

ÉVALUATION PÉRIODIQUE DES PROGRAMMES

ÉVALUATION DU PROGRAMME DE DOCTORAT DE PREMIER CYCLE EN MÉDECINE PODIATRIQUE (7017)

RÉSUMÉ D'ÉVALUATION

Décembre 2014

Introduction

Le présent document résume le processus d'évaluation du programme de doctorat de premier cycle en médecine podiatrique et fait la synthèse des principaux résultats de l'évaluation. La diffusion de ce résumé sur le Web vise à compléter le processus pour le rendre conforme à la *Politique d'évaluation périodique des programmes de l'UQTR*, ainsi qu'à la *Politique des établissements universitaires du Québec relative à l'évaluation périodique des programmes existants* de la CREPUQ¹.

1. Autoévaluation

Un comité a été formé au cours du trimestre d'hiver 2013 en vue de procéder à l'autoévaluation du programme de doctorat en médecine podiatrique de l'UQTR. En plus de recourir aux données existantes habituelles (statistiques sur les admissions, les inscriptions et la diplomation; appréciation de la qualité des enseignements; ressources humaines et matérielles; etc.), le Comité d'autoévaluation a entrepris ses propres enquêtes avec le soutien du Décanat des études. Entre les mois de mars et avril 2013, les populations suivantes ont été sollicitées pour participer à une enquête électronique :

- Étudiants² (3^e et 4^e année) du programme de doctorat en médecine podiatrique (30 répondants);
- Diplômés (2008 à 2012) du doctorat en médecine podiatrique (42 répondants);
- Professeurs cliniciens et chargés de cours du Département des sciences de l'activité physique intervenant dans le programme ici évalué (8 répondants);
- Cliniciens ayant accueilli un ou des étudiants du programme pour un stage en podiatrie (15 répondants).

Le *Rapport d'autoévaluation* a été adopté par les membres du comité le 30 janvier 2014.

2. Évaluation externe

Trois experts externes (deux podiatres et un titulaire de Ph.D. en biomécanique du pied) ont participé à la seconde étape du processus d'évaluation. Ces personnes ont émis des avis basés à la fois sur le *Rapport d'autoévaluation*, dont elles ont reçu copie, et sur les résultats des consultations à huis clos entreprises au cours de la journée du 7 novembre 2014 auprès de membres de la direction académique, d'étudiants ainsi que de professeurs cliniciens et chargés de cours.

3. Validation du *Rapport final*

Le *Rapport final* d'évaluation du programme de doctorat de premier cycle en médecine podiatrique, document faisant la synthèse du contenu des documents produits au cours des deux étapes précédentes, a été validé par la Sous-commission du premier cycle le

¹ Cette instance est remplacée par le Bureau de coopération interuniversitaire (BCI). La politique de la CREPUQ est tout de même en vigueur pour l'instant.

² Dans le présent document, le générique masculin est utilisé, sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

21 octobre 2014 (résolution 2014-SCPC362-06). Le rapport et ses recommandations ont par la suite été adoptés par la Commission des études à sa réunion du 18 novembre 2014 (résolution 2014-CE553-07.02-R5259).

4. Profil du programme

Rattaché au Département des sciences de l'activité physique depuis son implantation, le programme, conduisant au grade de D.P.M., est le premier du genre dans le système universitaire québécois ainsi que dans la francophonie. Il a été modelé sur les programmes américains en podiatrie et à partir des standards d'agrément du *Council on Podiatric Medical Education*, mais il est le résultat de certains ajustements qui ont été faits en accord avec le champ de compétences de la podiatrie au Québec.

La formation actuellement dispensée à travers ce programme prépare l'étudiant à l'exercice autonome de la profession de podiatre, par la maîtrise progressive des compétences qui l'habilitent à poser tout acte ayant pour objet d'identifier, de traiter et de prévenir les affections locales du pied qui ne sont pas des maladies du système. Les étudiants sont amenés à acquérir les compétences de base dans les sciences biomédicales et des compétences spécialisées en podiatrie. La formation pratique occupe une large place dans le programme. Elle est réalisée : à la clinique podiatrice universitaire, dans des cliniques podiatriques privées, en milieu hospitalier et, pendant quatre mois, à la *Foot Clinics* du *New York College of Podiatric Medicine* ainsi que dans ses centres hospitaliers et centres de santé affiliés.

Le cheminement prévu a une durée de quatre ans et se déroule sur dix trimestres. Le programme comporte 195 crédits, tous obligatoires, et inclut une formation théorique de 1770 heures ainsi qu'une formation pratique de 2313 heures.

