

## Questionnaire aux résidents sur les PABP 2016-2017

### CUMF REGROUPÉES

Taux de réponse : 105/162 = 65 %

#### Q1 - SVP Indiquer votre milieu

#	Réponse	%	Compte
1	UMF Verdun	6.67%	7
2	UMF St-Hubert	3.81%	4
3	UMF Cité de la Santé	6.67%	7
4	UMF du Marigot	2.86%	3
5	UMF Maisonneuve-Rosemont	6.67%	7
6	UMF Notre-Dame	9.52%	10
7	UMF des Faubourgs	4.76%	5
8	UMF Sacré-Coeur	3.81%	4
9	UMF Bordeaux-Cartierville	8.57%	9
10	UMF St-Eustache	1.90%	2
11	UMF Sud de Lanaudière	9.52%	10
12	UMF Amos	2.86%	3
13	UMF Mont-Laurier	6.67%	7
14	UMF Maria	6.67%	7
15	UMF La Sarre	0.95%	1
16	UMF Trois-Rivières	9.52%	10
17	UMF Shawinigan	6.67%	7
18	UMF St-Jérôme	1.90%	2
	Total	100%	105

**Q2 - À la fin des ateliers PABP, les objectifs d'apprentissage définis au début du module étaient-ils atteints?**

#	Réponse	%	Compte
1	Jamais	0.00%	0
2	Rarement	1.90%	2
3	Occasionnellement	22.86%	24
4	Très souvent	67.62%	71
5	Toujours	7.62%	8
	Total	100%	105

**Q2a) - Si vous avez répondu JAMAIS ou RAREMENT, veuillez nous indiquer les raisons:**

Si vous avez répondu JAMAIS ou RAREMENT, veuillez nous indiquer les raisons...

On ne définissait pas d'objectif avant le PABP

Objectifs parfois non-énoncés en début de PABP

Désorganisation des rencontres. Mauvaise structure des ateliers.

Désorganisation des rencontres Mauvaise structure

Souvent trop vieux et plus à jour. Ressources restreintes.

**Q3 - À la fin des ateliers PABP, avez-vous identifié des changements à mettre en application?**

#	Réponse	%	Compte
1	Oui	95.24%	100
2	Non	4.76%	5
	Total	100%	105

### Q3a) - Si vous avez répondu NON, veuillez nous indiquer les raisons:

Si vous avez répondu NON, veuillez nous indiquer les raisons:

Mais pas toujours

Documents pas à jour, parfois non pertinent. Ont toujours été utilisé que partiellement car nécessitait beaucoup d'ajout de la part du résident responsable de l'activité

Les PABP ne sont souvent pas à jour.

Les pgbp ne sont pour la plupart pas à jour

Souvent la théorie est déjà connu et peu de changement semble nécessaire

À l'occasion selon le PABP. Indique souvent des choses erronés, difficile de choisir les bonnes recommandations sans faire une vérification avec d'autres ressources.

Mais les changements venaient de la révision de la littérature, plutôt que du contenu du PABP lui-même, car les version en français sont souvent dépassées.

### Q3b) - Si vous avez répondu OUI, avez-vous mis en application ces changements par la suite?

#	Réponse	%	Compte
1	Jamais	0.00%	0
2	Rarement	0.00%	0
3	Occasionnellement	70.30%	71
4	Très souvent	28.71%	29
5	Toujours	0.99%	1
	Total	100%	101

### Q3c) - Si vous avez répondu JAMAIS ou RAREMENT, veuillez nous indiquer les raisons:

Si vous avez répondu JAMAIS ou RAREMENT, veuillez nous indiquer les raisons...

