avec le temps. Pour les lectures, c'est pas si pire. Même si des fois ça s'accumule, à un certain moment, tu déchires les pages et là, tu finis par le lire. Des fois je prends l'habitude, mais plusieurs d'entre nous font ça, pendant qu'on dîne on regarde, et là on dit : « Eh, les filles! Les gars! Regardez dans ça, un article sur telle affaire. Puis on en profite, on le partage. C'est encore plus payant pour nous que de juste le lire comme ça. Parce qu'on est tous dans la petite salle de supervision à côté, donc on est tous collés serrés. On est 5-6 résidents et patrons. Donc, c'est un peu ça, parce que ça nous fait rentabiliser notre temps de dîner. Et comme ça, c'est plus le temps qui nous empêche vraiment d'aller plus loin. Mais en même temps, tu dis, parce qu'il y a beaucoup de congrès intéressants qui se font : des fois, c'est des ateliers de demi-journée ou des choses comme ça. Si on devait passer notre temps à aller chercher notre expertise, aller parfaire notre expertise dans les congrès, on ne travaillerait pas non plus. Moi je suis une organisatrice pour l'association des médecins de la langue française, pour l'association canadienne du soin de plaie. Donc, j'en organise des trucs. Mais d'autres en organise aussi : la FMOQ, les Universités,... et on touche la même clientèle d'omnipraticiens de la province de Québec. Bon, avec la MLFC, nous on touche à travers le Canada. Mais il y a beaucoup d'activités pour qu'on se mette à jour. Donc, on ne peut pas aller à tout. Il faut faire un choix.

- **On va parler plus maintenant des programmes de DPC. Est-ce que vous les connaissez? Si oui, pouvez-vous les nommer?**

RÉPONSE : Je connais le Padpc de la FMOQ, je connais celui du Collège, c'est plus celui du Collège auquel j'ai adhéré au début, puis je connais celui du Collège Royal, parce que je les avais comme invité un peu à écrire, parce que je suis rédactrice en chef du bulletin de la MLFC et j'avais fait un numéro spécial là-dessus, donc j'avais invité aussi le Collège des médecins de famille du Canada, non la branche québécoise du Collège des médecins de famille, donc ils avaient tous écrit là-dedans et j'ai tout lu leurs affaires.

- **Selon vous, quelles sont les principales différences entre ces programmes-là?**

RÉPONSE : Je n'ai jamais voulu me prononcer là-dessus, parce que justement, quand j'ai fait ce numéro-là, j'ai comme vu que chacun avait sa place pour la clientèle donnée. Parce que moi, voir une différence, je vois une différence dans le concept lui-même. Mais le concept, en réalité, est le même. C'est l'outil qui a des petites variations. Donc, c'est pourquoi je ne peux pas dire qu'il y a une différence. Celui qui a choisi tel type, c'est parce qu'il sent que c'est ça qui lui convient, c'est ça qu'il veut faire. C'est celui qui veut travailler, comme on a deux collègues ici qui font le Padpc de la FMOQ, puis ils disent : « Ah, mon Dieu, c'est facile » Ça dépend de chacun.

- **Et vous, à quel programme vous adhérez?**

RÉPONSE : À celui du Collège. Parce que le but final, c'est que tu t'assois, que tu réfléchisses sur qu'est-ce que je fais dans ma pratique et quels sont mes points forts et quels sont mes points faibles, mes points à améliorer. Et là, ça a été l'exercice le plus difficile pour moi quand ça a commencé, parce que dans le genre, Ok, oui, je vois le diabète, je vois... Maintenant, c'est de décortiquer, dans le diabète, quel est l'aspect sur lequel je devrais plus travailler. Mais en même temps que je regarde ça, c'est tout décortiquer ça. Ça a été long. Je me suis essayée sur papier, ensuite sur internet, ensuite sur papier, avant vraiment de décider de le faire. J'ai comme fait des exercices d'adaptation. Après, je me suis dit : « Mon Dieu, est-ce que je suis réfractaire à ce point-là alors que je baigne dans l'enseignement, que je baigne là-dedans? » Mais c'était le premier pas qui coûtait finalement. C'était démarrer. Mais une fois que j'ai pu comprendre ce que je faisais, parce qu'à chaque fois que je faisais un exercice, je trouvais autre chose. Et c'est ça qui m'« indécidait » : « la phase de réflexion ». C'est ça qui était le pire dans tout. Après ça, faire des objectifs, savoir ce que je veux, ça c'est... une fois trouvé ce qu'il me faut, maintenant élaborer les objectifs, ben, ce n'est pas tout le monde, mais... Parce qu'il en a, pour les objectifs, qui ramaient, mais moi non, parce que je suis habituée de faire des objectifs, et de savoir mes objectifs à moi c'est quoi.

- **Donc d'après vous, en tenant compte que ce ne sont pas tous les plans qui ont cette démarche réflexive, trouvez-vous que le plan du CMQ, par exemple (auto-gestion), serait un plan plus exigeant que les autres?**

RÉPONSE : Non, ce n'est pas parce que c'est plus exigeant. C'est la première étape à passer. Pourquoi tu dis ça?

- **Parce que les deux autres programmes demandent de ramasser des crédits, celui du Collège Royal et le « Mainpro ».**

RÉPONSE : Oui, tu ramasses des crédits en bout de ligne. Pour le ramassage des crédits, c'est un peu le bonbon en bout de ligne pour encourager les médecins à adhérer, pour que tu aies les crédits, tout ça. Mais il y a une part de réflexion quand même là-dedans. Il faut que tu t'assois pour dire : « Sur quoi je vais travailler? » et l'utilité de ça, c'est que maintenant, je ne m'assois plus pour dire sur quoi je vais travailler. L'exercice étant fait une première fois, dès que j'arrive et que le patient me pose une question : « J'ai trouvé ça sur internet, et tout » et là, j'ai répondu comme : « Physiologiquement, voici ce que je sais, voici ce que je sais ». Après ça, j'ai dit : « Ok. Je vais vérifier sur tel point, et je vous reviens là-dessus ». Et là, je me suis dit : « Oups, cette partie-là, il me semble que je la connaissais, mais pas vraiment ». Donc, j'ai été m'enrichir. Maintenant, ça vient se faire par automatisme, mes antennes maintenant sont dressées pour voir où il me manque quelque chose. Donc, c'est pourquoi je te dis que l'approche réflexive était le premier pas qui coûtait, parce que c'était plus ardu pour moi. Puis, après ça, maintenant, c'est moins ardu, je sais qu'il faut que j'aille chercher tels éléments pour corroborer ce que je pensais savoir mettons.

- **Est-ce que vous croyez que c'est vraiment nécessaire d'adhérer à un programme ou à un plan de DPC ou vous croyez plutôt que c'est une démarche qui devrait se faire naturellement?**

RÉPONSE : Normalement, je pense que c'est une démarche qui devrait se faire. Sauf qu'on n'a pas appris à la faire. On a appris à la faire juste quand on en a parlé tous les docteurs. Je pense que quand c'est arrivé au mois de juillet 2007, c'était comme tout le monde paniquait. Et c'était ça la panique, c'était qu'on avait jamais appris à le faire. Donc, maintenant, quand on enseigne, on enseigne à nos résidents d'avoir un cahier de bord : « Qu'est-ce que vous avez fait dans votre stage? C'étaient quoi vos objectifs de stage? Est-ce que tous les objectifs sont comblés? » Donc là, insidieusement, on leur transmet le message, donc au fur et à mesure qu'ils vont grandir dans leur profession, ben ça va être de l'acquis, tandis que nous, ce n'était pas de l'acquis. On pensait qu'on savait comment traiter le diabète. On savait comment traiter l'hypertension. Puis là, à chaque fois qu'on entendait un nouveau concept,

quelque chose, on allait le chercher. Mais on n'a jamais pris le temps de s'asseoir pour dire que ce n'est pas juste donner un médicament l'hypertension. Comment je me fais le promoteur de la santé et dire de ne pas manger de sel, de ne pas manger de... comprends-tu? Donc, je pense que ça, ça va être utile pour les professionnels de faire ça, sauf que, si moi qui suis dans l'enseignement, moi qui suis bien vendue à la question et je sais que c'est important de le faire, j'ai eu de la misère au début. Donc, imagine-toi ceux qui pensent que c'est du niaiserie ou qu'on nous impose quelque chose, ça a dû être plus dur, je ne sais pas.

- **Pensez-vous que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences? Par exemple, si on parle des crédits, ou de la démarche personnelle?**

RÉPOPONSE : Je ne sais pas si c'est suffisant, mais c'est quand même un bon pas pour aider, parce que avant, mettons un médecin qui travaille en solo, ça ne se fait presque plus, un médecin qui travaille en solo, comment il peut savoir s'il est à jour ou pas? Il reçoit des revues, il les feuillette, il les lit, mais il n'est pas confronté à des collègues qui viennent lui raconter : « Ah, j'ai vu un cas, ça m'a causé un mal de tête, et là je cherche. » Il n'y a pas ça. Donc, finalement, au fur et à mesure que les années passent, les connaissances peuvent s'étioler, tandis qu'en ayant cette exigence-là, ben, ils sont obligés d'y aller, parce que... On ne l'a pas trop beaucoup dit, mais en réalité, il y a certains États des États-Unis qui te font passer un examen de recertification, et c'est un peu pour « by-passer » cette obligation-là. C'est pourquoi j'en fais la promotion beaucoup, parce que si je me regarde comme médecin de famille, un médecin de famille, passer un examen, c'est sur tout, donc c'est sûr qu'il y a beaucoup de parties là-dedans que je vais échouer. Mais si tu viens avec moi sur la gériatrie, les personnes handicapées, les soins palliatifs... je vais péter des scores. Mais dans le concept d'un examen pour médecins de famille, c'est tout. Donc, c'est sûr qu'il y a des points sur lesquels je vais échouer. Donc, en me soumettant à cette exigence-là, je pense qu'on serait gagnant de faire ça au lieu d'aller à la recertification. Donc, je ne sais pas combien d'années ça peut durer, parce que le Canada n'est pas le seul qui a des docteurs, il y en a partout dans le monde. Donc, si les autres parties du monde adhèrent à la recertification et examens, je ne sais pas comment on va réagir, mais pour le moment, moi je suis bien contente qu'on ait trouvé ça.

- **Trouvez-vous que le plan de DPC est un bon moyen pour maintenir la compétence des médecins, ou pensez-vous qu'il y aurait d'autres moyens? Tantôt on parlait de repasser un examen, pensez-vous à d'autres moyens?**

RÉPONSE : Repasser un examen, ce que je vois là-dedans, c'est que ça ne prouve pas de compétences. Dans un certain point, ça peut le prouver, mais ça ne prouve pas la compétence, ça prouve que tu as une bonne rétention de mémoire, que tu es capable de passer ton examen pour retenir tout, mais l'appliquer dans la pratique avec un bon jugement clinique, c'est différent. S'ils mettent un examen avec des ECOS ou des réactions devant le patient, des patients simulés, bon, peut-être que, mais il y a toujours le facteur stress qui ne prouve pas ta vraie valeur, parce que en quinze minutes tu dois avoir le temps de faire le tour de la question avec ton patient, ce que dans ton bureau tu fais en trente minutes, dépendant de la problématique. Il y a des choses que tu peux régler en quinze minutes : tu le vois venir, le patient te parle, tu dis il y a ça et ça, surtout si tu connais le patient. Mais là, tu arrives sur un patient que tu ne connais pas à l'examen, on te dit ça et ça et ça. À chaque fois que je viens comme examinatrice au Collège, et que je vois les résidents, je me dis : « Au mon Dieu, ils ont passé au travers de ce stress-là comme ça! »

- **Croyez-vous, par exemple, que dans le plan, on devrait ajouter une partie...**

RÉPONSE : une partie examen? Je ne pense pas que ce soit nécessaire. Je parle pour moi de mon point de vue, mais j'ai l'impression que ça pourrait faire plus de réactions négatives face à l'adhésion au plan. Naturellement, comme les gens savent que c'est obligatoire, ils ne pourront pas dire : « Je ne le fais pas », mais je ne suis pas sûre que ça apporte un plus. Ou bien tu fais un examen de recertification, à moins que le plan fera un examen qui est en lien avec le champs de pratique de ce médecin-là. Là ça va être toute une job. Un pour les

médecins de famille qui font de l'obstétrique, un pour les médecins de famille qui font de la gériatrie,...

- **Ce n'est quand même pas tout le monde qui a un plan de DPC. Il y a à peu près 5 % des médecins qui n'en ont pas encore. Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait plus surveiller ces médecins-là qui n'ont pas de plan de DPC? Les surveiller systématiquement mettons.**

RÉPONSE : Je ne sais pas. De toute façon, ils ont à piger chaque année, je pense, 3 %. Peut-être qu'ils peuvent être malchanceux, entre guillemets, et tomber sur 3 % et les 3 % c'est tous du monde qui l'ont fait. Mais ça se peut que dans les 3 %, qui est comme un quart de ces 3 % qui ne l'ont pas fait non plus. Ça dépend. Alors, moi, je me mets du côté des intervenants du Collège. Ça va être toute une job aussi de cibler ces 5 % là.

- **D'habitude (la surveillance), c'est plus s'il y a une plainte, mettons.**

RÉPONSE : Là où ils travaillent plus, c'est s'il y a une plainte, parce que s'il y a une plainte, ça veut dire qu'il y a une faille quelque part qui peut... parce que moi j'étais examinateur des plaintes à un certain moment. La majorité des plaintes que j'ai eues, ça ne venait pas de l'expertise médicale pantoute. Ça venait de troubles de communication et d'attitude. Beaucoup. Parfois, quand je vais rencontrer la famille, les plaignants, ça se résolvait : « Ah, je ne savais pas que c'était ça, il aurait dû me le dire! » Des affaires niaiseuses, ben, niaiseuses pour moi, mais pas pour eux. Genre, ils ne sont pas contents, le médecin dit que leur père était agressif et que tout le monde pense que leur père est agressif en CHSLD, puis là, ça n'a pas d'allure, et là ils leur donnent des médicaments, là ils sont en train de le doper, je le savais. Là, ils ont fait une plainte. Et là, l'agressivité totale d'eux autres aussi contre nous autres, contre le docteur. Puis, bon, il faut rencontrer le docteur, rencontrer la famille. Mais là, j'avais pris pour acquis de rencontrer la famille là-bas pour voir : « qu'est-ce qu'ils entendent par ça? » Puis là, on a décortiqué les médicaments. Quand on a regardé pourquoi le docteur a dit que son père était agressif, parce qu'il faisait ça et ça, il tirait les cheveux des préposés, il leur donnait des coups. Puis là, on a regardé c'est quoi sa maladie. Il était dément. C'est quoi la cause de sa démence? C'est une démence vasculaire. Ordinairement, à ce stade-ci, ils sont beaucoup plus, c'est eux qui ont tendance à être violents. Si t'arrives du côté qu'ils sont paralysés, ils ne te perçoivent pas, ils pensent qu'ils sont menacés, et paf! Des affaires comme ça. Là, quand j'ai demandé les faits, on m'a donné les faits et je les ai collés. Et là, j'ai regardé ça avec eux. Quand on dit agressif, ce n'est pas votre père qui est agressif, il a présenté un comportement agressif à cause d'eux. Mais ce n'est plus lui, c'est sa maladie qui l'a rendu comme ça. Si tu avais vu leur face comment tu as désamorcé une bombe en quelques minutes! Donc, c'est juste ça! (la famille demande) : « Pourquoi on lui a donné ça? Il dort tout le temps! » (Elle répond) : « On peut gérer la dose, parce que... » Mais ça prend ça, parce que si on n'avait pas fait ça, il aurait (le patient) envoyé trois préposés en congé de maladie. En tant qu'administrateur, l'administration du CHSLD doit... Votre responsabilité civile là-dedans? Vous êtes son fils, vous êtes sa fille. S'il envoie quelqu'un, une bonne giffle et qu'il l'envoie tomber et que la préposée se cogne sur quelque chose? C'est toujours pas la faute de votre père. C'est... Là, ça fait toute une différence! Quand ton docteur te dit : « Il est agressif! C'est moi qui sais qu'est-ce qui faut lui donner comme médicament et... » Comment tu pense qu'ils réagissent? Ils sont partis, ils ont enlevé la plainte. Parce qu'ils ont été éclairés. Il y a beaucoup de plaintes qu'on a désamorcées comme ça. Et c'était vraiment une insatisfaction profonde. Ils étaient malheureux qu'on traite leur père d'agressif : « Il est un homme doux, un homme gentil, un homme ci, un homme ça » Il a fallu leur expliquer. Tu ne leur fais pas un cours de médecine, mais tu leur expliques que oui, il était doux, et c'est ça le changement de personnalité que la maladie a fait. Et c'est la maladie qui est responsable. Cependant, comme il a ce comportement-là, on ne peut pas le laisser comme ça, parce que d'un coup que ce serait une madame malade aussi, fragile aussi, qui aurait hérité d'un coup, j'ai dit : « Vous n'aimeriez pas qu'un autre patient frappe votre père, vous l'auriez trouvé avec une blessure... » Donc, c'est juste ça! Ils en prennent conscience, puis c'est du monde qui ont de l'allure! Et là, ils réalisent, tu vois, la communication. Juste ça. Le médecin, il n'était pas pas bon, il a donné la

bonne médication tout ça, mais pour le faire accepter, parce qu'eux, ils sont allés sur internet : « Si vous voyiez, docteur, les contre-indications de ce médicament-là, qu'est-ce que ça fait! » J'ai dit : « Oui, on le sait, mais regarde... » Beaucoup de plaintes sont comme ça. C'est pour ça que je te dis que la communication... Finalement, tout ce que je te dis, je le trouve dedans. Pourquoi donc que je t'ai raconté tout ça?