5. Qualité du programme

51. Points forts du programme

Parmi les principaux points forts du programme de doctorat en médecine podiatrice de l'UQTR, on retiendra surtout les aspects suivants.

La pertinence du programme

Le fait que le programme ici évalué soit le seul du genre, à savoir un programme francophone de doctorat de premier cycle en médecine podiatrice, lui confère toute sa spécificité (pertinence inter universitaire). En outre, l'emphase sur la biomécanique permet au programme de l'UQTR de se classer parmi les meilleurs au sein des écoles de podiatries américaines. Par ailleurs, le nombre de demandes d'admission au programme – élément illustrant sa pertinence institutionnelle – est depuis toujours au moins cinq fois plus élevé que le nombre fixé pour le contingentement : l'avantage en est que les candidats sont triés sur le volet et ont généralement une cote de rendement au collégial supérieure à 32, ce qui est considéré comme très élevé³. L'impact de la qualité des étudiants sur le taux de diplomation est observable : le taux moyen de diplomation est de 86%

³ Tel que précisé dans le document *Questions et réponses sur la cote de rendement au collégial* (CREPUQ, janvier 2011), les cotes R de plus de 30 sont considérées comme très élevées (p. 4).

La situation des diplômés sur le marché de l'emploi contribue à étayer la pertinence sociale du programme ici évalué. Chez les diplômés ayant participé aux enquêtes entreprises par le Comité d'autoévaluation, on constate que 80% des répondants (soit 34 personnes sur 42) travaillent à temps complet (de 30 heures à plus de 45 heures par semaine) comme podiatres. Plus de la moitié des répondants (24 diplômés sur 42) sont propriétaires de leur clinique, alors que 34% des répondants (14 diplômés) sont locataires de service dans une autre clinique. Chez les répondants de cette enquête, 78% (32 diplômés) ont commencé à exercer la profession de podiatre dans les trois mois suivant les études⁴.

Enfin, le programme remplit son mandat de mission communautaire et sociale avec la Clinique universitaire de podiatrie, laquelle compte actuellement plus de 11 000 patients actifs. Outre les soins et les traitements podiatriques aux patients, on constate l'engagement social du programme à travers la clinique communautaire de l'Accueil Bonneau, ainsi qu'à travers différentes collaborations avec des organismes régionaux tels COMSEP et Diabète Mauricie.

L'atteinte de l'objectif à long terme visé par le programme

Lorsque le projet de programme a été mis sur papier, en 1998, l'on estimait qu'en formant une moyenne de 22 podiatres par an, le programme permettrait d'atteindre en une quinzaine d'années le nombre de podiatres correspondant aux besoins du Québec. Le *Rapport d'autoévaluation* montre que le programme répond à ce besoin depuis la diplomation de la première cohorte (2008), et cette réalité est soulignée par deux des experts. Le programme permet à un peu plus de 20 podiatres par année de diplômé et d'accéder à la profession. En outre, une forte majorité de répondants cliniciens (93% des 15 podiatres interrogés lors de l'enquête électronique) ont jugé que le doctorat en médecine podiatrique de l'UQTR répondait aux besoins de la pratique professionnelle. Selon un des experts, la relève permet à la podiatrie «d'avoir un rayonnement dans la société québécoise et d'éviter que la profession soit en déclin⁵».

L'évolution positive du programme

Depuis sa création, la grille de cheminement a fait l'objet de quelques ajustements visant à améliorer la formation. La structure du programme a même été retouchée pendant l'autoévaluation (automne 2013), de sorte que certaines lacunes signalées par des répondants étudiants et diplômés seront vraisemblablement corrigées à court terme (interdisciplinarité, contact avec le milieu hospitalier). Deux experts soulignent l'évolution positive du programme, lequel «a su s'ajuster progressivement à l'implantation d'une nouvelle discipline» et devenir «de plus en plus autonome au sein de son département». En outre, l'apport récent de stages en milieu hospitalier «est une preuve que le programme évolue vers une approche d'interdisciplinarité⁶».

⁴ *Rapport d'autoévaluation.*

⁵ Rapport de l'un des experts.

⁶ Rapport de l'un des experts.

La formation clinique

L'un des experts a remarqué que les répondants des divers groupes consultés s'accordaient pour exprimer leur satisfaction envers la formation pratique. De fait, cet élément a été nommé comme un des points forts du programme par 18 répondants étudiants (sur 30) et par 19 répondants diplômés (sur 42) au cours des enquêtes électroniques. La formation pratique est également le point fort le plus souvent nommé par les répondants du groupe professeurs/chargés de cours⁷.