Parfois passé date ou pas en accord avec les guidelines actuelles ou bien non-applicable avec les pratiques dans la région (ex utilisation cesamet en douleur chronique)

parfois pas suffisamment de recul et de patients vus avec cette problématique avant la prochaine évaluation de la mise en place du PABP

#### Q4 - Les ateliers PABP ont-ils stimulé votre réflexion sur votre propre apprentissage?

#	Réponse	%	Compte
1	Jamais	1.90%	2
2	Rarement	11.43%	12
3	Occasionnellement	39.05%	41
4	Très souvent	47.62%	50
5	Toujours	0.00%	0
	Total	100%	105

#### Q5 - Les ateliers PABP ont-ils stimulé votre réflexion sur vos pratiques cliniques?

#	Réponse	%	Compte
1	Jamais	0.00%	0
2	Rarement	7.62%	8
3	Occasionnellement	37.14%	39
4	Très souvent	53.33%	56
5	Toujours	1.90%	2
	Total	100%	105

**Q6 - Les activités réalisées dans les PABP (mise à jour des lignes directrices par un résident désigné, présentation des lignes directrices par le résident désigné, discussions entre pairs et facilitateurs), vous permettraient-elles de mettre à jour vos connaissances sur les sujets abordés?**

#	Réponse	%	Compte
1	Jamais	0.00%	0
2	Rarement	7.62%	8
3	Occasionnellement	32.38%	34
4	Très souvent	49.52%	52
5	Toujours	10.48%	11
	Total	100%	105

**Q7 - Dans l'ensemble, les discussions de cas des PABP vous ont-elles permis d'approprier la gestion de l'incertitude?**

#	Réponse	%	Compte
1	Pas du tout	5.71%	6
2	Un peu	15.24%	16
3	Moyennement	49.52%	52
4	Beaucoup	29.52%	31
5	Énormément	0.00%	0
	Total	100%	105

**Q8 - Les activités réalisées durant les PABP vous ont-elles permis d'acquérir des outils pour devenir des apprenants autonomes?**

#	Réponse	%	Compte
1	Pas du tout	3.81%	4
2	Un peu	13.33%	14
3	Moyennement	41.90%	44
4	Beaucoup	37.14%	39
5	Énormément	3.81%	4
	Total	100%	105

**Q9 - Sur une échelle de 10 (où 0 correspond à « complètement insatisfait » et 10 correspond à « complètement satisfait », veuillez indiquer votre niveau de satisfaction global à l'égard de la méthode PABP.**

#	Réponse	%	Compte
0	0	1.90%	2
1	1	2.86%	3
2	2	1.90%	2
3	3	9.52%	10
4	4	8.57%	9
5	5	14.29%	15
6	6	15.24%	16
7	7	20.95%	22
8	8	17.14%	18
9	9	6.67%	7
10	10	0.95%	1
	Total	100%	105

## Q10 - Prévoyez-vous utiliser cette méthode dans votre plan de développement professionnel continu comme médecin?

#	Réponse	%	Compte
1	Oui	37.14%	39
2	Non	62.86%	66
	Total	100%	105

## Q11 - Les sujets présentés sont-ils pertinents pour la pratique de la médecine de famille?

#	Réponse	%	Compte
1	Oui	98.10%	103
2	Non	1.90%	2
	Total	100%	105

## Q12 - Avez-vous des suggestions pour améliorer le déroulement de ces ateliers?

Avez-vous des suggestions pour améliorer le déroulement de ces ateliers?

PABP à jour

Avoir du contenu plus à jour. Éviter de nous faire remplir questionnaires après questionnaires à savoir ce que ça nous apporte, et mettre plus d'énergie sur le contenu.

Quelques sujets étaient soit pas pertinents pour abordé tout un PABP soit était trop large pour être couvert avec un seul PABP (Obésité chez l'enfant vs NACO)

À mon avis, les PABP devraient être introduits au cours de la deuxième année de résidence. Je trouve les DCC de l'Université Laval plus adaptés au niveau de connaissances et aux besoins d'apprentissage des résidents, étant moins parcellaires et plus complets. Beaucoup de résidents utilisent les DCC pour étudier leurs examens finaux plutôt que les PGBP, ce qui est un indice de l'importance accordée à chacun. Je suis d'avis qu'une introduction aux PGBP au début ou à la moitié de la 2e année de résidence permettrait de mettre en pratique un outil de formation continue puissant pour notre pratique future, mais que leur introduction tôt dans la résidence ne permet pas une réelle revue exhaustive des pathologies couvertes. Je perçois qu'on tente de donner aux PGBP un rôle de revue clinique qu'ils n'ont pas à mon avis: ils sont plutôt un outil efficace de mise à jour et de discussion pratique.