- **Parce que je vous ai demandé si on devait surveiller les médecins.**

RÉPONSE : Mais avec les plaintes, tu vois, quand par exemple, mettons que le Collège rencontre le docteur, mais avec la nouvelle façon de gérer les plaintes, ça n'irait pas au Collège. Mais les plaintes d'incompétence, mettons, au niveau de l'expertise médicale, pourraient aller au Collège. Et c'est là que le Collège pourrait voir : « Ah ben là, oui il était agressif, mais il n'a pas donné le bon médicament pour la bonne affaire ». Et là, il pourrait dire : « Bon, il faudrait qu'on le rencontre ce docteur-là. Vas-tu te mettre à jour dans les cas d'agitation chez les personnes démentes ou d'agressivité? » Mais ça, ça peut aider, ça peut paraître menaçant peut-être, mais les plaintes, c'est un des moyens qui permettrait peut-être d'aller chercher dans les 5 %. Mais dans les 5 %, ça ne veut pas dire non plus que ces 5 % là ne sont pas des bons médecins, n'assurent pas leur mise à jour. C'est juste qu'ils disent : « Moi, ça m'emmerde ces affaires-là! Je ne le fais pas. » Mais ce sont de bons médecins pareil, sauf que, c'est ça qui va être difficile : s'il a une plainte contre lui, c'est peut-être une plainte d'attitude qui peut ne pas mettre sa compétence en jeu, mais ce n'est pas la plainte comme telle. On va voir qu'il a la compétence pour, mais c'est le fait d'avoir une plainte, c'est déplaisant, c'est emmerdant, tu vois, donc, ça pèse pendant le temps que la plainte n'est pas réglée. C'est juste ça pour le professionnel. Tandis que si peut-être qu'il avait son plan de DPC tout bien fait, ben ils verraient qu'il a travaillé là-dessus. Ça traînerait moins sa plainte. En tout cas, je n'ai pas encore connaissance de plaintes au niveau du Collège par rapport à un plan de DPC pas fait, peut-être qu'on va en entendre parler dans un avenir rapproché.

- **Je ne sais pas à quel point il y a des formations sur les compétences transversales, mais croyez-vous que ce serait une bonne idée d'avoir plus de formation là-dessus?**

RÉPONSE : Il y a des choses qui se mettent en branle en ce moment dans différentes Universités, mais ce n'est pas encore monnaie courante. Tu vois, là, en médecine familiale, ils sont en train de travailler très fort sur ça, mais dans les autres Universités, ils sont en train aussi de travailler très fort, mais une fois que tu es proche du milieu universitaire, tu vas avoir la formation pour. Mais pour le commun des mortels dans le reste de la clientèle des médecins de famille, c'est à l'intérieur d'un congrès, il peut avoir un atelier là-dessus. C'est comme ça aussi qu'il faut passer la petite pilule tranquillement, mais ça va prendre un petit bout de temps encore.

- **Parce que les médecins ne choisiront pas forcément d'aller à une formation sur la communication par exemple.**

RÉPONSE : Exactement. Il peuvent se dire : « De toute façon, je communique bien avec mes patients. » Je le sais, parce que j'ai une collègue, qui écrit beaucoup sur la communication médecin-patient. Mais si tu entendais les réflexions : « Ben là, je le sais comment faire. Pourquoi elle écrit des affaires de même? Parce que moi, je n'ai pas le même langage qu'elle! Je peux parler comme je le veux à mes patients, j'ai ma personnalité! » Oui, tu as ta personnalité, mais il y a des petites règles.

- **On arrive à la fin. Est-ce que vous avez d'autres commentaires, opinions, suggestions à propos du plan de DPC ou du maintien des compétences en général?**

RÉPONSE : Non, je pense qu'on a beaucoup parlé, on a tout dit. J'ai même dévié des fois des questions.

Entrevue ID933

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend pour vous dans votre vie quotidienne?**

RÉPONSE : Je pense que c'est essentiel pour tous les médecins de maintenir à jour leurs connaissances en rapport avec leur travail, aussi en rapport avec d'autres domaines qui ne sont pas nécessairement, qui leur sert pas nécessairement sur un plan quotidien mais qui peuvent être intéressantes, je dirais. La plupart des médecins ont une formation qui est plus générale que ce qu'ils se servent au quotidien, parce que c'est important de garder ça à jour.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez?**

RÉPONSE : Ben les moyens qui sont utilisés, c'est sûr qu'il y a les formations qui sont plus générales, de groupes, qui peuvent être utiles. Évidemment, quand c'est avec des gens qui font vraiment le même travail que nous, c'est beaucoup plus utile, parce que là, la formation est plus ciblée, les interactions sont beaucoup plus productives ; les lectures évidemment. Le problème des lectures, c'est la mise en application rapide qui n'est pas toujours évidente et qui fait en sorte que l'imprégnation, si on veut, de ce qu'on lit est difficile à garder. Les discussions avec les gens avec qui on travaille, c'est ça qui est souvent le plus formateur. Moi la façon la plus utile, quand j'étais en pratique que je trouvais, ou celle qui était la plus efficace plutôt dans les méthodes, c'étaient les discussions de cas avec une littérature qui était fournie par les « small learning groups ». On est 4-5-6 et jusqu'à 8 maximum...

- **Dans le milieu de travail?**

RÉPONSE : Dans le milieu de travail. On discute d'un cas et comment chacun voit le cas, comment chacun « managerait » ce cas-là et après ça on discute de la littérature, et là on se réajuste, et ça c'était extraordinaire.

- **Ce serait votre moyen préféré?**

RÉPONSE : Oui, ça c'était vraiment mon moyen préféré, mais c'était un peu plus compliqué, parce qu'il faut que 8 personnes soient présentes, alors c'est sûr qu'on n'était pas toujours tous présents, et garder l'intérêt. Tu peux faire ça peut-être une fois par mois, réunir 7-8 médecins, ça c'était fantastique, mais il faut qu'on veuille.

- **Mais est-ce que le plus souvent vous choisissez vos activités de formation vraiment en fonction de vos besoins, de ce que vous appliquez dans votre pratique? Vous allez aussi à toutes sortes de formations sur toutes sortes de sujets? C'est quoi la proportion de...**

RÉPONSE : Ben c'est surtout en fonction de mes besoins, je veux dire, ça peut arriver à l'occasion, c'est un domaine d'un intérêt moins franc, mais où il y a peut-être des choses à aller apprendre en allant à ça aussi, mais c'est sûr que la grande majorité c'est en lien direct avec le travail.

- **Est-ce que vous trouvez facile ou difficile d'évaluer votre pratique, c'est-à-dire d'évaluer vos besoins, pas vos lacunes, mais ce que vous avez à améliorer ?**

RÉPONSE : Je pense que c'est extrêmement difficile d'évaluer sa pratique, parce que c'est un exercice qui est peu utile si on le fait seul, si on n'en discute pas avec personne, si on fait seulement s'auto-évaluer. Ça a une certaine valeur, mais c'est clair que de confronter cette vision-là avec quelqu'un d'autre qui est capable de le confronter jusque là avec l'évaluation qu'on fait, je pense que c'est essentiel, mais je veux dire, c'est sûr qu'ici, on a un patron, on a quelqu'un, si on veut, qui, au point de vue hiérarchique, peut nous donner la contrepartie de notre évaluation. Quand je pense à des médecins qui sont en exercice, ce n'est pas si évident que ça pour eux, parce que théoriquement, ils n'ont pas de patron, alors il faut qu'ils fassent ça entre confrères et ça c'est très difficile pour les gens de faire ça, de se mettre

dans le bain et de dire : « j'accepte les critiques, j'accepte ce que les autres vont penser de ma pratique ». Ce n'est pas si évident que ça.

- **Là vous ne pratiquez plus en ce moment, mais quand vous pratiquez dans votre champ de pratique, c'étaient quoi les compétences que vous jugiez plus importantes à maintenir et à améliorer dans la pratique quotidienne?**

RÉPONSE : Ben ça dépend de la pratique...

- **Oui ça dépend de la pratique, mais quelles seraient les compétences au travail?**

RÉPONSE : Ce qui était le plus important, c'est de maintenir à jour les connaissances scientifiques, je pense que c'était ça qui était le plus important. C'est sûr que les aspects plus, les compétences qu'on appelle transversales, comme le professionnalisme et tout ça, je pense que ça se bâtissait au quotidien, ce n'était pas nécessairement, ce n'était pas une préoccupation de tous les jours. C'était, à l'occasion, c'était surtout en discutant avec des confrères, en regardant d'autres confrères agir etc. que là, on se formait d'une certaine façon. Moi je n'ai jamais été à beaucoup de formations par rapport au professionnalisme ou au leadership ou ces choses-là. Je ne cherchais pas des formations là-dedans. Ce que je cherchais, c'était surtout sur le plan scientifique. Je dirais qu'au début de ma pratique, je cherchais beaucoup de formations en relation médecin-patient. Là j'avais moins d'expérience. Alors, je cherchais un support de ce côté-là, mais en vieillissant, j'en ai cherché moins. Ça pouvait être un peu vers l'apprentissage, sur comment aider les médecins à mieux se former, mais c'était surtout les connaissances scientifiques qui étaient l'objectif majeur.

- **L'expertise médicale. Est-ce qu'il y en a parmi elles, parmi les compétences CanMeds, que vous trouvez plus difficiles? Là vous parlez de la relation médecin-patient.**

RÉPONSE : Plus difficile à évaluer? Ou à se former?

- **Difficile à se former.**

RÉPONSE : Celle que je trouve qui est un peu, qui est floue un peu, c'est celle, je ne sais pas comment on la nomme exactement, mais celle où on doit être un expert communicateur. Pas la communication médecin-patient, mais la communication, vulgarisateur, plus au niveau populationnel. Ça je trouve que ça ne s'applique pas à tout le monde. Je pense qu'il y a beaucoup de médecins qui n'ont pas ce qu'il faut pour faire ça, et je veux dire, je ne suis pas sûr qu'on doive, nécessairement, chercher à faire ça pour tout le monde. Mais c'est sûr que c'est une belle qualité si quelqu'un peut l'avoir. C'est excellent, mais ce n'est pas donné à tout le monde d'avoir ça. Je pense que le professionnalisme, c'est essentiel pour tout le monde de l'avoir. Est-ce que c'est, encore une fois, ça c'est très difficile de trouver des bonnes formations par rapport à ça qui vont vraiment changer la pratique, parce qu'on peut bien discuter, mais je pense que ça, c'est malheureusement inné jusqu'à un certain point, à savoir que la raison pour laquelle on est allé en médecine, c'est pour différentes raisons, et il y a des gens qui n'ont pas ce qu'il faut comme professionnalisme pour être médecin, ou pas selon les critères que d'autres peuvent avoir, alors qu'il y en a d'autres pour qui c'est naturel et qui n'ont pas besoin d'être formés dans le fond.

- **Dans le fond ça regroupe toutes les compétences CanMeds. C'est le point de vue éthique. Est-ce que vous rencontrez certains obstacles au quotidien qui vous empêchent de maintenir vos compétences comme vous le voudriez?**

RÉPONSE : Non, pas au Collège, je pense que ça c'est assez simple, dans le sens qu'on a beaucoup d'occasions d'interagir, alors je pense que ça va. Moi je trouve que ce n'est pas difficile pour quelqu'un qui est intéressé à le faire. Évidemment, mais ça a toujours été, ça fait partie justement du professionnalisme d'être capable, justement, de réaliser que la formation continue c'est toute notre vie professionnelle qu'il va falloir s'en occuper. Moi je pense que ce n'est pas difficile d'aller chercher des informations.

- **On va parler maintenant des différents plans de DPC. Est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : Le plan du Collège Royal, le plan du Collège des médecins de famille, oui, je les connais, mais je n'ai jamais eu à remplir... moi j'ai le plan des médecins de famille du Canada. Je n'ai jamais eu à remplir les autres. Alors, je ne peux pas nécessairement discuter, mais par rapport au plan du Collège ou aux plans d'autogestion de la FMOQ ou du Collège, à mon avis, c'est, sans l'écrire nécessairement, c'est quelque chose qui est automatique qu'on fait dans notre quotidien quand on cherche à maintenir nos compétences. Je ne vois pas l'intérêt d'aller chercher des connaissances ou des habiletés dans des domaines qui ne sont pas utiles pour notre pratique quotidienne. Je vais dire jamais, ce n'est peut-être pas vrai, mais je ne me souviens pas d'être allé dans des formations juste parce que c'était quelque chose qui ne m'intéressait pas du tout, juste parce que c'était à tel endroit. Il y a toujours un intérêt à aller chercher une formation. Il faut que ce soit dans un domaine intéressant.

- **Oui, mais les plans d'autogestion, c'est surtout qu'il n'y a pas la contrainte du nombre de crédits ou du nombre d'heures.**

RÉPONSE : Oui, ben c'est ça. Pour moi, ça ne change absolument rien, dans le sens que, je veux dire, le nombre de crédits, je les rencontre. Toi tu parles s'il est important qu'on ait des crédits ou si ce n'est pas important?

- **Qu'est-ce que vous pensez de cette différence-là? Est-ce qu'il y en aurait un qui serait plus exigeant qu'un autre, ou plus formateur, plus efficace?**

RÉPONSE : Moi je pense que c'est beaucoup plus simple pour les médecins de compter ça en termes de crédits. Je pense que c'est la façon la plus simple. Mais mon idée par rapport à ça, c'est que même si ça n'a pas été démontré, ça c'est le discours qu'on entend toujours, c'est que ça n'a jamais été démontré que 50 heures c'est mieux que 30, c'est mieux que 20, c'est mieux que 10 ou que 5. Je suis d'accord avec ça, qu'effectivement le nombre et comment on fait pour le fixer, il n'y a pas de façon, c'est un nombre arbitraire qu'on compare avec d'autres types de professionnels etc, et ce qui nous semble raisonnable, mais c'est simplement pour donner un objectif aux médecins, qu'ils réalisent, bon ben... à mon avis, le médecin qui va aller chercher 50 heures de formation, c'est pas vrai qu'il va aller chercher des heures bidon. S'il est professionnel dans son approche, il n'ira pas chercher 50 heures bidon juste pour dire qu'il a ses 50 heures. Je ne dis pas qu'une année plus difficile sur le plan personnel ou sur le plan... il est arrivé des événements où le médecin n'a pas été capable d'aller chercher ses heures habituelles, que là, il n'ira pas chercher juste pour satisfaire un critère qui n'est pas nécessairement assis sur quelque chose de très solide, alors il va aller chercher ses heures avec des lectures ou avec des formations qui sont peut-être moins pertinentes. Alors, c'est ça qui est le danger d'un nombre fixe, c'est que quelques années, ça peut arriver que... habituellement, le nombre est tellement bas que c'est assez facile à aller chercher, et souvent c'est une question de mal comptabiliser les heures, parce qu'il y a beaucoup de médecins qui les font sans s'en rendre compte, d'une certaine façon. Alors c'est pour ça que, je veux dire, ce n'est pas si compliqué que ça, il s'agit juste d'y penser et de s'habituer à les écrire au fur et à mesure quand on en fait, parce que c'est très simple pour les médecins qui pratiquent en établissement. Ils ont beaucoup de possibilités, les autres doivent faire un peu plus d'efforts, parce qu'ils doivent sortir de leur milieu de travail et aller vers des activités, plutôt que d'attendre que les choses leur tombent toutes crues dans le bec, mais je pense que ce n'est quand même pas si compliqué que ça.

- **Donc vous croyez que ce serait plus exigeant un plan d'autogestion, étant donné qu'il faut écrire des objectifs personnels. C'est beaucoup de rédaction...**

RÉPONSE : C'est-à-dire que c'est plus exigeant au moment où il faut faire la rédaction, mais comme la rédaction se fait, dans la majorité des cas, que pour satisfaire le Collège ou le législateur, à mon avis, ce n'est pas nécessairement beaucoup plus valide que le médecin à qui on ne demande pas nécessairement son plan, mais qui fait sa réflexion par lui-même,

sans l'écrire, et choisit ses formations en fonction de ses besoins. Il peut se tromper, de la même façon qu'on peut se tromper quand on écrit un plan. On peut écrire un plan tout à fait fictif. Moi je pense que la grande majorité des médecins, leur plan d'autogestion, ils le font pour satisfaire le législateur, mais ça n'a rien changé dans leur façon, si on veut, d'aller chercher, d'aller maintenir leurs compétences.

- **Est-ce que vous croyez nécessaire d'adhérer à un programme de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles?**

RÉPONSE : Non.

- **Est-ce que vous pensez que le plan d'autogestion du Collège des médecins, est-ce que vous croyez que ses exigences sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Non.

- **Est-ce que vous ajouteriez une partie ou est-ce que vous modifieriez le plan pour que ça soit plus complet?**

RÉPONSE : Plus complet? Moi j'aurais tendance à aller vers un certain nombre de crédits annuel, avec oui une partie d'autoréflexion peut-être moins compliquée que ce qu'ils exigent et je veux dire, moi j'aurais tendance à aller plus vers ça pour simplifier la tâche aux médecins qui sont devant un plan qui est relativement flou et qu'ils vont compléter, comme je le disais tout à l'heure, pour satisfaire les exigences du Collège, sans nécessairement que ça change vraiment quelque chose dans leurs réflexions par rapport à leur formation. Le médecin qui n'avait pas de plan avant, qui pensait aller à une formation en obstétrique, en pédiatrie, etc. à aller à des discussions avec des confrères, ce médecin-là qui n'avait pas de plan écrit, je veux dire, je pense qu'il pouvait maintenir sa compétence très bien sans avoir de plan. La journée qu'on lui demande un plan, ben il va faire le plan pour satisfaire, mais dans le fond, il va continuer sa réflexion de la même façon. Ça n'aura rien changé dans sa façon de faire. Les quelques médecins qui n'avaient pas de plan, même, si on veut, dans leur tête, ou qui ne se souciaient pas du maintien de leurs compétences, je doute beaucoup que de faire le plan du Collège, ça change quelque chose pour eux. Oui ils vont être capables de le faire, et s'ils sont intelligents, ils vont faire un plan qui va satisfaire, mais ils ne le mettront pas en pratique et ils ne l'analyseront pas. Ça va faire en sorte qu'on va se ramasser avec à peu près le même résultat avec ou sans plan, alors je ne pense pas que l'idée du plan du Collège est une bonne idée. Je pense que si on était allé vers des crédits avec une certaine réflexion minimale si on veut, avec des crédits, moi je pense que ça aurait été un peu plus exigeant pour les médecins qui n'en font pas de formation continue. Ils auraient été comme obligés d'être un peu plus imaginatifs, et peut-être qu'à la longue, ces médecins-là, en se disant : « Là je suis obligé d'aller faire, disons, 10-20-30 heures par année. Mais là, je n'irai pas faire des heures juste pour faire des heures! Tant qu'à y aller, je vais y aller pour quelque chose qui vaut la peine. » Oui, il y en aura toujours qui vont décider d'aller sur le bateau de croisière pour aller chercher de la formation, et que dans le fond, ils vont là pour la croisière et n'ont pas pour le sujet, mais moi, mon idée là-dedans, c'est que c'est pas vrai qu'on va aller faire 50 heures sur des bateaux de croisière qui ne nous serviront à rien et qu'on ne se souciera pas du ressort. Moi je pense que le nombre de crédits n'est pas un gage absolu de qualité, mais ça donne une certaine contrainte aux médecins et à la longue, je pense que ça aurait un meilleur impact sur l'aide pour les médecins qui auraient des problèmes avec ça. Ceux qui n'en avaient pas de problème, ça ne changera rien, mais ça serait peut-être plus facile si on y allait avec des crédits. Et si on regarde, pas l'impact, mais ce que les autres professionnels pensent de la formation professionnelle des médecins, c'est beaucoup plus tangible comme idée d'avoir des crédits que d'y aller seulement avec un plan d'autoréflexion qui peut-être, comme je l'ai dit tout à l'heure, rempli de façon tout à fait bidon et dans le fond, ça ne donne rien. Alors, les ergothérapeutes, les infirmières, les pharmaciens qui regardent ça, ils se disent : « Oui, il a fait son plan d'autoréflexion, mais est-ce que ça en fait nécessairement quelqu'un qui maintient ses compétences? » Alors que si on l'oblige à faire 30-40-50 heures par année, c'est plus facile à comprendre pour tout le monde, et c'est plus

facile à attacher avec les ergothérapeutes qui vont faire tant d'heures ; c'est plus facile à comparer.