La clinique, parce qu'elle est située à proximité du Département des sciences de l'activité physique, ajoute à la qualité de la formation pratique. Le laboratoire d'orthopédie, situé à la clinique, amène les étudiants à bien comprendre le fonctionnement du pied, ce qui, ultérieurement, facilitera les soins du pied et le traitement des pathologies. La mise en place récente des ECOS (examens cliniques d'observations structurées) pour évaluer les notions apprises, de même que l'ajout d'un stage en milieu hospitalier (depuis septembre 2013) renforceront la qualité de la formation clinique dans le programme.

L'infrastructure

Deux experts s'accordent pour souligner le fait que le Département des sciences de l'activité physique et l'UQTR contribuent à la qualité du programme, notamment en lui apportant un support important en termes de ressources humaines, matérielles et financières. Comme l'explique l'un d'entre eux, l'une des grandes forces du doctorat en médecine podiatrice est attribuable à cette infrastructure universitaire, qui permet au programme de s'insérer dans un environnement propice non seulement à l'apprentissage, mais aussi à la recherche.

Le *Rapport d'autoévaluation* mentionne qu'une section de médecine podiatrice est en voie d'être constituée à l'intérieur du Département des sciences de l'activité physique. Cette initiative a été saluée par deux des experts.

5.2 Points à améliorer dans le programme

Parmi les principaux points à améliorer dans le programme de doctorat de premier cycle en médecine podiatrice, l'on retiendra particulièrement les éléments ci-dessous.

La question des compétences professionnelles

Les treize compétences professionnelles, qui sont pourtant énoncées sur le site Web du programme, ne semblent pas connues des enseignants, tant professeurs que chargés de cours, intervenant dans le programme de doctorat en médecine podiatrice⁸. Il ne semble pas, non plus, qu'il y ait une cohésion, parmi ces derniers, pour en vérifier l'atteinte à travers le cheminement du programme. Une analyse des plans de cours des activités d'enseignement offertes au cours des trimestres d'hiver 2012 et d'automne 2012 montre que les divers enseignants ne se réfèrent pas aux treize compétences lorsqu'ils présentent leur plan de cours aux étudiants. Plusieurs enseignants nomment

⁷ *Rapport d'autoévaluation.*

⁸ Ces compétences sont présentées en annexe au présent rapport.

des compétences à acquérir à travers les activités prévues par le cours, mais on ne sent aucune concertation entre les divers intervenants, et les compétences sont aussi diverses qu'il y a d'intervenants.

Il sera pertinent de préciser que les treize compétences ont été libellées par le Comité d'élaboration du programme (1998), lequel s'est fondé sur la *Loi sur la podiatrie au Québec* ainsi que sur les objectifs terminaux des programmes de médecine podiatrice formulés par l'*American Association of Colleges of Podiatric Medicine*. Ces compétences ont par la suite été validées par douze podiatres en exercice avant l'implantation du programme ici évalué. Malgré que les plans de cours ne mentionnent aucune de ces compétences, le *Rapport d'autoévaluation* montre qu'elles sont comprises par les répondants de tous les groupes consultés.

À la question *Est-ce que ces compétences sont à jour?* la majorité des répondants ont coché **Oui**, à savoir : 64% des répondants étudiants (19 personnes), 53% des répondants diplômés (22 personnes), 75% des répondants enseignants (6 personnes) et 70% des répondants cliniciens (10 personnes).

Le Comité d'autoévaluation a formulé plusieurs recommandations, dans son rapport, afin que les compétences professionnelles fassent l'objet d'une réflexion (pour vérifier la pertinence de chacune), afin qu'elles soient connues des enseignants intervenant au doctorat en médecine podiatrice et afin que le cheminement du programme prévoie des contenus permettant le développement de chacune d'elles.

Le besoin de soutien pédagogique

Les résultats d'enquêtes présentés dans le *Rapport d'autoévaluation* montrent que les méthodes pédagogiques, la charge de travail par rapport au nombre de crédits et les moyens utilisés pour l'évaluation sont une source d'insatisfaction pour des pourcentages non négligeables de répondants étudiants et diplômés⁹. Les commentaires ciblent, particulièrement :

- le non-respect des plans de cours par certains enseignants,
- des erreurs dans certaines notes de cours,
- du plagiat provenant de Wikipédia,
- l'utilisation abusive de Power Point,
- les modes d'évaluation inadéquats dans plusieurs cours (évaluation subjective à la clinique, faute de grille; examens à choix multiples).