Le fait d'avoir des PGBP à jour aideraient très certainement à ce que ce type d'activité soit beaucoup plus pertinente. Personnellement, le fait que les PGBP étaient rarement à jour diminuait énormément mon intérêt pour ces activités. Je trouvais plus pertinents d'écouter les dernières mises à jour par le résident; cependant j'aimerais beaucoup mieux

avoir un PGBP bien fait et à jour afin de le conserver dans mes documents pour pouvoir m'y référer plus tard. S'ils ne sont pas à jour, je crois que d'autres activités pourraient être plus intéressantes. Je ne sais pas non plus s'il serait possible de se fusionner avec l'Université Laval qui a des DCC qui sont mis à jour presque chaque année (et pour avoir eu accès à certains DCC, ils sont beaucoup mieux fait que les PGBP).

---

Mettre à jour les PABP qui sont à plus de 10 ans de vieux.

---

des fois il y avait des sujets qui n'étaient à jour. Aussi il y avait des sujets trop compliqués pour être abordés comme obésité dans l'enfance ou calcium. Peut être que pour ça ça vaut la peine des choses plus pratiques

---

Donner une latitude un peu plus grande au niveau des sujets optionnels des PABP

---

Personnellement, je trouve les PABP difficiles à structurer et à rendre efficace. Souvent beaucoup de travail à lire un document qui n'est plus à jour. Beaucoup, de difficulté à organiser mes idées et à me rappeler des conclusions tirées pendant ces ateliers car les teaching points sont abordés mais pas nécessairement abordé dans un ordre logique favorisant la rétention. À la fin, on a pas un seul document utile et facile à se référer en cas de question ou pour l'étude.

---

PABP pas à jour et cas présentés souvent peu pertinents.

---

Rendre cela plus convivial avec des déjeuners Les ateliers les plus appréciés étaient des formats de discussion (bon équilibre entre théorie et discussions de cas)

---

Fournir des pabp à jour Faire remplir des questionnaires post plus pertinents

---

Insister à ce qu'ils soient donnés de façon conforme (bien trop souvent donné comme un cours magistral d'une heure...)

---

Les nouveaux PGBP sont un peu mieux faits. Cependant, en général, j'estime que les documents d'enseignements de l'Université Laval (les DCC) sont beaucoup plus complets et utiles à notre niveau de formation. Le contenu théorique y est beaucoup plus riche et complet, contrairement au PGBP où nous devons souvent tout rechercher quand même (souvent dans le DCC de l'université Laval!).

---

Les sujets sont parfois pertinents, surtout lorsqu'il s'agit de sujet de médecine touchant l'aspect physique (moins psychologique)

---

La méthode pabp n'a que très peu apporté à ma formation médicale en médecine de famille. Le cadre suggéré par cette méthode, sur une base théorique intéressante, est peu stimulante et ne forme pas bien les résidents à leur examen de résidence et leur pratique. PABP souvent désuet ou en retard sur les guides pratiques. Les résidents doivent tout simplement créer une nouvelle présentation afin de rendre le cours plus intéressant et pertinent.

---

Choisir plus de PABP médicaux et moins de psychosociaux. Donner accès au DCC de Laval car beaucoup plus complet. Ce que j'ai particulièrement apprécié, c'était les présentations des résidents qui avaient fait leur propre recherche, revue des guidelines car les pgbp étaient soit trop vieux ou pas assez détaillés.

---

Changer de moyen de formation

---

Mettre les articles à jour. Beaucoup d'effort mis en place par notre UMF afin de rendre nos mardis académiques plus intéressants et plus interactifs avec les PABP ce qui est très apprécié!

---

La méthode elle-même n'est pas mauvaise, loin de là. Pourtant, souvent, nous avons de belles grandes discussions philosophiques pendant 3h sans toujours arriver à obtenir de nouvelles connaissances concrètes au bout du compte. Je juge qu'au point où nous sommes rendus dans notre apprentissage, nous avons encore besoin de savoir théorique, d'exposition aux spécialistes et omnipraticiens qui savent ce dont ils parlent, et que cette méthode d'enseignement - bien qu'elle stimule une réflexion - nous enlève surtout du temps pour étudier et apprendre la base que nous ne maîtrisons même pas encore... La méthode est adéquate, mais à mon avis, elle serait plus profitable comme patron que comme étudiant, nous avons encore trop à apprendre en 2 courtes années pour passer autant de temps à tergiverser sans concrètement en tirer de savoir applicable.