- **Est-ce que vous ajouteriez quand même la partie réflexive?**

RÉPONSE : Minimale, dans le sens que de forcer le médecin à dire : « Pourquoi je suis allé à telle formation? » À ce moment-là, ça peut être, mais je pense que ça se fait quand même. Dans les choix qu'on a, il y a tellement de choix pour les médecins aujourd'hui que, je veux dire, oui ils vont aller à la formation qui va représenter un certain avantage pour leur pratique. C'est sûr que s'ils ont le choix entre Paris et Chicoutimi pour aller à un congrès en ORL, mais c'est l'ORL qui les intéresse, ils vont peut-être choisir Paris plutôt que Chicoutimi, mais je veux dire, fondamentalement, ils vont aller dans un domaine qui représente un intérêt pour eux.

- **On estime qu'il y a environ 5 % des médecins qui n'adhèrent à aucun plan de DPC, ce qui ne veut pas dire qu'ils ne maintiennent pas leurs compétences. Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait veiller à ce que tous les médecins du Québec adhèrent à un plan de DPC?**

RÉPONSE : Pas le choix.

- **Parce que c'est pas obligatoire.**

RÉPONSE : ben non, mais c'est-à-dire que si le Collège ne fait rien, c'est clair qu'il va y avoir une dérive importante. Alors c'est important qu'une fois que le Collège a dit que c'était l'outil privilégié pour aider les médecins à maintenir leurs compétences, le Collège n'a pas le choix que de le mettre de l'avant et de le forcer entre guillemets. Si le Collège ne fait rien par rapport à ça, qu'il fait juste un vœu pieux que les médecins devraient, ben, c'était ça avant. Parce que ça ne fait pas sérieux sinon.

- **Est-ce que vous pensez que le Collège des médecins devrait surveiller plus particulièrement l'exercice de ces médecins-là, systématiquement mettons?**

RÉPONSE : Pas systématiquement. Je pense que ça peut être un indice important, au même titre que l'âge du médecin, au même titre que le médecin, quand on obtient un renseignement comme quoi il n'est pas compétent, je pense que c'est un indicateur qui est peut-être intéressant, mais pas de façon isolée. De façon isolée, ce n'est pas un facteur qui peut nous dire d'emblée que ce médecin-là doit être visité, parce qu'il y a des médecins qui ne remplissent pas le plan de façon, si on veut, pour être un peu rebelle par rapport au Collège, mais qui, dans le fond, ne présentent aucun risque au niveau de la pratique. Parce que pour les punir avec l'inspection professionnelle, je ne pense pas que ça soit une bonne idée pour les forcer à faire ça.

- **Est-ce que vous croyez que le plan de DPC c'est le meilleur moyen pour s'assurer du maintien des compétences ou vous pensez à d'autres moyens?**

RÉPONSE : C'est-à-dire que c'est un moyen qui est facile. Un plan de DPC avec des crédits que tu parles? Tu ne parles pas du plan du Collège? Avec des crédits, c'est un moyen facile de juger, que le médecin est allé à tant d'heures de formation dans tel ou tel domaine. On regarde dans quel domaine il est allé. Ça correspond à sa pratique ou à ses besoins. Je pense que c'est assez simple à faire. Maintenant, est-ce que ça garantit le maintien des compétences? Absolument pas. Il n'y en a pas de plan qui vont garantir le maintien des compétences. Même si on met ça à 250 heures par année, ça ne changera rien. Ce n'est pas ça qui va faire qu'un médecin va être compétent ou pas. Alors, je ne pense pas que le plan est la meilleure façon d'aider les médecins à maintenir leurs compétences. Je pense que la meilleure façon, c'est de toujours envoyer un message de la part du Collège que les médecins doivent maintenir leurs compétences et que, je veux dire, les médecins qui ne la maintiennent pas s'exposent à des problèmes médico-légaux, si on veut, d'une certaine façon et que, je veux dire, ça fait partie de leurs responsabilités. S'ils ne sont pas capables de le comprendre sur le plan éthique, éventuellement, il faudra les aider de façon plus précise, et ça représente 5 % des médecins. Donc, c'est là qu'on entre en jeux.

- **Est-ce que vous avez d'autres commentaires, des opinions ou des suggestions par rapport aux plans de DPC ou au maintien des compétences en général?**

RÉPONSE : Je pense que si on veut maintenir l'approche actuelle, l'approche réflexive, on doit donner une clause grand-père, je dirais, aux médecins plus âgés qui n'ont pas été formés du tout avec cette approche-là. C'est trop compliqué pour plusieurs d'entre eux, pas pour tous, mais pour plusieurs d'entre eux, et je pense que les médecins qui ont 70 ans et plus doivent continuer d'avoir un plan de maintien des compétences. Je pense que ça c'est important que ça persiste durant toute sa vie professionnelle, mais d'exiger qu'ils remplissent leur plan, je trouve que c'est un peu de l'enfantillage pour ces médecins-là qui sont rendus à 35-40 ans de pratique. Je veux dire, s'ils sont franchement incompetents, ils le sont déjà, et je veux dire, on devrait les avoir sorti du système. S'ils sont encore dans le système, en quelque part, ils ont fait quelque chose de correct. Je veux dire, c'est peut-être qu'ils n'ont pas de plan écrit, mais qu'ils sont capables de juger par eux-mêmes. Alors, où est le niveau de dire après 65 ou après 70? Je ne sais pas c'est où la limite, mais c'est clair qu'un médecin de 40 ou de 45 ans qui me dit qu'il n'a pas besoin de plan, peu importe le plan, qu'il n'a pas besoin de penser à sa formation, ça m'inquiète, mais je veux dire, je ne pense pas que c'est le cas de la grande majorité des médecins. Un médecin de 70 ans qui se dit : « Je vais à des formations, mais là, je n'ai pas de plan, ce n'est pas nécessairement, je ne l'ai pas écrit nulle part, mais je sais qu'il faut que j'aïlle là et là ». Dans le fond, il a maintenu sa compétence, et même s'il n'a pas de plan, s'il est compétent, on va le laisser tranquille, et même s'il en a un beau plan et qu'il est allé à 18 conférences différentes dans toute l'année et qu'il est incompetent, il aura beau y aller, rendu à 70 ans, ça ne changera plus rien.

- **Oui, ils ont toute leur vie professionnelle, mais des fois, ils ont des troubles de santé, mettons, qui pourraient apparaître, des troubles de mémoires ou de vue. Est-ce que vous pensez qu'il faudrait être aussi exigeant envers eux à cause de ça?**

RÉPONSE : Non, je pense que l'exigence doit être la même. Je ne pense pas qu'on doive nécessairement changer. C'est sûr qu'il faut faire attention si on dit : « Vous devez aller à tant de formation continue à l'extérieur » Là ça peut poser un problème à cet âge-là et effectivement, ils peuvent avoir des méthodes, des moyens différents, ils peuvent privilégier des méthodes différentes d'apprentissage. Alors oui, je pense qu'il faut avoir une certaine souplesse par rapport aux limites qui peuvent apparaître. Il faut faire attention aussi. Si on n'est plus capable de sortir, si on n'est plus capable de lire, je pense qu'on n'est plus capable d'être médecin. Il ne faut pas non plus mettre la barre plus basse parce qu'ils sont plus vieux. Mais que leurs méthodes soient différentes des autres, je n'ai pas de problème, et qu'ils n'aient pas un plan officiel, je n'ai pas vraiment de problème non plus.

- **Donc la « clause grand-père », ce serait par exemple, qu'à partir d'un certain âge ou d'un certain nombre d'années de pratique, les gens...**

RÉPONSE : De ne pas exiger un plan en particulier, mais que le médecin soit capable de démontrer, si on lui demande, qu'est-ce qu'il a fait. Alors, sans qu'il entre dans un cadre quelconque, si exemple, j'ai un médecin de 70 ans qui pratique et que je lui demande : qu'est-ce que vous faites pour maintenir vos compétences? Et ce qu'il me dit et s'il est capable de le prouver d'une certaine façon, qu'il a fait telle ou telle chose, même si ça n'entre pas dans mes cases à moi mais que je trouve que ça fait du bon sens, ben je pense que c'est correct. Je n'ai pas besoin qu'il soit dans telle ou telle case de plus que ça. Alors c'est dans ce sens-là que je pense qu'on doit avoir plus de souplesse après un certain âge que chez les plus jeunes, où là on devrait exiger, à mon avis, un certain nombre de crédits.

- **Est-ce que vous avez autres choses à rajouter?**

RÉPONSE: Non.

Entrevue ID964

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles en tant que médecin? Quelle importance ça prend pour vous dans votre vie quotidienne?**

RÉPONSE : Je considère que c'est très important, parce que je suis impliquée depuis quinze ans en formation professionnelle continue, alors si je me suis impliquée, c'est que je considère que c'est très important.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Les conférences qu'on a nous au comité de formation dans notre secteur local, des ateliers aussi qui sont organisés soit par le Collège ou par les Universités ou par la FMOQ, les lectures, en général *Le médecin du Québec*, *Le Clinicien*, *L'Actualité médicale*, c'est principalement les sources, ou occasionnellement des revues qu'on a par la poste, et aussi des discussions avec nos confrères les spécialistes.

- **Est-ce que vous avez des préférences pour certains types d'activités?**

RÉPONSE : Moi j'aime bien les ateliers et j'aime bien les conférences aussi, j'aime bien les conférences, souvent, qui sont faites dans notre milieu, parce qu'elles sont plus adaptées à nos besoins que des fois des gros congrès où ce n'est pas toujours adapté à nos besoins comme tel.

- **En parlant des besoins, est-ce qu'il vous arrive, le plus souvent, de choisir vos activités de formation en fonction de vos besoins, de votre pratique?**

RÉPONSE : C'est évident qu'on choisit, c'est sûr qu'on ne fait pas toujours la réflexion pour toute l'année, je pense qu'on regarde les choix de conférences et on regarde les besoins que l'on a, et le type de clientèle que l'on a. Je pense que c'est évident que oui, c'est choisi en fonction des besoins et en fonction de ce qui est présenté.

- **Est-ce que vous trouvez facile ou difficile d'évaluer vos besoins, donc d'évaluer votre pratique?**

RÉPONSE : Je pense qu'on a plusieurs moyens de le faire, comme occasionnellement, on a eu des spécialistes qui nous ont quitté, donc on a été obligé de parfaire certaines connaissances, certaines compétences dans des milieux quand on n'a plus de spécialistes qui nous appuient, pas vraiment comme tel, je pense que ça se modifie avec les années et avec le type de pratique qu'on a. Je suis allée également voir sur IFM pour voir quel est le type de clientèle et tout ça. Je pense qu'on a quand même beaucoup d'éléments qui peuvent nous donner une idée sur le type de clientèle.

- **Parmi vos différents champs de pratique, quelles sont les compétences que vous trouvez les plus importantes à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Je pense que tout est important à maintenir et à améliorer, en fonction de la clientèle qu'on a. Quand on fait de la médecine de famille, on voit des patients de catégories de 0 à 99 ans. Donc, on voit un peu de tout. On ne peut pas être bons partout, mais il faut connaître un peu de tout et connaître nos limites aussi.

- **Est-ce que vous connaissez les compétences CanMeds?**

RÉPONSE : Oui. J'ai travaillé avec le Collège sur un projet de recherche, justement, pour les ressortissants, les résidents qui ressortaient de l'Université, pour connaître leurs besoins à la sortie de la formation.

- **Je vais juste vous les énumérer : Expertise médicale, communication, collaboration, gestion, promotion de la santé, érudition et professionnalisme. Selon vous, est-ce qu'il y en aurait des plus importantes que d'autres?**

RÉPONSE : Je pense qu'elles sont toutes importantes. C'est tout important, parce que la

communication, il y a des gens qui l'ont ou qui ne l'ont pas. Ça ne s'enseigne pas toujours. On peut aller faire de la formation, mais c'est parfois difficile pour certains profils personnels d'avoir la communication. À mon avis, dans le CanMeds, tout est important.

- **Est-ce que vous croyez que ce serait bien qu'il y ait plus de formation sur ces compétences-là?**

RÉPONSE : Je pense que oui et non. Est-ce que ça va être accrocheur pour les gens qui vont voir ces formations-là? C'est la question que je me pose. Est-ce que les gens vont suivre ces formations-là? C'est toujours la question qu'on se pose en formation continue.

- **Pour vous, est-ce qu'il y en aurait des plus difficiles à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Les connaissances et les compétences, ça dépend toujours de ce qu'on fait. Quand on fait de la médecine générale, c'est toujours difficile à maintenir un champ de compétences partout. Le professionnalisme, ça je pense qu'on l'a ou qu'on ne l'a pas. Je pense que même si on suit des cours pendant des années, si on n'a pas notre professionnalisme, on ne l'aura jamais à mon avis. Puis la communication, il y a des choses à améliorer, mais quand il y a des choses à améliorer, ce n'est pas toujours évident. Malgré toute la formation qu'on peut faire, je ne suis pas sûre que les gens vont être capables de l'améliorer.

- **Est-ce que vous rencontrez certains obstacles au quotidien auxquels vous faites face dans le maintien de vos compétences?**

RÉPONSE : C'est le temps. Malgré que j'ai à peu près 80 heures de formation dans l'année, alors c'est sûr que c'est le temps et de s'organiser pour ça. Mais je pense que la formation, il y a des formations qui sont organisées, et il y a des formations au jour le jour qu'on fait, sans que ce soit vraiment formel, puis parfois, elles sont aussi efficaces. Les rencontres avec nos confrères spécialistes, parfois juste comme ça dans un corridor, ça peut parfois nous apporter autant qu'une rencontre, qu'une heure de conférence.

- **On va maintenant parler plus des programmes de DPC. Est-ce que vous les connaissez?**

RÉPONSE : Vous voulez dire quoi? Ce qui est offert actuellement par la FMOQ, les Universités...

- **Il y a quatre plans : celui du Collège Royal, celui du Collège des médecins de famille, le Mainpro, et les deux plans d'autogestion : celui du Collège des médecins et de la FMOQ.**

RÉPONSE : Moi je connais... le Mainpro, je n'ai jamais adopté ça, parce que je ne suis pas un médecin de famille, je suis une omnipraticienne, je n'ai pas appliqué pour avoir le titre de médecin de famille comme tel. Moi je connais très bien le DPC de la FMOQ et celui du Collège des médecins. Le Collège Royal, ça s'adresse surtout aux spécialistes. Je le connais en gros comme ça. Je sais qu'ils font ça sur informatique, que ça prend une certaine catégorie, que ce soit l'enseignement qu'ils font, que ce soit les lectures, que ce soit le travail pour préparer une conférence ou des choses comme ça. Tout peut entrer là-dedans. Je n'en sais pas plus que ça. Le Mainpro, je sais qu'il y a des critères pour aller chercher les crédits de Mainpro, mais pour moi, personnellement, je n'ai jamais adhéré à ce programme-là.

- **Mais juste pour vous le dire, le Collège Royal, ça fonctionne seulement par des crédits, et celui du Collège des médecins de famille, le Mainpro, il y a une partie crédits et une partie de réflexions écrites. Avant, c'était plutôt des crédits. Maintenant, il y a une partie de réflexions.**

RÉPONSE : Depuis que le Collège des médecins a mis cette activité-là de réflexions, je pense qu'ils ont suivi le pas.

- **Donc vous adhérez au programme de la FMOQ?**

RÉPONSE : Non. Je me suis inscrite sur l'informatique pour adhérer au programme de la

FMOQ, mais j'ai toujours fait mes feuilles fournies par le Collège des médecins.

- **Ok, donc c'est celui du Collège des médecins.**

RÉPONSE : Celui du Collège des médecins. C'est sûr que des fois, c'est un peu abrégé, je suis sûre que je ne le complète pas de façon de A à Z comme ça devrait toujours être fait, mais je mets ça à jour de façon régulière, à peu près au deux-trois mois pour avoir mes conférences et tout ça. Et au début, comme on est tous, les médecins, un peu obsessifs-compulsifs, je me mettais toujours une feuille pour mes lectures et tout ça, et à un moment donné, ça me stressait tellement que j'arrêtais de lire, parce que je me disais : « Il faut que je remplisse ma feuille et tout ça ». Alors je me suis dit : « De toute façon, les lectures, je vais lire, et ça fera ce que ça pourra, je ne remplis plus les feuilles ». Je lis beaucoup plus en ne remplissant pas la feuille qu'il faut remplir sur ce que j'ai acquis comme connaissances, que tout en remplissant mes feuilles. C'est devenu un obstacle de remplir ces feuilles-là pour mes lectures, je vais laisser tomber ça. Je le fais surtout pour les conférences puis les activités formelles de formation.

- **Est-ce que vous croyez que c'est nécessaire d'adhérer à un programme de DPC pour maintenir ses compétences professionnelles?**

RÉPONSE : Ça nous oblige un peu.