À l'image du Comité d'autoévaluation, tous les experts recommandent de soutenir les cliniciens dans le développement de leurs compétences en pédagogie. Selon un des experts, le fait que les cliniciens n'aient pas de notion de pédagogie risque de fragiliser l'atmosphère d'apprentissage à la clinique.

En outre, les moyens utilisés pour l'évaluation des apprentissages ont été jugés *peu* ou *non* satisfaisants par des pourcentages élevés de répondants dans tous les groupes

⁹ *Rapport d'autoévaluation*, p. 40.

consultés, à savoir : 55% des répondants chez les étudiants (16 personnes), 32% chez les diplômés (12 personnes) et 87% des enseignants (7 personnes)¹⁰. La standardisation de la façon d'évaluer les rotations à la clinique et les stages en clinique privée (par exemple à l'aide d'une grille) préviendrait les conflits avec de futurs collègues et, du coup, permettrait aux étudiants de connaître les attentes en cours de stage.

Au cours du huis clos avec les professeurs cliniciens et chargés de cours, il a été question d'un manque de ressources dû au recrutement difficile de professeurs : cela met une charge de travail supplémentaire sur le personnel en place. Deux des experts en ont fait mention.

Les résultats de l'appréciation des enseignements (hiver 2011 à été 2013) montrent des indices se situant autour de la moyenne institutionnelle, parfois plus élevés. Quelques cas d'exception sont toutefois relevés dans le *Rapport d'autoévaluation*.

Les lacunes dans la collaboration avec le collège de New York (NYCPM)

Le *Rapport d'autoévaluation* montre qu'il y a des redondances de contenus entre les cours offerts à l'UQTR et ceux offerts à New York. En outre, des répondants étudiants et des répondants diplômés déplorent le fait que, au cours du stage à New York (quatrième année), ils soient jumelés avec des étudiants de troisième année, ce qui leur donne l'impression de régresser dans leurs apprentissages. Le *Rapport final* suggère de réévaluer la collaboration entre l'UQTR et New York : il est possible que l'UQTR prenne graduellement encore plus d'autonomie.

Enfin, étant donné qu'une partie de la formation se déroule en anglais (stage à New York ainsi que trois ou quatre cours offerts en anglais, à l'UQTR, par des professeurs du NYCPM), il est important de vérifier les connaissances en anglais des candidats à l'admission. Le *Rapport d'autoévaluation* montre qu'il y a eu un certain relâchement sur cet aspect au fil des ans. C'est pourquoi le Comité d'autoévaluation a formulé une recommandation à cet effet. En outre, comme les répondants de tous les groupes consultés se sont montrés en faveur d'un examen de sortie, le Comité d'autoévaluation a aussi formulé à ce propos une recommandation, avec laquelle les trois experts se sont montrés d'accord. Il est suggéré que ce travail soit fait de concert avec l'Ordre des podiatres du Québec.

6. Recommandations validées par la Sous-commission du premier cycle et adoptées par la Commission des études

Les recommandations suivantes découlent des principaux constats formulés par le Comité d'autoévaluation et par les experts externes. Elles font suite à l'analyse du dossier qui a été faite par le Décanat des études et la Sous-commission du premier cycle. Il s'agit des recommandations qui figurent dans le *Rapport final* : en ce sens, elles ont été présentées à la Commission des études et ont été adoptées par cette instance.

¹⁰ *Rapport d'autoévaluation*.

1. Que le Comité de programme, avec la collaboration de l'Ordre des podiatres du Québec, se penche sur chacune des 13 compétences professionnelles énoncées sur le site Web du programme, afin que l'ensemble des compétences soit revalidé.

Ce travail de réflexion s'inscrit dans la mise en œuvre des recommandations 2 à 7 ci-dessous et concerne l'ensemble des compétences du cursus.