---

Souvent les documents étaient complètement dépassés et c'était une véritable perte de temps de les lire. La qualité de la présentation par le résident variait énormément. C'est contre-productif de laisser certaines questions en suspens pour y répondre au prochain PABP.



Rien à ajouter.

---

Il serait plus que pertinent de réviser COMPLÈTEMENT la méthode d'apprentissage des PABP. Les sujets sont parfois beaucoup trop psychosociaux et non médicaux. Ils devraient être calqués sur les objectifs de l'examen final du CMFC et ainsi les couvrir en entier afin d'avoir la meilleure préparation qu'y soit. La durée allouée à chaque PABP est trop longue. L'ensemble des objectifs du CMFC devrait être séparés durant les 2 années de résidence. Chaque séance devrait couvrir de 2 à 4 objectifs, et donc durer environ 45 à 75 minutes par objectifs avec une application à des vignettes cliniques semblables à ceux présentés à l'examen écrit du CMFC. De cette façon, il pourrait rester du temps pour avoir plus de cours donné par des experts sur d'autres sujets non couverts ou encore des quelques ateliers réservés aux ressources communautaires ou psychosociaux, permettant ainsi d'inverser le ratio médecin:psychosocial qui favorise actuellement le psychosocial.

---

Je n'ai pas aimé la formule du PABP du tout. Je considère que c'est une façon inefficace de nous préparer aux examens. L'accent y est encore une fois mis sur les expériences personnelles et le savoir être, mais je suis convaincue qu'en médecine familiale, il faut également avoir des connaissances développées sur de multiples sujets. Pour moi, l'enseignement des PABP est insuffisant. On ne fait que parler d'expériences personnelles et de cas vécus plutôt que de réellement mettre à jour nos connaissances. Les patrons qui chapeautent les PABP ont souvent très peu de connaissances et on dirait même qu'ils ne se sont pas préparés avant de venir. Les PABP ne couvrent pas l'ensemble des objectifs d'évaluation du CMFC et ne sont pas une bonne façon de nous préparer pour les examens, ni pour la pratique future à mon sens. Plusieurs ne sont pas à jour. Bref, je n'ai pas du tout aimé la formule et je n'en ressort rien de positif. J'aurais beaucoup plus apprécié recevoir des cours de qualité qui répondent aux objectifs du CMFC.

---

Reprendre les notions abordées dans le PABP en le présentant à partir de la structure des objectifs spécifiques à la résidence en MD familiale (livre rouge d'objectifs). Utiliser d'emblée les outils que les étudiants utilisent déjà pour étudier ; up2date/dynamed/ DCC /guides pratiques québécois+ canadien etc.

---

Atelier supposé être basé sur la pratique.. or nous n'avons pas encore de pratique suffisamment étendue.. Plutôt avoir un programme de mise à jour des connaissances sur certains sujets cliniques, lecture critique, révision de guidelines.. bref ce qui sort dans les publications actuelles

---

La Méthode PABP est souvent jumelée à des cours, discussion, quizz à mon UMF et j'ai noté que je me rappelais plus et plus longtemps des apprentissages faits à ce moment. Ma forte appréciation des PABP est grandement influencée par ces cours associés

---

Mieux détailler le cadre des activités et le temps approximatif alloué à chacune des portions, car facile de s'engager dans la théorie... et facile de ne pas parler de cas. Que les modules soient plus à jour et plus complets, car souvent ne font qu'effleurer certains sujets ou tx.

---

A cause de la rapidité de la mise à jour des guidelines, tous les résidents trouvent énormément frustrant de devoir lire quelque chose de "passé date" pour ensuite se faire dire les mises à jour. Pourquoi ne pas lire tout de suite les dernières mises à jour sur un sujet et échanger sur nos cas vus? Ce serait plus simple et plus approprié. Nous suggérons aussi d'avoir les présentations de cas des patrons, pour voir ce que ceux-ci font et s'ils respectent les guidelines et pourquoi, car souvent nous n'avons pas encore vu de cas pour pouvoir discuter. Le patron pourrait exposer ses cas, et en groupe, nous déciderions comment l'aborder. Le patron pourrait ensuite dire ce qu'il a réellement fait et nous vérifierions avec les guidelines si c'était adéquat.