- **Est-ce que vous croyez que certains programmes sont plus exigeants que d'autres, en parlant, par exemple, du plan d'autogestion versus les crédits? Est-ce que vous croyez qu'il y aurait une manière plus exigeante ou efficace?**

RÉPONSE : Plus exigeante, c'est parce que si on met ça trop exigeant, je pense que les gens vont se décourager. Je pense qu'il y a quand même encore des crédits qui se donnent pour certaines formations. C'est plus ou moins pris en compte, sauf par le Mainpro, mais moi je pense que de faire un registre de ce que l'on suit, et de voir si on est suffisamment formés et tout ça, je pense que c'est un bon compromis le plan d'autogestion qu'on a actuellement.

- **Par rapport à ce plan-là, pensez-vous que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Moi je pense que oui.

- **Pour l'instant, il y a environ 5 % des médecins qui n'adhèrent à aucun plan de DPC. Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait veiller à ce que tous les médecins québécois maintiennent et améliorent leurs compétences en adhérant à un plan de DPC?**

RÉPONSE : Ben, je pense que oui, je pense qu'en médecine, il faut avoir un plan de DPC. La question que je me pose : « Est-ce que les gens qui n'adhèrent pas, comme tel, à un plan de DPC, est-ce que c'est simplement parce qu'ils n'ont pas rempli leur plan de DPC et que dans le fond, ils font leur formation d'une autre façon sans tenir compte, sans le mettre sur papier ou le mettre dans leur porte-folio? » Actuellement, c'est la question que je me pose.

- **Pensez-vous que le Collège des médecins devrait surveiller plus particulièrement l'exercice de ces médecins-là? Systématiquement mettons, ou seulement lors de plaintes.**

RÉPONSE : Comme je pense que peut-être que ces gens-là en font du DPC, mais ne l'enregistrent pas. Est-ce que ces gens-là ont une pratique déviante par rapport aux autres? Je ne suis pas sûre. C'est sûr que, c'est parce que, moi je connais des gens qui ont plus ou moins adhéré et qui n'ont pas fait leur plan d'autogestion comme tel, et c'est des gens qui sont très impliqués dans la formation et qui font quand même beaucoup de formation, plus tu travailles, plus tu fais de la formation, moins tu as le temps de remplir ces choses-là. Donc je pense qu'il faut, peut-être, vérifier avec ce 5 % là. Est-ce que c'est simplement la paperasse qui n'a pas été remplie ou bien si vraiment ils ont quand même une formation qui assure leur compétence tout le temps?

- **Est-ce que vous croyez que le plan de DPC c'est un bon moyen pour s'assurer du maintien des compétences ou vous auriez d'autres moyens à suggérer?**

RÉPONSE : En tout cas, moi ça me convient comme moyen, je trouve que c'est correct. À mon avis, je préfère ça que d'être obligée de fournir des crédits officiels, avec des conférences toujours par des crédits, mais tout ce que je peux faire à côté peut quand même devenir une formation. Je n'ai pas toujours besoin d'aller me chercher des crédits comme tels.

- **Il y a un médecin qui a suggéré que, par exemple, le plan de DPC soit obligatoire pour les plus jeunes médecins et ne le soit plus ensuite, par exemple qu'en début de pratique, il y ait un certain nombre d'années durant lesquelles il serait demandé...**

RÉPONSE : Moi je suis plutôt d'avis contraire. Peut-être que le DPC, parce que c'est important de maintenir les compétences. Quand on sort, on a plein de connaissances, on a peut-être un peu moins de compétences, mais on a plein de connaissances, et en général, on va chercher ce qui nous manque, beaucoup plus. C'est plus après un certain nombre d'années de pratique que, à mon avis, il faut être plus exigeant, de s'assurer que les gens continuent à évoluer et à connaître les informations et tout ça.

- **Qu'est-ce que vous en pensez si le Collège des médecins rajoutait, dans son plan, une partie de crédits. Est-ce que vous croyez que ce serait plus complet?**

RÉPONSE : Ça peut être intéressant, comme je vous dis, un peu comme le Mainpro où il y a une partie de crédits et de DPC. En fin de compte, ça va permettre de voir si c'est juste une question de paperasse et tout ça ou c'est une question de... il faut que ça soit simple.

- **Parce que c'est sûr que le Mainpro et le Collège Royal, il faut cotiser. Donc, il y en a (des médecins) qui ne veulent pas payer plus, et donc, s'ils adhéraient à celui du Collège des médecins, il y a juste l'option d'autogestion pour l'instant...**

RÉPONSE : C'est sûr que les crédits, ça démontre quand même que les gens ont fait des efforts, donc même si leur plan n'est pas rempli complètement, c'est qu'il y a quand même eu des présences en quelque part. Mais est-ce qu'à la fin de la formation, ce qu'ils ont retenu, on ne le sait pas. Mais c'est évident qu'il faut essayer d'avoir quelque chose de simple.

- **Est-ce que vous simplifieriez le plan du Collège des médecins?**

RÉPONSE : Moi, c'est sûr que je l'ai simplifié moi-même un peu. J'écris peut-être un petit peu moins sur mes feuilles qu'au début, je mets quelques commentaires et je vais chercher voir, je l'ai déjà, d'emblée, un peu simplifié.

- **Donc vous le trouvez assez malléable.**

RÉPONSE : Oui.

- **Est-ce que vous auriez d'autres commentaires, des opinions ou des suggestions à propos des plans de DPC ou à propos du maintien des compétences en général?**

RÉPONSE : Je pense qu'il faut garder les conférences et qu'il faut garder les ateliers. À mon avis, surtout dans les milieux éloignés où ils n'ont pas accès à de la formation facilement. Il faut rendre cette formation-là facile, en tout cas, parce que... c'est sûr que la pratique de groupe qu'on fait, des fois on fait notre formation entre nous, alors ça aide aussi, alors je pense qu'il faut rendre la formation la plus accessible possible.

- **Avez-vous autres choses à rajouter?**

RÉPONSE : Non.

Entrevue PRAT1

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles?**

RÉPONSE : Pour les médecins vous voulez dire?

- **Oui, ou par rapport à vous...**

RÉPONSE : C'est primordial, je veux dire c'est obligatoire, c'est important que tous les médecins, c'est important comme médecin d'être à date et moi je me suis toujours forcé d'être à date, quoique c'est très difficile. Moi je suis un médecin de famille. Je trouve que c'est très difficile comme médecin de famille de rester « Up to date » dans l'ensemble des champs, c'est comme trop vaste, ça change trop vite, et on a des attentes très élevées à l'égard des médecins de famille. On s'attend à ce qu'ils soient aussi bons dans les différents champs d'exercice que les spécialistes, mais c'est impossible.

- **Quel (s) champ d'exercice est plus difficile pour vous, pour maintenir vos compétences?**
- **Quelle(s) compétence(s) en particulier, si on prend, par exemple, l'expertise médicale, la communication, la collaboration avec les collègues, la gestion, le professionnalisme?**

RÉPONSE : Ce n'est pas nécessairement dans ce sens-là que je le voyais, mais c'est plutôt euh, moi je suis médecin de famille, et il y a des champs que j'exerce peu, que je ne pratique plus : je ne fais plus d'obstétrique, je ne fais plus de pédiatrie, je fais de la médecine familiale ambulatoire, je fais des soins palliatifs, je fais un petit peu d'hospitalisation en soins aigus, alors euh, quel champs, euh, il n'y a pas de champs en particulier qui est plus facile. Je dirais plutôt que quand tu pratiques moins, comme par exemple quand j'ai nommé que je ne fais pas d'obstétrique, pas de pédiatrie, et donc, tout ce qui est vaccin, je me sens un peu moins à l'aise dans la cédule des vaccins, la pédiatrie, je me sens moins à l'aise, mais ce n'est pas parce que les champs sont plus difficiles, c'est simplement parce que je pratique moins dans ces champs-là.

- **Est-ce que dans votre quotidien, il y a des obstacles qui vous empêchent de maintenir vos connaissances ou d'aller à des formations ?**

RÉPONSE : Des obstacles, non, je dirais plutôt que c'est à cause de la charge de travail. Il y a tellement de choses à voir, donc ce n'est pas des obstacles, c'est vraiment à cause de la répartition, à cause justement du nombre de patients qu'on a à voir et de l'horaire de travail.

- **Quels sont les moyens que vous utilisez pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Il y a plusieurs façons pour maintenir les compétences. Comme tout le monde, je lis les revues, je reçois beaucoup d'avis informatiques, je reçois des infos-poèmes, des Dynamed, je reçois beaucoup de mises à jour à ce sujet-là, puis aussi quand je pratique, j'ai accès, à l'hôpital de Verdun, à «Up to date», donc quand j'ai des situations où je ne suis pas trop sûr, je me souviens pas, l'autre fois, j'ai eu un patient qui est venu, sa femme me dit : « Coudonc ». Son mari bougeait tout le temps sans arrêt comme ça, ça faisait plusieurs années. Il me fatiguait moi aussi, mais je me disais coudonc ça doit être lui, puis là, elle est arrivée en disant : « êtes-vous sûr que mon mari n'a pas le syndrome de la tourette? » J'ai fait :

« Oups, c'est vrai ça, j'avais pas pensé à ça moi ». Donc je suis allé sur « Up to date » et donc, c'est souvent euh, la façon de maintenir mes compétences, c'est par les lectures, les conférences-midi, des situations ponctuelles qui arrivent que je dois vérifier. Moi je travaille à l'unité MC familiale de l'hôpital de Verdun, et donc il y a des superviseurs qui sont là, alors souvent je vais aller discuter avec eux, ou je vais aller sur l'informatique, ou discuter avec des collègues.

▪ **Est-ce qu'il y a un moyen que vous préférez pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Je ne sais pas s'il y en a un que je préfère, mais je pense que celui qui dans ma vie à moi a été le plus profitable, c'est sûrement le fait de travailler en équipe et de discuter de ces cas en équipe. Je vous donne un exemple pratique : moi je pratique depuis 33 ans, et il y a environ, le temps passe vite, il y a environ 15 ans, je n'avais pas fait d'hospitalisation depuis un bout de temps, et là j'ai recommencé en hospitalisation à l'hôpital de Verdun en soins palliatifs, et je faisais partie d'une équipe et tous les lundis matin, on avait une réunion d'équipe et on discutait de nos cas, et je peux vous dire que ça c'était très très très...ça a pas mal été la façon pour moi par laquelle j'ai réussi le mieux à maintenir ma compétence professionnelle, parce qu'on discutait de chacun de nos cas, et chacun d'entre nous, c'est pas toujours facile, on avait des cas de douleur incontrôlable, on avait des cas de sécrétions respiratoires, ou enfin, des cas difficiles et le fait d'en discuter les uns avec les autres nous permettait d'une part d'en parler, de voir ce que les autres en pensaient, et ça nous permettait de nous standardiser les uns les autres. Ça a été mon expérience la plus gratifiante et la plus... je peux dire sans vouloir me vanter qu'honnêtement, quand je suis arrivé en soins palliatifs à Verdun, avec cette méthode-là, je suis devenu, entre guillemets, un spécialiste en soins palliatifs.

▪ **En s'aidant des connaissances des autres...**

RÉPONSE : en pouvant parler de façon ouverte, en affichant nos limites, et moi comme je suis quelqu'un d'assez curieux, c'est là que j'avais des patients incontrôlables pour la douleur malgré tout ce qu'on leur donnait, et à ce moment-là, je me rappelle très bien que je suis arrivé, que j'ai entendu parler qu'on pouvait prescrire la méthadone pour la douleur et je me suis dit moi je vais essayer de voir ce qui en est. J'avais lu dans les revues de littérature, et j'ai été le premier à prescrire la méthadone pour la douleur. Mais c'est grâce à ce contexte-là.

▪ **Comment vous faites pour évaluer vos besoins de formation, parce que vous venez de nommer vos préférences, vos moyens de vous tenir au courant, est-ce que ces choix-là sont dirigés par rapport à ce que vous faites (dans votre pratique quotidienne) ou plutôt est-ce qu'il s'agit de conférences sur des champs qui ne sont pas directement liés à ce que vous faites?**

RÉPONSE : Moi personnellement, j'ai des réserves par rapport à cette typologie-là, dans le monde de l'éducation, on utilise beaucoup ça, les « besoins », les besoins d'apprentissage, puis les objectifs d'apprentissage. On voit ça régulièrement, mais honnêtement, moi je pense que ça c'est de l'académique, parce que les besoins, d'abord, c'est difficile, parce que théoriquement, il y a les besoins qu'on ressent, et il y a les besoins qui sont comme statutaires. Les besoins qu'on ressent, c'est rare qu'on va les formuler de façon, qu'on va le libeller : « J'ai-be-soin-de-for-ma-tion-en-ce-ci... ». C'est plutôt quelque chose qu'on ressent, on s'en rend compte, c'est-à-dire on pratique, puis euh, non mais mettons que, je sais pas, il faut que je fasse un acte, puis là, ça fait longtemps que je ne l'ai pas fait, je donnais un exemple récemment, ça fait longtemps que je n'ai pas insérer des stérilets, puis là il y a une personne qui vient pour ça, là je me rends bien compte, je réalise que où bien je la réfère, ou bien je vais essayer [d'installer]

le stérilet, mais il faut que j'aille me former, ou bien euh, mais c'est rarement un libellé comme on voit dans les conférences, ou bien je ne sais pas moi, j'ai des patients moi qui font des voyages à travers le monde, puis là ils viennent me voir pour avoir leurs vaccins, la fièvre jaune, ou je ne sais pas moi, et là je me dis, et on identifie plutôt les besoins de cette façon-là.

▪ **Est-ce que vous connaissez les différents programmes de Développement Professionnel Continu reconnus par Le Collège des médecins comme outils de maintien des compétences?**

RÉPONSE : C'est bien compliqué ça, moi je suis tout mélangé là-dedans.

- **Il n'y a pas de problème, je vais vous les rappeler. Il y en a trois : il y a tout d'abord le « Programme de maintien du certificat » (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le deuxième, c'est le « Programme de maintien de la compétence » (Mainpro) du Collège des médecins de famille du Canada...**

RÉPONSE : Ah, désolé, je n'avais pas bien compris la question. Moi je fais partie du Collège des médecins de famille du Canada. J'ai le Mainpro.

- **Et il y en a un troisième aussi qui est un plan d'autogestion : il y a celui du Collège des médecins et il y a celui aussi de la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec.**

RÉPONSE : Ah oui, le PADPC, on le voit partout.

- **Donc, selon vous, c'est quoi la principale différence entre ces programmes-là?**

RÉPONSE : Honnêtement, je ne les connais pas beaucoup, mais si j'ai bien compris, mais je ne suis pas trop sûr de mon coup, peut-être que je vais me tromper, mais une chose qui est sûre, c'est que pour celui du Collège des médecins de famille, il faut avoir un nombre de crédits. Je le sais, parce que nous autre, on fait notre renouvellement à notre fête et moi ma fête c'est en novembre, et le 1^{er} novembre, je reçois mon avis de renouvellement. Il y a toujours une feuille sur mes crédits et là il faut que j'aie, il me semble, 250 crédits pendant cinq ans.

- **Sauf que pour les plans d'autogestion, ça ne fonctionne pas avec des crédits, c'est vraiment par rapport aux besoins personnels des médecins.**

RÉPONSE : Il y a toutes sortes d'exigences, moi je comprends rien là-dedans.

- **Étant donné que vous pourriez quand même décider de choisir un plan d'autogestion, qu'est-ce qui fait que vous adhérez au programme de maintien de la compétence du collège des Médecins de famille du Canada, puisque vous auriez le choix de prendre aussi un plan d'autogestion?**

RÉPONSE : De toute façon, quand tu fais partie du Collège des médecins de famille du Canada, tu payes 800\$ par année, puis ça fait partie du « package deal ». Honnêtement, moi ce que je fais là, ils me demandent mes crédits, je marque mes crédits : j'ai assisté à..., j'ai fait tant de lectures, de présentations...

- **Donc ça serait un peu plus facile à gérer de cette façon-là...**

RÉPONSE : C'est super facile, parce qu'il faut un minimum de 50 heures par année, je ne sais plus exactement, alors moi j'en ai plein de lectures, j'en ai plein de conférences, puis ils ne m'embêtent jamais avec ça.

- **Quelle est votre opinion générale sur les différents programmes ou plans de DPC?**

RÉPONSE : Comme je vous dis, je ne les connais pas beaucoup. Moi j'ai l'impression, je ne sais pas, j'ai l'impression que c'est un peu administratif ça, les exigences sont un peu administratives, parce que comme je vous le disais au début, je pense que la plupart des médecins, entre nous, je suis pas mal convaincu qu'on fait notre possible pour demeurer à date. Ce n'est pas facile, comme je vous le disais, et peu importe que, moi quand je remplis mes papiers pour le Collège des médecins de famille du Canada, je les remplis, parce que c'est une formalité. Ça n'a rien à faire avec, je vous parle très sincèrement, que j'aie cinquante crédits ou cinq cent crédits, ça ne change rien dans ma pratique régulière. Pour moi, ce n'est pas un gage de compétence. C'est juste une exigence administrative.

- **Donc, ça ne serait pas nécessaire, d'après vous, de faire partie d'un programme ou d'un autre...**

RÉPONSE : Ça ne changerait absolument rien, dans ma démarche, d'avoir ou non cette

affaire-là du Collège, parce qu'on ne peut pas ne pas être compétent. D'une part, parce que face à soi-même, on ne se sent pas à l'aise, d'autre part, parce que les patients arrivent souvent avec... ou leur famille arrive sur un... le monde aujourd'hui ont l'internet, puis quand je vous racontais l'histoire tantôt du syndrome de la tourette, c'est quand même pas pire ça, ça a évolué. Il y a 25 ans, quand j'ai commencé à pratiquer, je me rappelle qu'une fois, il y a une de mes patientes qui m'est arrivée, ça c'est vrai, écoutez, c'est impressionnant, parce que j'avais une patiente en soins palliatifs qui avait un cancer du sein avec des métastases osseuses disséminées, et là je lui donnais tout ce que je connaissais pour essayer de ralentir la progression sur les métastases osseuses et ça progressait. Une fois, elle avait pris son sac de vidanges, et elle avait juste fait un nœud, elle partait au chemin en tirant son sac de vidanges, elle s'est fracturée la clavicule. Alors, moi j'étais complètement renversé par ça, je me disais qu'est-ce que je peux faire, et là, je la voyais se désagréger. À un moment donné, elle m'arrive, elle dit : « Docteur, regardez, je suis allée sur le site de... » je sais pas trop, le site du cancer du sein du Canada, et il existe un nouveau médicament qui s'appelle l'Aromazin. Ça fait peut-être 10ans ce que je vous raconte, et je n'avais jamais entendu parler de ça de ma vie. Je vous jure, j'avais jamais entendu ça Aromazin. Là, c'était marqué : « pour le cancer du sein, résistant aux Tamoxiphén ». Je ne bougeais pas. Là j'appelle l'oncologue : « Connais-tu ça l'Aromazin? » Il ne connaissait pas ça! Alors, je lui ai prescrit de l'Aromazin, j'ai été le premier. Alors tout ça pour vous...