2. Que le Comité de programme veille à ce que ces compétences soient connues de chacun des professeurs et chargés de cours intervenant dans le programme.
3. Que, lors de la révision de la grille de cheminement, l'on s'assure que toutes les compétences professionnelles soient couvertes par l'ensemble du programme.
4. Que chaque plan de cours du programme spécifie clairement :
 - a) lesquelles, parmi les compétences professionnelles, sont touchées par le contenu du cours offert;
 - b) comment les compétences professionnelles seront observées et évaluées à l'intérieur du cours.
5. Que le Comité de programme soit accompagné d'une aide pédagogique pour organiser et préparer l'enseignement des compétences professionnelles.
6. Que le département veille à ce que les cliniciens disposent d'outils pour l'évaluation des compétences chez les étudiants, et que des sessions de formation, assumées par des spécialistes de l'évaluation clinique, soient organisées à l'intention des cliniciens.
7. Pour chacun des stages, que soit conçu un guide de stage :
 - a) dans lequel sont précisés le rôle et les responsabilités de l'étudiant, du superviseur universitaire et du clinicien qui accueille le stagiaire;
 - b) qui comporte une grille pour observer et évaluer les compétences cliniques.
8. Que le département veille à ce que les cliniciens aient du soutien pédagogique afin qu'ils soient guidés dans leur enseignement (organisation du contenu, plans de cours, méthodes pédagogiques, matériel pédagogique, etc.).
9. Que le Comité de programme et le Département des sciences de l'activité physique se questionnent sur la pertinence de la collaboration avec New York.

Dans l'éventualité où cette collaboration est conservée :

- a) qu'il y ait une meilleure concertation avec les professeurs de New York, de sorte que les mêmes contenus ne soient pas revus inutilement (des redondances ont notamment été signalées en neuroanatomie, pharmacologie et pathologie);
- b) que le Comité de programme applique les mesures définies sur le site Web du programme concernant les connaissances en anglais des nouveaux inscrits.

10. Que l'on procède rapidement à la mise en œuvre d'une section de médecine podiatrice au Département des sciences de l'activité physique.

Il est suggéré que la future section de médecine podiatrice se dote de son propre code de conduite à l'intention de tous les personnels (professeurs, chargés de cours, personnel administratif) et des étudiants.

Quant à un examen de sortie pour les diplômés en médecine podiatrice, la Sous-commission juge que cet aspect doit être sous la responsabilité de l'Ordre des podiatres du Québec.

Annexe A : compétences professionnelles

L'atteinte de ces objectifs du programme de doctorat en médecine podiatrice se traduit par l'acquisition des compétences suivantes, considérées comme nécessaires pour que le diplômé puisse assumer les responsabilités professionnelles du podiatre.

1. Établir une relation de confiance avec le patient et communiquer avec lui de façon efficace.
2. Au moyen de l'anamnèse, de l'observation et des examens cliniques, savoir recueillir et consigner dans un dossier l'histoire médicale du patient ainsi que tous les renseignements sur son état de santé et sur la problématique pour laquelle il consulte.
3. En se fondant sur les symptômes observés, déterminer de façon systématique le trouble qui affecte l'état de santé des pieds du patient et déterminer avec exactitude l'indication ou la non-indication des traitements requis par l'état du patient.
4. Utiliser de façon judicieuse les examens radiologiques pour confirmer ou infirmer l'identification des pathologies.
5. Collaborer avec les autres professionnels de la santé et, le cas échéant, référer un patient à un médecin ou à un spécialiste, pour confirmer un état pathologique ou encore pour une prise en charge du patient, lorsque ce dernier est affecté par une maladie systémique ou par un problème de santé qui ne relève pas de la compétence du podiatre
6. Planifier et informer le patient des traitements et des prescriptions requis pour soigner une ou plusieurs affections du pied.
7. Appliquer des traitements qui impliquent le recours à des dispositifs de type biomécanique pour soigner les affections locales du pied.
8. Utiliser les techniques et procédures chirurgicales appropriées pour corriger les défauts du pied.
9. Juger de la pertinence de prescrire ou d'administrer, et savoir administrer les médicaments utilisés comme agents anesthésiques ou comme analgésiques pour les traitements et pour soulager les pathologies du pied.
10. Enseigner au patient comment prévenir les affections du pied ainsi que les habitudes qui favorisent le maintien de la santé des pieds.
11. Savoir utiliser de façon judicieuse des ressources humaines, physiques et financières permettant un fonctionnement efficace et efficient d'une clinique podiatrice.
12. Maintenir à jour ses connaissances et ses habiletés, et s'engager socialement dans tous les aspects de sa profession, notamment : en contribuant au développement des connaissances théoriques et cliniques par la recherche, en apprenant par lui-même avec un souci de mise à jour continue de ses compétences, ainsi qu'en collaborant à la promotion de la profession et au bien-être de la communauté.
13. Savoir justifier et situer tous les actes professionnels, en considérant diverses dimensions telles que : la rigueur scientifique, l'efficacité et la qualité des traitements, la qualité de la relation thérapeutique, ainsi que les responsabilités déontologiques et éthiques.