---

Faire donner des cours pas des médecins spécialistes en la matière et non pas des résidents seraient beaucoup plus intéressants. Nous devons lire des textes non mis à jour pour qu'ensuite un résident ayant lu quelques lignes directrices nous réexpliquent les mises à jour dans le domaine. Je trouve cela une perte de temps et aberrant même. J'apprenais peu dans ses cours, surtout qu'ils étaient après notre clinique le soir donc avec un cerveau peu ouvert à l'apprentissage puisqu'il était fatigué, un jeudi soir. Les DCC de l'Université Laval sont beaucoup mieux conçus et plus à jour.

---

Mettre à jour régulièrement les PABP s'il vous plaît pour éviter d'apprendre quelque chose écrit dans le PABP qu'on doit désapprendre le lendemain à la discussion en groupe

---

Sujets + communs pour les résidents (pour qu'on ait plus de cas à discuter) Sujets qui font partie des 99 sujets d'examen du CMFC

insister sur le fait que tous les résidents doivent lire et se préparer avant la séance présentation ppt du résident animateur à éliminer selon moi (les autres résident s'y fie beaucoup et se prépare donc moins)

Éviter les ateliers avec des PGBP présentant de l'informations non à jour et privilégier les lignes directrices plus actuelles.

Les questions à répondre lors de la rétroactions sont un peu redondantes et pourraient être modifiées.

Une mise à jour globale s'impose.

non

Mise à jour des PABP Souvent différents des nouveaux guidelines

Orienter plus vers une presentation faite par resident responsable plutot que discussion car souvent nous n'avons pas beaucoup de cas dans nos bureaux afin d'alimenter une discussion prolongee

Améliorer la structure des rencontres via une présentation.

Présentation powerpoint pa résident désigné

Améliorer l'organisation des rencontres par une présentation au lieu d'une discussion

Faire présentation associée?

Avoir un responsable qui créer un PowerPoint ou une feuille résumé des points clés et à jour des sujets des PABG

Avoir une façon de s'assurer que les questions en fin d'activité seront facilement répondues pour le retour lors de la prochaine séance. Conseil: penser à une banque de spécialiste qu'on pourrait contacter par courriel pour poser la question facilement.

Éviter de choisir des PABP désuets, car la mise à jour prend toute la durée de l'atelier Ateliers surtout appréciés en R2 (car plus d'expérience clinique); il faudrait trouver une façon d'intégrer davantage les R1 ex: période adéquate pour mise à jour des connaissances, puis axer davantage sur des cas cliniques ?

Ils seraient intéressant de faire plusieurs PABP par journée académique afin de couvrir les 99 topics au complet

Excellentes présentations prépabp des guidelines orientés vers la pratique + examen de médecine familiale par les résidents = Ajout superbe au PABP Moins de sujet sur la fin de vie et les niveaux de soins = +++ redondant

Moyen plutôt dépassé d'apprendre sur les sujets en médecine familiale. Pas assez de matière pertinente et souvent déjà erronée. Trop de temps passé sur des cas spécifiques dans le PABP. Les cours doivent être plus rigoureux sur la littérature et les guides cliniques afin de former une excellente base à notre pratique future, ce qui n'est pas le cas actuellement avec les PABP.

plusieurs modules ne sont pas à jour, il faudrait les mettre à jour

Garder les sujets les plus pertinents, certains sont non pertinents et désuets. Par contre pour certains sujets que nous voyons moins (par exemple infertilité), nous apprenons beaucoup.

utiliser d'avantage les version anglaises plus récentes. Ces activités devraient surtout être faites en R2 car en R1, nous n'avons pas assez de recul sur notre pratique encore pour en profiter. La mise à jour devrait être faite et présenté par un médecin spécialiste du sujet en collaboration avec un médecin de famille pour arrimer les façon de faire.

Mes commentaires ne sont pas par rapport au déroulement du PABP à Verdun, mais bien à la technique pédagogique elle-même et les sujets choisis.

PABP plus à jour