- **Que ça peut venir des patients aussi...**

RÉPONSE : C'est ça que j'essaie de vous raconter. Ce que je vous dis, c'est qu'honnêtement, tous les papiers du Collège, c'est qu'on n'a pas le choix d'être compétents. D'abord, parce que les patients, en général, nous observent et s'assurent qu'on est compétents. D'autre part, le moins qu'on travaille avec les autres, on travaille en équipe là, moi j'ai des patients hospitalisés, une trentaine de patients. Quand je fais mon transfert à mes collègues, et que là je dis que j'ai vu tel patient pour un cancer ou pour une pneumonie, puis là si je lui dis que j'ai prescrit tel antibiotique, mon collègue, il s'agit juste qu'il dise : « Ah, tu lui as prescrit du Ceptrum? Ah bon! » Juste ce petit doute-là fait en sorte que là « Ah, peut-être que je ne lui ai pas prescrit la bonne chose » Ça a un effet sur ma compétence et ça m'oblige, sans qu'il n'y ait rien de jugement, ça m'oblige à dire « il faut que je vérifie », peut-être que ça a changé, des recommandations ont changé, et donc, il y a ça, et il y a aussi le fait que je travaille avec des résidents. Les résidents, c'est une source phénoménale de maintien de la compétence, ils en savent autant que toi, ils te poussent dans le dos.

- **Entre les trois programmes, est-ce qu'il y en aurait un, selon vous, qui serait plus efficace qu'un autre ou on n'aurait vraiment pas besoin de programmes?**

RÉPONSE : Non, je ne dis pas qu'on n'a pas besoin de programme, je dis simplement qu'il ne faut pas tomber dans la bureaucratie des papiers et de tout ça, parce que si vous voulez que, si le Collège me demande d'écrire chaque jour ce que je fais et ce qui correspond à mes incompétences, on passe la journée à écrire. Honnêtement, ça n'arrêterait pas, et j'exagère peu en disant ça. Si j'ai une présentation sur l'heure du midi, je vais apprendre des choses, si j'ai un patient ou deux pour lesquels je ne me souviens plus exactement, puis là je suis obligé d'aller pour lui conseiller un médicament pour trouver... c'est du maintien de la compétence ça, si je suis obligé d'aller dans la salle de conférence et de discuter avec mes collègues puis lui dire « ouin, c'est quoi déjà...? » C'est du maintien de la compétence, on va passer la journée à écrire. Moi, ma job, c'est pas d'écrire, écrire mon dossier, mais je veux dire, je suis là, je suis un docteur avant tout.

- **Le fait qu'un programme exige un certain nombre de crédits, est-ce que vous croyez que c'est garant d'une plus grande efficacité de ce programme-là?**

RÉPONSE : Ce que je pense des crédits, c'est ça votre question?

- **Oui.**

RÉPONSE : Mon opinion à ce sujet, c'est que...pourquoi avoir établi tant de crédits? Moi je

suis convaincu que le nombre de crédits n'est pas tributaire, n'est pas proportionnel, ne garantit pas la compétence d'un médecin. Je suis convaincu de ça. Je suis pas mal sûr que c'est empirique, probablement, on ne peut pas exclure la nécessité, mais ce que je veux dire, c'est que c'est sûr que quelqu'un qui va à des cours, puis qui lit, puis tout ça, a plus de chances de demeurer compétent que quelqu'un qui ne fait rien, ça je m'entends là-dessus, mais le nombre de crédits comme tel? Tu peux aller à des conférences de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, de l'Université de Montréal, et là tu peux accumuler plein de crédits, tu vas avoir tes 50 crédits par année, mais honnêtement, tu peux aller là, tu vas payer, t'asseoir, puis lire ton journal, pitonner. Moi je suis pas mal fort pour pitonner d'ailleurs, pitonner sur l'ordinateur, faire de l'iphone, puis euh, pas suivre. Pourtant mon dossier va être extraordinaire, je vais avoir 250 crédits, et j'aurai rien appris. Et donc, moi j'ai beaucoup de réserves par rapport aux crédits.

- **Mais le plan de DPC n'est pas obligatoire de toute façon. Est-ce que vous ne croyez pas que le Collège devrait veiller à ce que tous les médecins adhèrent à un programme?**

RÉPONSE : Je ne sais pas, j'avoue que quand vous me parlez du Collège, les poils me dressent sur les bras, et je ne sais pas, le Collège, le Collège...

- **Est-ce que c'est le Collège qui devrait veiller à la compétence des médecins?**

RÉPONSE : Je pense que c'est la responsabilité du Collège, comme ordre professionnel, de faire en sorte que nous soyons de bons médecins. La façon de procéder, euh, je sais pas là.

- **Parce qu'il y a aussi d'autres ordres professionnels qui veillent aussi à la compétence professionnelle. Avez-vous d'autres commentaires, d'autres opinions, ou des suggestions à faire concernant ce plan-là?**

RÉPONSE : Je dirais que malgré mes propos qui semblent être un peu négatifs, pas mal négatifs, je dirais que quand même, moi j'aime bien la formule de la FMOQ. La FMOQ, quand tu t'inscris, quand tu as une activité qui est accréditée par la FMOQ, ou quand tu vas à un colloque qui est organisé par la FMOQ, tu as un système informatique. Alors dès que tu vas à un colloque, ou dès que tu vas à une activité, c'est d'emblée consigné dans ton plan, dans ton PADPC, et je trouve ça l'fun, je veux dire, ça reflète quand même une réalité. Ça démontre que quand même les médecins en général, font des efforts pour demeurer à date. Moi je pense que si on peut trouver un système qui facilite l'inscription du DPC sans en faire une tâche, je pense que c'est parfait ça.

- **C'est donc le fait que ce soit une tâche à remplir.**

RÉPONSE : Oui, c'est ça, des papiers à remplir. Par contre, si j'avais des suggestions à faire, je trouve qu'il y a beaucoup de choses qu'on fait sur lesquelles on n'a aucun regard, dans ce sens qu'on ne sait pas, je sais par exemple qu'en Ontario, beaucoup ont des dossiers informatiques, et ils évaluent le rendement, c'est-à-dire qu'ils ont mis des primes pour les actes préventifs. Par exemple, si dans ta clientèle, tu dois faire des cythologies, des mammographies, des osthéodensitométries, bon, je ne sais pas, je ne me souviens pas des exemples, il y a des primes pour ça, et plus tu en fais, plus tes enfants sont vaccinés puis tout ça, plus tu reçois un montant forfaitaire encourageant. Et tout ça est consigné dans un logiciel. De telle sorte que tu peux avoir ton profil. C'est un genre de regard sur ta pratique. La même chose pour le suivi des patients diabétiques. On nous demande, on a des lignes directrices qui sont assez rigoureuses à cet égard. Je trouve qu'on devrait, quelque part, nous aider à assurer le suivi, ou la relance des patients. On dit qu'il faut qu'ils passent des prises de sang tous les trois mois... Il me semble que tout ça devrait se faire comme un genre de...tu sais quand tu vas chez le dentiste, ou le programme de mammographie, le docteur n'a pas toujours à répéter ces choses-là, le programme de mammographie, c'est entre 50 et 69 ans. La madame reçoit son avis, elle va passer sa mammographie, puis c'est consigné, c'est facile. Alors je pense que pour ce qui est du DPC, il y a beaucoup de choses qu'on fait qui devraient être de l'enregistrement automatique, c'est-à-dire qu'on n'ait pas à écrire quelque chose.

- **Mais vous savez que les...**

RÉPONSE : Les palms? Les PC pocket? Les iPhones? Je ne veux pas pitonner! Je ne veux rien faire moi. Je ne suis pas un pitonneux. Je suis un docteur. Je suis là pour traiter du monde. Je ne veux pas pitonner. Je veux juste qu'on consigne quelque part ma participation ou mes activités.

- **Parce que quand même, ça serait un moyen d'enregistrer à mesure.**

RÉPONSE : L'autre fois, je me suis présenté à une conférence, c'était l'fun, parce que t'avais une bague électronique, t'avais juste à la scanner, vous savez quand tu entres chez Walt Disney, c'est le même principe, on scanne, puis on ne s'occupe plus de rien.

- **Si jamais au cours de la recherche on avait besoin de communiquer avec vous pour avoir des éclaircissements sur vos propos, est-ce qu'on peut vous rappeler au besoin?**

RÉPONSE : Oui, ça va me faire plaisir. D'ailleurs, j'aimerais avoir le résultat de cette recherche-là. Je ne suis pas le seul que vous questionnez?

- **Non, non, pas du tout.**

Entrevue PRAT2

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles?**

RÉPONSE : C'est obligatoire, dans le sens que tout médecin qui travaille consciencieusement doit se maintenir à jour. Le maintien des compétences, c'est offrir aux patients les meilleurs soins, les meilleurs traitements, et selon les nouvelles données de la science. La seule façon d'avoir ces nouvelles données-là, c'est par le maintien des compétences. Je ne vois pas comment un médecin ne peut pas se maintenir à jour.

- **Parmi les compétences qu'on demande aux médecins de posséder, je vous les rappelle : il y a l'expertise médicale, il y a la communication, il y a la collaboration avec les collègues, il y a la gestion, la promotion de la santé, l'érudition et le professionnalisme. Selon vous, quelles sont les plus importantes à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : C'est sûr que l'expertise est à mon avis essentielle. Je peux être un très bon communicateur, ou un très bon collaborateur, mais si je suis ignorant, ça ne fera pas des bons soins. Je vais être un bon ami, un bon communicateur, avec de belles relations interpersonnelles, être un très bon collaborateur, un médecin patient, un partenariat, etc. mais si je suis incompetent, je ne vais pas lui donner le bon traitement, le bon médicament, ou la bonne investigation. Et c'est pour ça que dans CanMed, l'expertise est au centre. C'est un pétale, c'est comme une fleur, il y a des pétales, et donc l'expertise étant au centre, pour moi c'est une des principales zones à mettre en maintien des compétences. La deuxième, c'est la communication, à mon avis. Assez rapprochée de l'expertise, parce que si je suis un grand expert très érudit, très connaissant, à date, mais que je communique mal avec mon patient et qu'il ne comprend pas ce que je dis, finalement, ça ne donnera pas grand-chose au bout de la ligne. Même si je suis très très compétent, il ne comprend rien, donc, il n'appliquera pas peut-être les conseils ou les propositions que je lui fais, parce que je ne communique pas bien, je ne suis pas à son niveau, j'utilise du jargon médical qui lui passe au-dessus de la tête. Donc, la communication est proche de l'expertise; Ça va de pair. La collaboration aussi, dans un mode actuel de pratique, il y a la collaboration médecin-patient, donc le patient doit être partie prenante des décisions partagées de faire des partenaires

avec le patient pour prendre des précautions vu qu'il adhère à nos propositions. Il faut qu'il soit un peu le partenaire de nous, sinon, c'est le professeur qui dit à un élève quoi faire, donc c'est de paternalisme un peu. Mais c'est aussi la collaboration interprofessionnelle, travailler avec d'autres professionnels, des équipes interdisciplinaires, les infirmières, les pharmaciens, etc. tous les autres professionnels de la santé. Donc c'est aussi important, je dirais un petit peu moins que l'expertise et la communication, parce que ça se passe beaucoup de médecins travaillent dans le bureau de un à un, mais ça n'exclut pas qu'il faut travailler en partenariat aussi, mais c'est peut-être la troisième.

- **Selon vous, ça serait peut-être la (compétence) plus difficile à maintenir ou à améliorer, ou est-ce qu'il y en aurait une qui serait plus difficile que les autres?**

RÉPONSE : C'est sûr que la gestion, on le fait un peu comme Monsieur Jourdin, on fait de la prose sans le savoir, tu gères des rendez-vous, tu gères ta pratique, t'as à gérer ton temps, t'as à gérer toutes sortes de situations, les rendez-vous entre autres, les appels téléphoniques, remplir des papiers, etc. Pour moi elle n'est pas essentielle, elle n'est pas difficile, parce qu'on le fait un peu, presque inconsciemment, je veux dire tu t'organises pour voir les patients qui sont urgents et les moins urgents etc. La promotion de la santé est importante, elle passerait un petit peu avant la gestion, parce que c'est tout le phénomène de la prévention, puis c'est là qu'intervient le partenariat. La promotion de la santé va avec la collaboration médecin-patient. Si on veut, par exemple, faire arrêter un patient de fumer, il faut qu'on soit partenaires dans ça, parce qu'on sait que ça ne marchera pas là, si je lui dis : « Arrête de fumer », il n'arrêtera pas. Donc, il faut mettre en place une certaine collaboration et évaluer avec le patient où il est rendu dans son intention d'arrêter, s'il manque d'être convaincu aussi, manque d'outil, manque de volonté, etc. Donc, on peut travailler sans problème. La promotion de la santé est importante, mais elle n'est pas, à mon avis, la plus difficile.

- **Est-ce que dans votre quotidien il y a des obstacles que vous rencontrez pour maintenir vos connaissances ou ces compétences-là, les maintenir à jour ou les améliorer?**

RÉPONSE : C'est sûr qu'en pratique générale, en médecine de famille, je veux pas dénigrer les spécialistes là, mais quand tu es spécialiste de l'œil, t'as juste un organe à t'occuper, puis euh, t'as peut-être une dizaine de maladies en tout, ça devient quasiment toujours la même chose, sans que ce soit dénigré. En médecin de famille, si tu fais un peu de tout, donc tu vois des enfants, des femmes, des hommes, des jeunes, des vieux, des gens très malades, des gens pas trop malades, en prévention, je veux dire la contraception c'est pas une maladie, donc tu fais un peu un éventail de pathologies assez important pour te maintenir à jour et être bon dans tout ça, puis là on implique là-dedans les affaires que j'ai dit au début : le partenariat, l'interdisciplinarité, la promotion de la santé, gérer tout ça. Donc à mon avis, c'est complexe, dans un système actuel, compte-tenu qu'on est en pénurie d'effectifs médicaux, les patients cognent à la porte et je ne peux pas tous les voir. Deux, le partenariat, ça sort bien dans les équipes multi à l'hôpital, il y a des structures pour faciliter ça, dans le bureau, c'est pas encore arrivé. Il y a des groupes de médecine de famille qui sont un peu plus structurés, mais c'est pas tout le monde qui est en groupe de médecine de famille, on vise 300 à 400 groupes mais ce n'est pas encore arrivé. Donc, tout mettre en place tout ça, il y a beaucoup d'obstacles organisationnels je dirais. Et puis point de vue expertise, s'il faut que je me maintienne à jour sur tous les champs que je viens de nommer, il faudrait que je sois en activité de perfectionnement ou en maintien des compétences tout le temps et si je suis comme ça, je ne ferai pas de pratique. Alors ça c'est pas facile, et je vais dire quelque chose de facile et de biaisé, mais c'est pour ça que le plan d'autogestion pourrait m'aider à faire des choix, parce que dans le fond, je pourrai prioriser, aller dans des zones où je me sens un peu moins confortable, et donc j'irais concentrer mon maintien des compétences dans des zones où je suis moins confortable, puis les zones où je suis plus confortable, je les laisserais en deuxième plan, alors au lieu d'aller partout tout le temps, j'irais dans les zones à améliorer, et donc, le plan, ça favoriserait ça. Je ne suis pas sûr que les gens vont faire ce lien-là, mais moi je le fais.

- **Personnellement, quel(s) moyen(s) vous utilisez dans votre vie quotidienne pour maintenir vos connaissances?**

RÉPONSE : Il y en a plusieurs. D'abord, je pense que la lecture, les articles scientifiques, les articles de synthèse de la littérature, les nouveautés, tout ce qu'on peut recevoir comme informations pertinentes. Donc j'ai à prioriser les lectures, mais la lecture, c'est un mode que je peux faire n'importe où, n'importe quand, à peu de frais.

- **Vous auriez donc une préférence pour la lecture...**

RÉPONSE : C'est un moyen simple. Ce n'est pas le seul. Tu peux, d'abord il faudrait lire tout le temps, je ne me souviens plus combien d'heures il faut consacrer à la littérature, mais je ne peux pas tout lire ce qui m'intéresserait. Il y a des piles comme ça que je devrais lire, je me dis que je vais lire ça un jour. Donc il y a d'autres activités qui sont peut-être plus pertinentes. Une qui est souvent négligée, c'est la discussion avec les collègues. C'est pas un mode formel, mais quand j'ai un problème avec un patient, je peux en discuter avec un collègue, puis il peut m'apporter son expertise dans ce domaine-là qui est peut-être plus grand(e) que l(a) mien(ne). Je peux discuter avec des collègues à l'hôpital, avec des spécialistes pour la même problématique et recevoir des notions de formation continue personnalisées sur un cas particulier que je pourrais peut-être appliquer après ça à d'autres cas similaires etc. Puis finalement, il y a les modes traditionnels qui sont des activités de formation continue collective : congrès, colloques, ...

- **Est-ce que vous y allez?**

RÉPONSE : Oui. J'y vais suffisamment pour me maintenir à jour.

- **Est-ce que vous ciblez vos activités en fonction de vos besoins?**

RÉPONSE : Je devrais. Je ne suis pas pour vous répondre oui, parce que moi je le fais pour moi. Moi je travaille pas comme clinicien et donc mes activités sont plus ciblées dans mon champs d'expertise et je suis comme l'inventeur du plan aussi, c'est un peu biaisé, mais je devrais théoriquement. Contrairement à ce que probablement des médecins vous diront : « moi j'aime ben ça l'urgence, je vais à tous les congrès d'urgence qui sont annoncés, mais dans le fond, je suis bon en urgence, c'est ça que je fais. Donc, peut-être que je devrais aller dans d'autres affaires qui sont... si je ne vais pas en psychiatrie, je n'y vas pas, ça ne m'intéresse pas ». L'exemple du médecin dont je parlais tantôt, qui est bonne en santé des femmes et qui n'est pas bonne en musculo-squelettique, elle devrait aller en musculo-squelettique en formation continue, ou bien elle n'en fait pas. Alors oui, la réponse simple, c'est oui, il faut cibler en fonction de nos besoins.

- **Comment vous le faites (pour cibler vos besoins)?**

RÉPONSE : Je pense que moi ce que je fais, je suis en train de vous donner toutes les réponses idéales. Alors théoriquement, il faut regarder ce qu'on fait. Moi si je regarde ce que je fais personnellement, je fais de la gestion de ressources humaines, je fais de la gestion budgétaire, je fais de la gestion de dossiers, j'ai des multiples dossiers en route en même temps, de la gestion multi-tâches, je suis beaucoup impliqué en évaluation en pédagogie, un peu de recherche. Alors quand je fais le portrait de toutes les sphères d'activités que je suis impliqué, en principe, il y a en que je suis un peu bon, d'autres que je suis très bon, d'autres que je suis un peu moins bon. Alors donc en principe, après avoir fait cette liste-là je regarde qu'est-ce que je pourrais faire cette année pour m'améliorer dans des sphères où je suis un petit peu, peut-être un peu moins bon.

- **C'est donc quand même assez facile (pour vous) d'évaluer vos besoins?**

RÉPONSE : Je fais juste regarder ce que je fais dans une semaine. Qu'est-ce que je fais en une semaine? Donc je fais un peu de recherche, je suis interviewé, mais je pourrais aussi écrire des projets de recherche. J'en fais d'ailleurs deux avec l'Université Laval actuellement

où je révise des propositions de recherche, je fais de l'évaluation, j'évalue tout mon personnel actuellement, tous les médecins vont passer sur cette chaise-là, et toutes les secrétaires, y compris Johanne éventuellement. Donc je fais de l'évaluation de personnel, je suis impliqué dans l'évaluation des médecins, parce que je suis directeur de l'amélioration de l'exercice, donc tout domaine d'évaluation; j'organise des congrès en pédagogie. C'est facile, je regarde une semaine que je fais, je fais mon bilan grossier des thèmes, là je regarde où ce que je suis le plus à l'aise, où je suis moins à l'aise, où je maîtrise bien, où je maîtrise moins bien, et c'est facile de faire la cartographie de ça. Donc c'est là-dessus que je vais théoriquement dire « cette année » parce que je ne peux pas tout faire, « cette année, je ne sais pas moi, la gestion financière, ça m'écoeure, j'ai un budget de 5 millions et à chaque fois c'est le casse-tête, j'ai de la misère, alors peut-être que si je suivais des activités reliées à la gestion financière, l'année prochaine je serais meilleur là-dedans ». C'est un peu comme ça que je réagis.

▪ **À quel plan de Développement Professionnel Continu adhérez-vous?**

RÉPONSE : Moi j'adhère au Plan des médecins du gouvernement du Québec, le syndicat professionnel des médecins du Québec, parce que le Collège a accepté les plans des deux Collèges nationaux et le Plan d'autogestion du Collège, de la FMOQ et tout autre plan approuvé. Comme c'est moi qui a approuvé les plans, c'est moi qui a vu passer les plans de tout le monde et il y a des groupes de médecins qui ont soumis des plans en disant « Nous on fait pas comme les autres ». Les médecins du gouvernement c'est des fonctionnaires, ils sont 1000, et ils travaillent à la CSST, à la RAMQ, au Ministère de la santé, au Régime des rentes, ils sont tous fonctionnaires, ils font de l'administration, de la gestion, et ils ont soumis leur plan au Collège en disant : « Nous, on voudrait soumettre notre plan, qui est presque pareil que le plan d'autogestion, mais il est adapté à nos besoins spécifiques. Et nous, on l'a approuvé, et moi je l'ai trouvé intéressant, plus intéressant que le nôtre, et il satisfaisait plus mes besoins, donc moi j'ai adhéré à celui-là, mais c'est un copié-collé du plan d'autogestion. C'est juste que l'outil qu'ils ont développé pour eux, pour moi me satisfait plus que l'outil offert par le Collège. Il est plus simple.

▪ **L'outil, c'est quoi?**

RÉPONSE : C'est un programme informatique. En fait, c'est en Excel et on peut, je peux vous le montrer, c'est un outil. La première, c'est définir les besoins, ce que je fais exactement, c'est exactement les cinq étapes, sauf (que c'est) dans un outil informatique à mon avis plus « friendly user » que ce que le Collège offre.

Il est très structuré. La beauté, c'est que je peux entrer au jour le jour. Celui du Collège la même chose, probablement, mais moi il m'a frappé plus, donc moi j'ai adhéré à celui-là, puis je l'utilise depuis trois ans.

▪ **Quelle opinion avez-vous des différents programmes de DPC?**

RÉPONSE : Moi je trouve, je vais être encore biaisé, mais moi je trouve que celui du Collège, en fait, les plans d'autogestion, de façon générale, sont plus souples à mon avis. Ils (son plan d'autogestion) sont plus souples et permettent plus de variété ou de subtilité d'adapter à mes besoins que celui du Collège Royal ou du Collège des médecins de famille. En plus, je n'ai pas à m'astreindre à un nombre d'heures. D'ailleurs, moi le nombre d'heures me fatigue. Comme je le disais avant qu'on commence, il n'y a pas de preuve dans la littérature qui dit que 250 (crédits) c'est le summum de la compétence, puis qu'à 249 je suis incompetent. Moi j'en ai peut-être, par année, parce que si on regarde par année ces deux Collèges-là, il y en a un, c'est 80 et l'autre, c'est 50. Moi j'ai plus d'heures que ça, mais je ne suis pas obligé de me mettre un chiffre dans la tête qu'il faut que j'atteigne. À mon avis, c'est un gros billet, parce que tu cours après les heures, tu cours après les crédits. Moi je ne cours pas après ça, mais si on fait le total à la fin de l'année, parce que le Collège me demande ça, j'ai plus d'heures que ce que les deux Collèges demanderaient. Donc, je pourrais faire partie de ces Collèges-là facilement. Par contre, je n'ai pas à payer 800\$ pour être membre. Donc en principe, je n'ai pas à payer. Le Collège est gratuit, puis comme je vous le dis, il est plus

souple. Je peux mettre à peu près n'importe quoi, sans être obligé de mettre ça dans des catégories, puis me poser la question : « Ça, est-ce que c'est une catégorie agréée? Pas agréée? Collective? Pas collective? » puis avec des maximum, puis des minimum, et cinquante affaires contraignantes. Donc, je n'ai pas ce carcan-là qui me déplaît et qui me complique la vie. J'ai juste à mettre mes activités au fur et à mesure qu'elles se présentent en fonction des besoins que j'ai déterminés. C'est sûr que si je vois passer, je prends mon exemple de tantôt, si mon DPC est en gestion financière parce que c'est là-dessus que j'ai un besoin, puis je vois passer une activité qui est là-dessus, je vais peut-être la lire la revue, l'article, ou s'il y a une activité collective, je vais m'inscrire à ce congrès-là parce que ça m'intéresse et j'ai juste à entrer ça dans mon plan comme une activité, puis c'est juste des petits clics à faire, c'est très très simple : la date, le nombre d'heures, puis ai-je appris quelque chose?, puis dans quelle discipline, puis l'expertise, la collaboration, la communication, etc. Et puis c'est compilé, alors à la fin de ce logiciel-là, ça se calcule automatique, alors au bout de la ligne, j'ai un total. C'est très simple, à la fin de l'année, je fais « print » et j'ai un document si jamais je suis inspecté par le Collège.

- **Malgré les crédits, est-ce que vous croyez qu'il y a des programmes plus efficaces ou plus exigeants que d'autres?**

RÉPONSE : Non, c'est-à-dire que l'exigence, c'est les crédits. Si tu me dis « excepté les crédits », il n'y a pas vraiment d'exigences comme telles, à part les petites cases où ça revient à des crédits, il y a un maximum de tant de crédits, tant de catégories, et les non accréditées (activités DPC), c'est un maximum par année. Donc il faut que tu surveilles ça, puis le carcan, c'est : est-ce que ça va dans cette case-là? Si on prend l'exemple du Collège Royal, il y a six catégories, puis là, il faudrait que tu mettes les activités aux bonnes places. Ça c'est un carcan à mon avis, parce que moi je n'ai pas à me poser cette question-là. Je vais pas me poser deux minutes : Est-ce que ça va à 1, à 6, à 4, à 5 ? Je les mets, moi. Je fais une liste qui correspond à mes besoins. C'est sûr que des fois, il y a des activités que je vois passer qui m'intéressent. C'est pas nécessairement dans mes besoins, mais ça m'intéresse de rester à jour là-dedans. Alors je vais y aller, surtout que ça ne me coûte pas beaucoup de temps, d'énergie et d'argent, je vais y aller pareil. Donc ça va confirmer ce que je fais, je suis toujours correct dans cette discipline-là, ou, surprise, j'apprends un nouveau truc, une nouvelle affaire qui va juste bonifier ma pratique et qui va aider, pas à la qualité des soins pour moi, mais à la qualité de la gestion. Alors surprise, je n'étais pas mauvais là-dedans, mais je viens d'apprendre une nouvelle corde à mon arc ou une nouvelle flèche dans mon carquois, puis là je vais devenir meilleur. Donc, ça ne m'empêche pas de faire ça ce programme-là, puis comme je n'ai pas à me casser la tête : Ça rentre-tu? Ça rentre pas? Je les mets toutes, autant les activités collectives, les articles de revue, les projets de recherche. Hier on avait un atelier ici sur les médecins et les aspects psychosociaux de la retraite. Ben, je l'ai pris en notes, je n'étais pas dans mon bureau, j'étais en bas, à une réunion, je vais l'entrer dans mon plan de DPC tantôt. Je n'ai pas eu le temps à matin, j'étais occupé, mais c'est simple à faire. J'aurais pu le noter dans mon iphone aussi, j'étais en réunion, je me suis mis une note pour ne pas oublier : « J'ai une heure et demie d'atelier que j'ai participé sur les aspects psychosociaux de la retraite ». Ça n'a pas affaire avec moi, mais c'est un besoin. Je suis à l'âge que je vais peut-être prendre ma retraite dans 3-4-5 ans, et l'atelier, par exemple, c'était sur la prévention, comment arriver à la retraite bien préparé. Donc, mais je n'y avais pas pensé avant. Ce n'est pas un besoin que j'avais mis dans ma liste, la retraite, parce que c'est dans à peu près cinq ans, mais l'activité était là, puis bon j'étais pogné pour y aller, parce que c'était Roger qui faisait ça, mais j'ai assisté, et là, j'apprends des affaires, donc si j'apprends, ça compte, je le mets, et je ne me casse pas la tête avec une activité accréditée, pas accréditée. C'est ça le carcan que je vois des programmes. Le désavantage du plan, c'est qu'il nous force à réfléchir, alors que l'autre, c'est juste un cumul. Comme ça, je n'ai pas la peine, parce que là, quand je vais l'entrer, il faudra que je dise si j'ai appris des affaires, est-ce que ça va changer ma pratique, dans quelle région que ça va aller... ça c'est un carcan. L'autre, la seule question que je me pose, c'est dans quelle catégorie. Je n'ai pas à réfléchir si j'ai appris, si j'ai changé, si je vais changer, si j'ai besoin de plus. Cette réflexion-là, elle me force dans le plan, ce que je n'ai pas à faire

dans l'autre.

- **Donc, est-ce que ça veut dire que les plans d'autogestion, ça aide à améliorer vraiment les compétences personnelles?**

RÉPONSE : Ça aide à réfléchir en tout cas sur tes acquis, ou à faire réfléchir si tu as suffisamment d'informations pour changer. Autrement dit, si on regarde un patient, si j'apprends quelque chose sur un nouveau médicament, donc j'apprends des nouvelles affaires, mais est-ce que je suis maintenant à l'aise de le prescrire? Mais là, je peux me poser la question. Alors, j'ai appris un nouveau médicament, mais ce n'est pas là que je vais le prescrire, parce que j'ai besoin de plus de formation ou d'informations, ou d'expertise, d'en parler avec un spécialiste pour dire : « Écoute, le nouveau médicament, utilises-tu ça? » Ah, non, elle l'utilise juste dans cette catégorie. « Ah ok, je ne savais pas ». J'ai cette réflexion-là à faire, alors que dans les plans nationaux des deux Collèges, je n'ai pas à me poser ces questions-là; je l'écris. J'ai juste à dire que c'est une activité accréditée, je le mets, je sais pas moi, dans la section 1. C'est réglé. Alors donc, ça exige un petit peu plus d'huile de cerveau avec le plan, puis ça exige plus d'huile de cerveau avant aussi, parce que l'exercice des besoins et tout ça, je ne le fais pas avec l'autre plan. Je n'ai pas me poser la question. C'est un peu caricatural, mais c'est ça pareil. J'ai juste à accumuler. Donc, plus j'en fais, plus ça va là-dedans. Donc, il y a des docteurs qui ont 600 heures dans l'année, et quand tu évalues leur pratique, ils ne sont pas bons. Ils n'ont rien intégré, parce qu'ils n'ont pas fait peut-être cet exercice-là de réflexion après. Pour l'exemple du médicament, moi je ne prescris plus, mais je le faisais avant, j'étais un Docteur. Tu vas à un cours sur un nouveau médicament, tu trouves ça ben l'fun, ben intéressant, mais là, comment on prescrit ça à quelqu'un? Il y a les effets secondaires, il y a des contre-indications, il y a des dangers, il y a de l'interaction avec d'autres médicaments... Tu ne peux pas tout attraper ça dans une heure de présentation. Alors, en sortant de l'activité : « Ah, c'est l'fun, j'ai appris des affaires! ». Tu le mets dans le plan national. Moi, quand je le mets dans mon plan, la question que je vais me demander, c'est « vais-je changer ma pratique? » Ah non, là, il faudrait que j'aille à une autre affaire, là j'en parle. Il y a ce bout de réflexion-là qui pourrait peut-être m'inciter à dire : « Avant de le prescrire, je vais demander à un tel, Docteur un tel, spécialiste dans cette gang-là, lui je vais le voir à l'hôpital et je vais lui demander ce qu'il pense de ce médicament-là. Donc, je vais aller dans un mode de formation continue, de discussions avec les collègues pour valider ça, ou je vais lire un article qui place le médicament parmi l'arsenal thérapeutique des autres. Cet exercice-là est plus laborieux, mais à mon avis plus utile, amène plus de chances que je change, que de dire : « Ah, c'était ben l'fun, c'était une belle activité, j'ai appris plein d'affaires sur le nouveau médicament, mais je ne le prescrirai jamais, parce que je ne suis pas prêt ». Donc, c'est ça la différence.

- **Est-ce que vous croyez que le Collège des médecins devrait veiller à ce que tous les médecins aient un plan de DPC?**

RÉPONSE : C'est sûr. Je pourrais répondre comme un vrai Docteur : Comment, il ne surveille pas ça? Parce que les médecins pensent qu'on les surveille tous.

- **Étant donné que ce n'est pas obligatoire (le plan de DPC)...**

RÉPONSE : Oui, mais ils pensent que c'est obligatoire, et ils pensent qu'on les surveille tous. C'est correct qu'on les laisse penser ça. « Oui, ils le font déjà ». C'est ça que tu vas avoir comme réponse. « Oui ils le font déjà ». D'abord, on ne le fait pas. On surveille juste 3 %.

- **Est-ce que vous pensez que le Collège des médecins devrait surveiller plus particulièrement l'exercice des médecins qui n'ont pas de plan de DPC?**

RÉPONSE : Oui, parce qu'ils sont à risque d'être incompetents, s'ils n'ont pas d'activité de maintien des compétences. La nuance, c'est que ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas un plan qu'ils ne sont pas nécessairement en maintien des compétences. Ils peuvent maintenir leurs compétences, mais sans compléter administrativement les papiers. Ça, ce n'est pas encore arrivé dans la culture médicale, les gens sont encore dans le cumul d'attestations ou de preuves qu'ils sont allés à des congrès, parce qu'ils pensent qu'un jour, ils pourraient être

visités ou inspectés par le Collège. Donc ils gardent leurs attestations, mais ils ne font pas nécessairement l'analyse avant, et l'analyse après, et les deux Collèges nationaux n'incitent pas à faire ça non plus. C'est le désavantage de ces deux Collèges-là, mais si quelqu'un fait un plan sérieusement, il y a beaucoup d'avantages : d'abord il va prioriser, il va faire des affaires qui vont amener des changements, et au bout de la ligne, le gagnant, c'est le patient. Il va avoir des meilleurs soins. Donc, en principe, oui, il faudrait surveiller tout ce monde-là, particulièrement ceux qui n'ont pas de plan, parce qu'il y a un petit risque. Mais ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas de plan qu'ils sont incompétents.

- **Avez-vous d'autres commentaires, opinions, ou suggestions?**

RÉPONSE : On devrait avoir des outils plus facilement utilisables, informatiques – on l'a déjà sur le Pam ou le Pocket PC – mais le Collège devrait m'offrir un système sur le web, nominativement, dans le sens de « personnalisé » mais confidentiel, c'est juste moi qui y aurais accès, un peu comme ce qu'offre peut-être la FMOQ actuellement. Le Collège devrait offrir ça à tous les médecins du Québec, et pas juste aux médecins de la FMOQ ou à une partie des médecins de la FMOQ.

- **Avez-vous autre chose à rajouter?**

RÉPONSE : Le Collège surveille trop (joke). Ça va arriver ce commentaire-là...

- **À ce moment-là, je demanderai si c'est bien le Collège qui devrait surveiller les plans de DPC.**

RÉPONSE : Il faut que ce soit le Collège, mais ça c'est moi qui dis ça, mais les gens pourraient dire qu'il n'ont pas besoin du Collège pour les surveiller : « Je devrais être capable de m'auto-surveiller ».

- **Mais il faudrait penser aux autres aussi (à ceux qui sont moins fiables).**

RÉPONSE : Quand on regarde la littérature, l'auto-évaluation des médecins n'est pas bonne. Ils s'auto-évaluent très mal. Les bons s'évaluent pas bons, et les pas bons s'évaluent bons. Donc si on leur confie leur auto-évaluation, on va avoir « garbage in, garbage out ». Ce que tu recueilles tout croche, tu vas avoir ça tout croche après. Donc, c'est pour ça, c'est moi qui pense ça, c'est pour ça que ça prend un organisme extérieur qui aide le médecin. Est-ce que ça pourrait être un autre organisme que le Collège? Peut-être, mais les autres organismes, ce sont des organismes volontaires, donc sans dent, sans moyen d'inciter fortement, pour ne pas dire (sans) contrainte, et ça ne donnera rien finalement, parce que...

- **Parce qu'ils sont moins punitifs.**

RÉPONSE : Parce que le Collège Royal, quand tu n'as pas tes heures, ils t'envoient une lettre pour te dire que tu n'as pas tes heures. Ils te donnent six mois, et au bout de six mois, ils te rappellent et te donnent un autre six mois. Et un jour, ils vont te mettre dehors, mais ils t'ont donné bien des chances pour ne pas te perdre, parce qu'ils perdent 1000\$ de cotisation ou 800\$. Nous (Le Collège des médecins), on n'a rien de plus et on n'a rien de moins, je veux dire, et les gens pourraient dire que c'est un peu notre rôle. La protection du public, c'est rien que nous autres au Québec. C'est le Collège qui protège le public de la compétence (ou de l'incompétence) des médecins. C'est l'ordre professionnel. Ce n'est pas de notre faute, c'est dans la loi. Alors, c'est pour ça que je dis que c'est à nous de le faire, mais je suis un peu biaisé.

Entrevue PRAT3

- **Que pensez-vous du maintien des compétences professionnelles?**

RÉPONSE : Je considère que le maintien des compétences est important, essentiel et qu'il devrait être obligatoire pour tous. C'est vrai pour les docteurs, et c'est vrai pour tout professionnel.

- **Parmi vos différents champs de pratique, quelles sont les compétences les plus importantes à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE : Les connaissances et les compétences les plus importantes à améliorer dans mon cas, c'est la rapidité des thérapies, les changements des orientations thérapeutiques. La deuxième chose aussi, c'est tout le processus, le système de soins. Comment orienter les patients, ça change. Le système de soins change à une vitesse folle. Comment ça fonctionne? Je vous donne un exemple : Je peux faire les cas de santé mentale. Au début, il fallait les envoyer en psychiatrie, maintenant, il faut les envoyer sur le guichet unique, puis là par région ça change. Donc, c'est toute cette approche du système de santé, de références qui est compliqué et qui change régulièrement. Donc, première étape : les aspects thérapeutiques, qui changent rapidement. Deuxième étape : tout le processus de système de soins. Je vous donne un exemple : en gastroentérologie, tu veux référer un patient en gastroentérologie, je veux dire, tu t'y prends comment pour trouver un gastroentérologue, en moins de six mois. C'est pas évident. En neurologie, c'est pareil. Je vous donne un exemple : j'ai un patient moi, un jeune qui a convulsé dans un parc. Il est à l'urgence, ils l'ont investigué, ils n'ont rien dit, ils l'ont envoyé se faire un É.É.G., il a fait un É.É.G., l'É.É.G a montré quelque chose, mais le neurologue ne lui a pas donné de suivi, il ne lui a pas donné de médicament, mais il lui a enlevé son permis de conduire. Donc moi le patient, il vient me voir comme médecin de famille, je suis son médecin de famille. Il me dit : « Je veux reprendre mon permis de conduire ». Il dit : « Je l'ai pas depuis deux mois ». Mais pourquoi il n'a plus de permis de conduire? Normalement il a convulsé, mais quand est-ce qu'on va pouvoir le retourner? Là, essaie de trouver un neurologue. Là c'est compliqué.

- **Donc ça serait la communication entre les médecins?**

RÉPONSE : Ce sont les liens dans le système de santé qui sont compliqués. Ce n'est pas simple et ça change tout le temps. Troisième élément qui change tout le temps, ça change souvent, un peu moins souvent que les thérapies, c'est tous les plans d'investigation : comment investiguer les patients. Il y a des nouveaux tests, tout ce qui est l'imagerie en locomoteur, l'échographie en locomoteur qui prend beaucoup de place. Peut-être que c'est bien meilleur ça, mais est-ce que c'est disponible? Quand? Comment?

- **Personnellement, quels sont les moyens que vous utilisez pour maintenir vos compétences?**

RÉPONSE : Je vais diviser les moyens entre ma compétence clinique et ma compétence pédagogique, parce que moi, ma tâche ici est plus pédagogique et administrative, et je fais une journée clinique où c'est plus clinique. Pour ce qui est de ma compétence pédagogique, c'est la révision des articles des revues scientifiques en pédagogie. Je lis les articles qui m'intéressent et qui sont liés à ce qui m'intéresse, puis je participe aux deux-trois plus grands congrès internationaux de pédagogie. C'est là que je vais chercher mon information.

- **Est-ce que vous avez une préférence pour certains types d'activités?**

RÉPONSE : Ça dépend de ce qu'ils offrent dans les colloques internationaux. Premièrement, ma compétence clinique, je vous dirais, ma principale source de (référence), c'est mes collègues, mes discussions dans le corridor avec mes collègues, ça c'est la principale. La deuxième, c'est les colloques, puis la troisième source, c'est mes lectures. C'est ce que je vous dirais.

- **Est-ce que ça vous arrive de choisir vos activités en fonction de vos besoins?**

RÉPONSE : Premièrement, mes besoins, c'est une bonne question, parce que la grande majorité des docteurs, et je fais partie de la majorité, on va plus selon nos intérêts que selon nos réels besoins. Je vais être honnête avec vous, je dis toujours la même affaire, mais moi en ménopause, je ne suis pas très fort. Je connais les principes, je ne suis pas bien fort, mais j'ai pas une grosse clientèle de ménopausées, puis ça ne m'intéresse pas plus qu'il faut. Par contre, je connais un docteur qui sait tout sur la ménopause et qui va à tous les congrès de ménopause. Moi je m'intéresse plus aux aspects rhumatologiques, je m'intéresse plus aux aspects locomoteurs, donc je participe (aux activités de DPC) par intérêt plus que par besoin. Mais je ne dis pas que je vais pas... je connais mes besoins, je connais mes faiblesses, puis parfois je vais, parfois, je vais aller les combler. Mais mes faiblesses sont tellement grandes qu'il faudrait que je sois dans les congrès tout le temps.

- **Donc vous êtes capable d'évaluer vos (compétences)...**

RÉPONSE : Je pense que je suis assez capable d'être critique face à ma compétence. Je pense.

- **Maintenant on va parler d'autres compétences qui sont reconnues par CanMeds. Je vous les énumère : Expertise médicale, communication, collaboration, gestion, promotion de la santé, érudition, professionnalisme. Quelles sont pour vous les plus importantes à maintenir et à améliorer?**

RÉPONSE: En général ou pour moi-même?

- **Pour vous.**

RÉPONSE : Pour moi-même, je vous dirais...je vais les reprendre une après l'autre. La communication, c'est ma force. Donc, oubliez ça, ça c'est ma force. Ça s'améliore. On peut toujours s'améliorer, mais ça c'est ma force. Professionnalisme, je suis extrêmement respectueux des patients, de mes collègues, et je pense que je suis un homme professionnel. J'ai peut-être des choses à améliorer, mais je suis assez correct aussi. La promotion de la santé, oui, ça je pourrais faire des efforts, parce que je ne crois pas toujours à tout ce qui est les lignes directrices sur la promotion de la santé. Moi je trouve que la vie est une maladie mortelle, et que tout le monde va mourir puis qu'il faut bien mourir de quelque chose un jour, alors moi de commencer à donner des traitements de prévention à des patients de 70 ans, voulez-vous me sacrer la paix! Donc, moi je suis un peu fataliste. Donc, je ne dis pas que je ne donne pas de la promotion de la santé, mais je pourrais améliorer ça, des conseils. Je ne connais pas toutes les lignes directrices. En érudition, j'aimerais écrire plus d'articles scientifiques, puis en collaborateur, je pense que ça je pourrais m'améliorer aussi. Je pense que je suis un bon collaborateur interprofessionnel, je pense que j'utilise bien les autres professionnels de la santé, mais je pourrais les utiliser encore mieux.

- **Ça serait intéressant (de savoir) de façon générale (quelles sont pour vous les plus importantes à maintenir et à améliorer)?**

RÉPONSE : Moi je pense que c'est du cas par cas. Je pense que, je vous donne un exemple : une des erreurs, c'est le professionnalisme, à mon avis. Un des éléments, c'est le professionnalisme. Moi quand je vois, je vous donne l'exemple de ma situation quand je vais à la clinique de Pace (maker). Moi j'ai un Pacemaker, et quand je vais à la clinique de pace et que 1) on m'appelle puis, on ne se présente pas, on me fait m'asseoir, on me fait toutes sortes d'interventions sans m'expliquer ce qu'on fait, puis qu'on me dit : « merci beaucoup, vous revenez dans six mois », sans me demander ce que j'en pense. On ne s'intéresse pas aux patients, on s'intéresse au Pace. Je pense que c'est inacceptable. Je pense que quand un professionnel de la santé interroge un patient, 1) il devrait se présenter. Puis à chaque fois, je demande toujours la même question : T'es qui toi? Non, mais il m'appelle, et je ne sais même pas c'est qui. Il interroge mon Pace, mais est-ce qu'il est docteur, infirmière, est-il technologue en Pace, il est qui lui? C'est la moindre des choses de se présenter. Je vous

dirais qu'actuellement, dans le système de santé québécois, ça c'est une catastrophe. Je pense que le système de santé a fait en sorte qu'on a perdu, que pas seulement les médecins, mais (aussi) les autres professionnels de la santé, et les autres préposés, on a perdu cette espèce de professionnalisme envers le patient. Le patient est un cas et n'est plus un humain. Mais je généralise peut-être, mais c'est un peu triste.

- **Selon vous, quelles sont les principales différences entre les programmes de DPC?**

RÉPONSE : Oui, je les connais bien. Premièrement, le Collège Royal et le Collège des médecins de famille, c'est un cumul d'activités créditées ou non créditées avec un nombre d'heures requis pour chaque programme, alors que celui de la FMOQ et celui du Collège des médecins du Québec, c'est plus l'approche réflexive. On ne s'intéresse pas au nombre d'heures. Moi je vous dirais, mais je pense que les deux autres programmes, le Collège des médecins de famille et le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada n'ont pas raison de faire uniquement un cumul d'heures. Par contre, ils ont raison de mettre l'emphase sur des activités de groupe, de les créditer, parce que c'est ça que les docteurs veulent. Ils ne veulent pas se faire écoeurer avec des approches réflexives à la Roger Ladouceur!

- **À quel programme adhérez-vous?**

RÉPONSE : Au Collège des médecins de famille du Canada.

- **Pourquoi?**

RÉPONSE : Parce que c'est simple. J'envoie le nombre de crédits par année. C'est tout. J'ai choisi ça 1) parce que j'étais déjà membre du Collège des médecins de famille. 2) parce que c'est simple. Mais ça ne veut pas dire que personnellement, je ne crois pas à l'approche réflexive. Je pense que c'est important. Je pense que je le fais, même si... en fait, je vais être honnête avec vous : comme beaucoup de docteurs, ce qui me barre, c'est la rédaction de ça, du document. Mais je pense que le Collège des médecins, c'est pas parce que j'utilise (le plan) du Collège des médecins de famille du Canada que je n'ai pas d'approche réflexive, parce que la dernière fois que je suis allé dans un colloque sur la rhumatologie, j'ai décidé d'y aller, parce que j'avais des questions spécifiques, j'avais des besoins spécifiques là-dessus, je suis allé poser des questions spécifiques là-dessus dans le colloque, j'ai eu mes réponses, ça m'a beaucoup été utile. Cette approche réflexive-là, même si je ne l'ai pas documentée, je n'ai pas à la documenter au Collège des médecins de famille, mais je l'avais pareil en arrière. Je n'ai pas eu à la documenter, alors que le Collège... si je prenais le plan de la FMOQ ou du Collège des médecins du Québec, il faudrait que je le documente.

- **Le plan de DPC a été adopté pour surveiller les compétences professionnelles. Est-ce que, d'après vous, c'est nécessaire d'adhérer à un programme ou un plan de DPC pour maintenir ses compétences?**

RÉPONSE : Oui. Je répète, c'est important de maintenir sa compétence, j'y crois. Je pense qu'il faut adhérer à un programme. Ça nous fouette, c'est bon d'être fouetté de temps en temps.

- **Est-ce qu'il y en aurait, parmi ces programmes, des plus efficaces que d'autres?**

RÉPONSE : Le plus efficace, c'est celui qui est le mieux adapté à soi. Est-ce qu'il y en a des meilleurs que d'autres, je ne pense pas.

- **Pensez-vous que les exigences du Collège des médecins sont suffisantes pour assurer le maintien des compétences?**

RÉPONSE : Non, là, je vais prendre mon chapeau de Collège, mais si j'étais le docteur moyen, je dirais : « C'est ben que trop! C'est fatigant tout ça, ça n'a pas de bon sens! La compétence, le Collège, de quoi il se mêle! ». Pour moi qui travaille au Collège, je pense que c'est pas suffisant. Je pense que ces programmes-là, que ce soit du Collège Royal ou le Collège des médecins de famille, ou le Collège des médecins, c'est essentiel comme outil

pour le médecin à maintenir ses compétences, mais ce n'est pas suffisant pour son mandat de protection du public. Je répète, c'est essentiel la formation continue, c'est essentiel ce plan-là, mais c'est pas suffisant comme rôle de protection du public. Ça prend plus que ça.

- **Ça prendrait quoi, par exemple? Est-ce qu'il y aurait un autre moyen? Est-ce que le plan de DPC c'est un bon moyen d'assurer (la compétence des médecins)?**

Rép : C'est un excellent moyen, c'est un outil, c'est un des outils parmi d'autres pour le maintien des compétences, pour s'assurer de la protection du public et de la compétence des médecins, mais je pense que tout ce qui est le processus d'évaluation de la qualité de l'acte dans les établissements, tous les processus d'évaluation des pratiques, faits par l'inspection professionnelle, je pense qu'on devrait faire plus encore d'évaluations de l'acte professionnel des médecins dans les cliniques, dans les cabinets, ce qui se fait très peu. Je pense que ça doit continuer.

- **Est-ce que vous pensez que le Collège des médecins devrait surveiller plus particulièrement l'exercice des médecins québécois qui n'ont pas de plan de DPC?**

RÉPONDRE : Je dirais oui. Parce que la littérature est claire : ceux qui n'ont pas de plan, ceux qui n'ont pas de formation continue... avoir de la formation continue ne garantit pas la compétence, pas de formation continue garantie de l'incompétence. La littérature est claire.

- **Est-ce que vous auriez d'autres commentaires, des opinions, des suggestions à propos du plan de DPC?**

RÉPONDRE : Je pense que le plan de DPC du Collège ou de la FMOQ, c'est une bonne idée, c'est toute l'approche réflexive sur réfléchir sur ta pratique, tout ça. Je pense que la difficulté des médecins actuellement, c'est de s'astreindre à documenter tout ça. La difficulté n'est pas dans l'objectif, qui est très louable en soi et que la majorité des médecins achètent, mais c'est plus en terme de documenter ça que les médecins ont bien de la difficulté.

Donc à écrire leur plan.

9.4. Annexe 5 – Journal de bord

Projet de recherche qualitative - Journal de bord					
Perception des médecins québécois					
à l'égard du plan de développement professionnel continu du Collège des médecins du Québec					
Quand?	Quoi?	Qui?	Où?	Pourquoi?	Décisions
Lundi 5 juillet 2010	Accueil de Stéphanie Robert, étudiante	Roger, Johanne, Stéphanie	CMQ	Accueillir Stéphanie; présenter le projet; parler de recherche qualitative; remettre documents à lire	
Mardi 6 juillet 2010	Réunion	Roger et Johanne	CMQ	Démo de QDA-Miner; revue du questionnaire révisé par Johanne (ajout de sous-questions de relance)	Il est convenu que les sous-questions ne seront pas systématiquement posées mais serviront de relance au besoin.
Mercredi 7 juillet 2010	Entrevue de pratique avec Dr A	Entrevue faite par Stéphanie, observée par Johanne	CMQ	Valider le questionnaire	Voir notes d'entrevue (cahier "Projets de recherche" de Johanne)

Projet de recherche qualitative - Journal de bord					
Perception des médecins québécois					
à l'égard du plan de développement professionnel continu du Collège des médecins du Québec					
Quand?	Quoi?	Qui?	Où?	Pourquoi?	Décisions
Jeudi 8 juillet 2010	Entrevue de pratique avec Dr B	Entrevue faite par Stéphanie, observée par Johanne	CMQ	Valider le questionnaire	Voir notes d'entrevue (cahier "Projets de recherche" de Johanne); - réviser le formulaire de consentement et sauvegarder en pdf; - c'est Stéphanie qui enverra à l'avance le formulaire de consentement au médecin immédiatement après l'avoir contacté pour prendre rendez-vous; - l'envoi sera fait par courriel, en format pdf; - le jour de l'entrevue, Stéphanie apportera des copies supplémentaires et procédera avec le médecin à la signature de deux copies du formulaire de consentement; - une copie signée du formulaire sera remise au médecin, Stéphanie rapportera l'autre copie qui sera conservée dans mon bureau.
à partir du 8 juillet 2010	Apprentissage de QDA-Miner	Johanne et Stéphanie	CMQ		
Vendredi 9 juillet 2010	Entrevue de pratique avec Dr C	Stéphanie	CMQ	Valider le questionnaire	

Projet de recherche qualitative - Journal de bord					
Perception des médecins québécois					
à l'égard du plan de développement professionnel continu du Collège des médecins du Québec					
Quand?	Quoi?	Qui?	Où?	Pourquoi?	Décisions
Mardi 13 juillet 2010	Entrevue avec Dr D	Stéphanie	Lieu X	Informateur clé	
14 au 20 juillet 2010	Codage des entrevues de pratique	Johanne et Stéphanie	CMQ	Définir le système de codage	
Mercredi 14 juillet 2010	Entrevue avec Dr E	Stéphanie	Lieu X	Informateur clé	
Jeudi 15 juillet 2010	Entrevue avec Dr F	Stéphanie	Lieu X	Informateur clé	
Lundi 19 juillet 2010	Entrevue avec Dr G	Stéphanie	Lieu X	Informateur clé	
Mardi 20 juillet 2010	Formation WordStat	Johanne	Université de Montréal	Logiciel de statistiques utilisé en combinaison avec QDA-Miner	Pas vraiment utile dans notre cas puisque ça sert surtout à faire du codage semi- automatisé ou automatisé sur de gros corpus de données.
Mardi 20 juillet 2010	Entrevue Dr. H	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Informateur clé	

Projet de recherche qualitative - Journal de bord

Perception des médecins québécois

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

Quand?	Quoi?	Qui?	Où?	Pourquoi?	Décisions
Mardi 20 juillet 2010	Réunion pour comparer les codes choisis par Johanne et Stéphanie	Johanne et Stéphanie	CMQ	Établir un consensus sur le système de codage pour pouvoir travailler en collaboration et calculer l'accord inter-juges.	Continuer la réunion demain.
Mardi 20 juillet 2010	Révision du questionnaire	Johanne et Stéphanie	CMQ	La question 2(b) sur le choix des activités de formation n'est pas très bien comprise.	Transformer la question pour demander plus précisément si la personne planifie à l'avance ses activités ou si celles-ci se présentent plutôt spontanément dans le cadre de sa pratique. Johanne fera l'ajustement au questionnaire (français et anglais).
Mercredi 21 juillet 2010	Deuxième réunion pour comparer les codes choisis par Johanne et Stéphanie	Johanne et Stéphanie	CMQ	Établir un consensus sur le système de codage pour pouvoir travailler en collaboration et calculer l'accord inter-juges.	Le système de codage sera un hybride des deux systèmes. Johanne va modifier le système de codage dans son fichier et appliquer la procédure qui rendra le fichier multi-usagers.
Mercredi 21 juillet 2010	Réunion pour présenter le système de codes à Roger.	Johanne, Stéphanie et Roger	CMQ	Obtenir l'avis et l'approbation de Roger sur le système de codes et planifier le travail de Stéphanie pour les deux prochaines semaines (vacances Johanne et	Roger a proposé quelques modifications au système de codage, elles seront intégrées au fichier. Roger va faire un blitz d'appels pour joindre plusieurs médecins que Stéphanie pourra contacter et interviewer au cours des prochaines semaines.

Projet de recherche qualitative - Journal de bord

Perception des médecins québécois

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

Quand?	Quoi?	Qui?	Où?	Pourquoi?	Décisions
				Roger).	
Jeudi 22 juillet 2010	Entrevue avec Dr. I	Stéphanie	Lieu X	Informateur clé	
Lundi 26 juillet 2010	Entrevue avec Dr J	Stéphanie	Lieu X	Boule de neige	
Jeudi 29 juillet 2010	Entrevue avec Dr K	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Informateur clé	
Vendredi 30 juillet 2010	Entrevue avec Dr L	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Informateur clé	
Mardi 3 août 2010	Entrevue avec Dr M	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Informateur clé	
Mercredi 4 août 2010	Entrevue avec Dr N	Stéphanie	Lieu X	Informateur clé	
Jeudi 5 août 2010	Entrevue avec Dr O	Stéphanie	Lieu X	Cas négatif	

Projet de recherche qualitative - Journal de bord					
Perception des médecins québécois					
à l'égard du plan de développement professionnel continu du Collège des médecins du Québec					
Quand?	Quoi?	Qui?	Où?	Pourquoi?	Décisions
Vendredi 6 août 2010	Entrevue avec Dr P	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Boule de neige	
Mardi 10 août 2010	Révision du système de codage	Johanne et Stéphanie	CMQ	Les dernières entrevues ont amené des "idées nouvelles" qui ne pouvaient être associées à aucun code existant. De plus, certains codes portaient à confusion ou étaient trop englobants.	Ajout de codes et révision de certains codes existants à la lumière des dernières entrevues.
Mercredi 11 août 2010	Entrevue avec Dr Q	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Boule de neige	
Jeudi 12 août 2010	Entrevue avec Dr R	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Informateur clé	
Jeudi 12 août 2010	Entrevue avec Dr S	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Boule de neige	
Jeudi 12 août 2010	Réunion d'équipe	Johanne, Stéphanie et Roger	CMQ	Faire le bilan des entrevues déjà réalisées, présenter à Roger le système de codage révisé et discuter des	Stéphanie et Johanne vont continuer de coder les entrevues, Roger va les lire seulement. Chacun va tenter de formuler des propositions préliminaires. Échantillon: si les médecins sollicités par Roger

Projet de recherche qualitative - Journal de bord

Perception des médecins québécois

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

Quand?	Quoi?	Qui?	Où?	Pourquoi?	Décisions
				prochaines étapes, dont la formulation de propositions préliminaires.	acceptent de participer, pas besoin d'en recruter d'autres.
Vendredi 13 août	Entrevue avec Dr T	Stéphanie	Lieu X	Cas négatif	
Lundi 16 août 2010	Entrevue avec Dr U	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Cas négatif	
Lundi 16 août 2010	Entrevue avec Dr V	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Informateur clé	
Lundi 16 août 2010	Entrevue avec Dr W	Stéphanie	Lieu X	Boule de neige	
Mardi 17 août 2010	Entrevue avec Dr X	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Boule de neige	
Mercredi 18 août 2010	Entrevue avec Dr Y	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Cas négatif	
Mercredi 18 août 2010	Entrevue avec Dr Z	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Cas négatif	

Projet de recherche qualitative - Journal de bord					
Perception des médecins québécois					
à l'égard du plan de développement professionnel continu du Collège des médecins du Québec					
Quand?	Quoi?	Qui?	Où?	Pourquoi?	Décisions
Mercredi 18 août 2010	Entrevue avec Dr AA	Stéphanie	CMQ (par téléphone)	Cas négatif	
Mardi 24 août 2010	Entrevue avec Dr BB	Stéphanie	Lieu X	Boule de neige	
À déterminer	Entrevue avec Dr CC	Stéphanie	Lieu X	Boule de neige	
Mardi 24 août 2010	Entrevue avec Dr DD	Stéphanie	CMQ (en personne)	Cas opportuniste	
Mercredi 25 août 2010	Réunion d'équipe	Johanne, Stéphanie et Roger	CMQ	Faire le bilan final des entrevues réalisées, discuter des premières propositions préliminaires et planifier les prochaines étapes.	Ajouter dans QDA Miner le "type de cas" comme variable d'analyse (informateur clé, boule de neige, négatif, opportuniste). Continuer la codification et la formulation de propositions préliminaires. Relire les articles sur les critères de qualité en recherche qualitative en prévision de la rédaction des articles.
Jeudi 2 septembre 2010	Réunion d'équipe	Johanne, Stéphanie et Roger	CMQ	Faire le bilan final du projet avant le départ de Stéphanie et planifier les prochaines étapes.	Avant son départ, Stéphanie fera une analyse des suggestions faites par les médecins. Roger et Johanne continueront de rédiger des propositions préliminaires. Johanne terminera la codification des entrevues. Roger ne fera pas de

Projet de recherche qualitative - Journal de bord					
Perception des médecins québécois					
à l'égard du plan de développement professionnel continu du Collège des médecins du Québec					
Quand?	Quoi?	Qui?	Où?	Pourquoi?	Décisions
Mercredi 17 novembre 2010	Réunion d'équipe	Johanne et Roger	CMQ	Planification du travail pour la rédaction du rapport interne au CMQ. Johanne montre à Roger le plan de rapport et les sections qu'elle a commencé à écrire, notamment la section Méthodes.	codification, il lira les entrevues. On convient que Roger va entrer les références dans EndNotes et formater les références dans le rapport pour que le lien se fasse automatiquement avec EndNotes. Roger va aussi commencer à écrire la section Introduction.
Mardi 23 novembre 2010	Réunion d'équipe	Johanne et Roger	CMQ	Planification de l'étape d'analyse des résultats. Johanne propose à Roger une stratégie d'analyse par code.	Pour la semaine prochaine, Johanne et Roger vont analyser les segments de texte associés aux 5 premiers codes en essayant de formuler, chacun de leur côté, une ou deux phrases résumant les propos des participants à l'étude. On comparera nos phrases la semaine prochaine en vue d'arriver à un consensus sur les conclusions à tirer en regard de chacun des thèmes. Ces conclusions seront intégrées dans les sections Résultats et Discussion du rapport.

Projet de recherche qualitative - Journal de bord

Perception des médecins québécois

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

Quand?	Quoi?	Qui?	Où?	Pourquoi?	Décisions
Mercredi 1er décembre 2010	Réunion d'équipe	Johanne et Roger	CMQ	Discussion des premiers résultats de l'analyse par code. Johanne a analysé les 5 premiers codes de la catégorie "Maintien des compétences--Nécessité/Difficulté/Obstacles" et propose une synthèse pour chacun des codes, avec au moins un verbatim pour appuyer chaque synthèse de code.	Pour la semaine prochaine, Johanne va continuer l'analyse par code (catégorie "Maintien des compétences") et Roger va analyser les codes de la catégorie "Plan-DPC-CMQ". Johanne va aussi continuer à rédiger la section "Méthodes" du rapport.
Mercredi 8 décembre 2010	Réunion d'équipe	Johanne et Roger	CMQ	Discussion des résultats de l'analyse par code. Roger a commencé à analyser les codes de la catégorie "Plan-DPC-CMQ". Johanne a continué de rédiger la section "Méthodes" du rapport. Roger a aussi intégré au rapport plusieurs références avec EndNote.	Pour la semaine prochaine, Johanne va continuer l'analyse par code (catégorie "Maintien des compétences") et Roger va continuer l'analyse des codes de la catégorie "Plan-DPC-CMQ". Johanne va aussi continuer à rédiger la section "Méthodes" du rapport et Roger va continuer à intégrer les références via EndNote.

Projet de recherche qualitative - Journal de bord

Perception des médecins québécois

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

Quand?	Quoi?	Qui?	Où?	Pourquoi?	Décisions
Mercredi 15 décembre 2010	Réunion d'équipe	Johanne et Roger	CMQ	Discussion des résultats de l'analyse par code. Roger a continué à analyser les codes de la catégorie "Plan-DPC-CMQ". Johanne a continué de rédiger la section "Méthodes" du rapport. Roger a aussi intégré au rapport plusieurs références avec EndNote.	On a décidé de recoder certains segments pour distinguer les opinions favorables et défavorables qui étaient codées dans la même catégorie. Par exemple, le code "Nécessité du plan de DPC" a été scindé en 2 codes : "Favorable à la nécessité du plan de DPC" et "Défavorable à la nécessité du plan de DPC". Pour la semaine prochaine, Johanne va continuer de rédiger la section "Méthodes", d'analyser les codes de la catégorie "Maintien des compétences", réviser les références dans sa section et scinder certains codes dans QDA-Miner pour faciliter l'analyse. Roger va continuer l'analyse des codes dans la catégorie "Plan-DPC-CMQ".
Roger : Roger Ladouceur, chercheur principal Johanne : Johanne Thiffault, agente de recherche Stéphanie : Stéphanie Robert, assistante de recherche					
				12	Entrevue au lieu de travail du médecin
				14	Entrevue téléphonique
				4	Entrevue au CMQ (incluant les 3 entrevues de pratique)

9.5. Annexe 6 – Exemples de propositions préliminaires

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

Propositions préliminaires

No	Date	Proposition	Cas qui CONFIRMENT la proposition	Cas NUANCÉS	Cas qui CONTREDISENT la proposition
1	10 août 2010	Les omnipraticiens trouvent que c'est plus difficile pour eux de maintenir leurs compétences, parce que leurs champs de pratique sont plus variés.	PRAT1, PRAT2, ID905, ID587, ID741, ID103, ID439, ID964	ID886, ID045	
2	11 août 2010	L'approche réflexive est plus exigeante parce qu'elle oblige à réfléchir au lieu de juste accumuler un certain nombre de crédits; la réflexion demande plus d'effort et de temps.	PRAT2, ID788, ID832, ID227, ID145, PRAT3	ID408, ID905, ID741	ID670, ID933
3	19 août 2010	Pour les médecins en général, omni ou spécialistes, le principal obstacle au maintien des compétences est le manque de temps.	PRAT1, ID408, ID219, ID905, ID788, ID832, ID741, ID670, ID103, ID145		

Propositions préliminaires

No	Date	Proposition	Cas qui CONFIRMENT la proposition	Cas NUANCÉS	Cas qui CONTREDISENT la proposition
4	19 août 2010	Pour les médecins en général, omni ou spécialistes, le deuxième obstacle au maintien des compétences est la rapidité des progrès scientifiques en médecine.	PRAT1, ID219, ID905, ID832, ID103		
5	19 août 2010	Le moyen préféré de la plupart des médecins pour maintenir leurs compétences est d'assister à des conférences, à cause de l'opportunité d'échanger avec d'autres médecins et professionnels de la santé. Par contre, dans certaines conférences, ce ne sont pas tous les sujets qui sont intéressants ou pertinents, donc ce n'est pas nécessairement le moyen le plus optimal. En général, les conférences régionales ou locales sont plus pertinentes, mieux adaptées aux besoins.	ID103, ID408, ID219, ID832, ID670, ID098, ID816, ID964		
6	19 août, 2010	Plusieurs médecins reconnaissent que l'obligation d'avoir un plan de DPC les force à réfléchir sur leurs besoins de formation continue et sur l'impact dans leur pratique de tous les jours.	ID103, ID905, ID788, ID832, ID670, ID964, ID136	PRAT1, ID587, ID741,	ID933
7	25 août 2010	Tous les médecins sont d'accord sur la nécessité de maintenir ses compétences, mais ils trouvent ça contraignant de devoir remplir de la paperasse ou des formulaires électroniques pour planifier, répertorier et justifier leurs activités de DPC.	ID399, ID886, ID964, ID027, ID933, ID587, ID027, PRAT3	ID905, ID741	

Propositions préliminaires

No	Date	Proposition	Cas qui CONFIRMENT la proposition	Cas NUANCÉS	Cas qui CONTREDISENT la proposition
8	25 août 2010	Avec les plans d'autogestion, comme les activités de DPC ne sont pas soumises à un système d'accréditation, leur qualité peut être très variable.	ID670, ID355		
9	25 août 2010	En théorie , l'approche réflexive devrait être plus efficace pour le maintien des compétences parce qu'elle oblige à réfléchir sur les besoins, les objectifs, l'impact sur la pratique, etc. En pratique , si la réflexion n'est pas sincère et qu'elle est faite après coup, juste pour remplir les exigences, ce n'est pas mieux qu'une approche par crédits sans démarche réflexive.	ID408, ID741, ID399, ID933		
10	8 septembre 2010	Les plans de DPC qui sont basés sur une accumulation de crédits ont l'avantage de fournir une mesure objective des efforts fournis par les médecins en matière de maintien et de développement.	ID399		ID886
11	8 septembre 2010	Le CMQ n'aurait pas dû créer son propre plan, il y avait déjà assez de plans pour répondre à tous les besoins des médecins et le plan d'autogestion du CMQ n'apporte rien de nouveau, il est calqué sur les autres plans, en particulier celui du Collège Royal.	ID399		

Propositions préliminaires

No	Date	Proposition	Cas qui CONFIRMENT la proposition	Cas NUANCÉS	Cas qui CONTREDISENT la proposition
12	8 septembre 2010	La plupart des médecins ne croient pas que la recertification représente une alternative au plan de DPC pour assurer le maintien des compétences.	ID399, ID227	ID045	
13	8 septembre 2010	On est d'accord avec le fait que le CMQ exerce un certain contrôle sur le maintien des compétences des médecins, mais on n'est pas d'accord avec la façon dont le plan de DPC a été présenté ni avec le fait qu'il prenne les médecins pour des enfants.	ID886, ID439, ID227, ID145, ID723, ID027		
14	8 septembre 2010	L'exercice d'évaluation des besoins en vue de mieux planifier son DPC est un exercice difficile à faire, ça oblige à avouer "publiquement" ses faiblesses et en plus, même après avoir bien identifié ses besoins de formation, il est souvent difficile de trouver des activités qui répondent à ces besoins parce qu'elles ne sont pas centralisées. Il faut chercher partout sur Internet, sur les sites des universités, sur ceux des associations médicales, etc.	ID886, ID227		ID227

Propositions préliminaires

No	Date	Proposition	Cas qui CONFIRMENT la proposition	Cas NUANCÉS	Cas qui CONTREDISENT la proposition
15	8 septembre, 2010	L'adhésion à un plan de DPC n'est pas une garantie de maintien des compétences et à l'inverse, le fait qu'un médecin n'adhère pas à un plan de DPC ne veut pas dire qu'il ne maintient pas ses compétences. À cause de cela, les avis sont partagés sur la nécessité pour le CMQ de surveiller plus étroitement les médecins qui n'ont pas de plan de DPC. C'est le maintien des compétences qu'on devrait mesurer (comment?), pas l'adhésion à un plan de DPC.	ID439, ID098, ID816, ID145, ID964, ID316, ID723, ID045, ID027, ID933		
16	8 septembre, 2010	Les plans de DPC qui sont basés sur une accumulation de crédits peuvent avoir un effet pervers si les médecins accumulent des crédits juste pour répondre aux exigences, sans que ça réponde à leurs besoins.	ID227, ID098, ID045, PRAT3	ID552	ID933
17	8 septembre, 2010	Les avis sont partagés à l'égard de la clause "grand-père" qui ferait en sorte que les médecins plus âgés auraient moins d'obligations en matière de DPC. Même si on reconnaît que ce sont les médecins plus âgés qu'on devrait "surveiller" davantage, surtout si les facultés dont ils ont besoin pour exercer la médecine commencent à faiblir (ex.: un chirurgien qui tremble, un radiologiste qui a des cataractes), on reconnaît aussi qu'il peut être plus difficile pour eux de répondre aux exigences d'un plan de DPC.	ID723, ID045, ID933		

Propositions préliminaires

No	Date	Proposition	Cas qui CONFIRMENT la proposition	Cas NUANCÉS	Cas qui CONTREDISENT la proposition
18	9 septembre, 2010	Le maintien des compétences est plus difficile pour les médecins qui ne travaillent pas en établissement parce qu'ils ont moins d'opportunités de formation dans leur milieu de travail (ex.: midi-conférences).	ID816, ID027, ID136, ID933, ID552		
		La plupart des médecins qui sont membres du Collège Royal (spécialistes) ou de la FMOQ (omnipraticiens) adhèrent au plan de DPC de leur association respective, la principale raison étant qu'ils paient déjà			