



ÉNONCÉ DE POSITION

Mise en œuvre d'une approche
basée sur les compétences pour
l'enseignement médical

Juin 2016

Médecins résidents du Canada (MRC)
représente plus de 10 000 médecins
résidents à travers le Canada. Établis en
1972, nous sommes un organisme à but
non lucratif offrant à nos membres une
voix nationale unie. MRC collabore avec
les autres organismes nationaux de santé
dans le but d'encourager l'excellence
dans la formation, le mieux-être et
les soins axés sur le patient.

Mise en œuvre d'une approche basée sur les compétences pour l'enseignement médical

L'enseignement médical axé sur les compétences (EMAC) constitue désormais un nouveau paradigme du programme du continuum en enseignement médical. Ce dernier met l'accent sur l'enseignement et l'évaluation axé sur les résultats afin d'assurer que les diplômés soient capables de répondre aux besoins de leurs patients plutôt que de consacrer une période spécifiée en formation. L'EMAC est un moyen de bien définir quelles compétences spécifiques requises pour les médecins résidents afin d'assurer leur compétence dans tous les domaines de la pratique d'une spécialité particulière au moment de l'obtention du diplôme (p. ex., l'achèvement et la maîtrise des « jalons » et les « activités professionnelles acquises ».)

Tandis que le concept de l'EMAC remonte à la moitié du XXe siècle (Frank, 2010a), l'intérêt croissant pour le développement de programmes axés sur les résultats a contribué à renouveler l'enthousiasme pour l'EMAC. Les mesures objectives des résultats sont devenues d'autant plus importantes dans l'ère moderne de la médecine, où une meilleure responsabilité pour la prestation des soins de qualité a pris de l'importance (Frank, 2010a). Ce changement a mis à l'épreuve l'équilibre entre la prestation des soins aux patients et la réussite en enseignement et en formation. Puisque les résidents jouent un rôle important de fournisseur de services dans le système de soins de santé, le temps de formation continuera d'être un élément en enseignement médical au Canada mis en balance avec une approche axée sur les résultats et une évaluation continue régulière de la performance.

Aux fins du présent document, Médecins résidents du Canada (MRC) se concentrera sur les risques et les meilleures pratiques inhérents à la mise en œuvre d'une approche basée sur les compétences en enseignement médical et identifiera les stratégies d'atténuation nécessaires pour en assurer le succès. L'EMAC est « essentiellement orienté pour graduer les capacités de résultats et organisé autour des compétences tirées de l'analyse des besoins sociétaux et des patients. Il accorde moins d'importance à la formation basée sur le temps et promet une plus grande responsabilité, flexibilité et égocentrisme » (Frank, 2010b). Si l'EMAC est mis en œuvre de façon détaillée et consciente, il a la possibilité de devenir une méthode objective de formation de médecins compétents et d'atteindre un équilibre avec les demandes de services.

En tant que nouveau paradigme, l'EMAC effectuera un changement spectaculaire dans la formation des médecins. Nous devons assurer, d'un point de vue axé sur les résidents et les patients, que nos systèmes d'enseignement médical et de formation postdoctorale continuent de répondre aux besoins de nos patients. La transition continue vers l'EMAC doit exploiter les points forts de notre approche actuelle tout en atténuant toutes conséquences imprévues. Afin d'assurer une bonne mise en œuvre, MRC a développé quatre principes et appels à l'action afin d'assurer une transition harmonieuse pendant cette période de grand changement en enseignement médical au Canada. Ces recommandations touchent la transition vers l'EMAC, la conception des programmes, l'analyse et la promotion et les ressources nécessaires afin de mettre en œuvre correctement l'enseignement médical axé sur les compétences.

Principes pour la mise en œuvre de l'EMAC

Thème 1 : La transition vers l'EMAC

Justification

L'EMAC est salué comme un pas important vers l'enseignement médical qui aligne la formation et les besoins éducatifs du futur médecin. Néanmoins, la transition vers l'EMAC présentera plusieurs nouveaux défis et risques potentiels à l'enseignement médical. Afin d'assurer une transition en douceur pour les résidents, les facultés de médecine et les programmes, la communauté de l'enseignement médical doit anticiper ces enjeux et concevoir des moyens pour y répondre.

Appels à l'action

1. Créer une stratégie de transition claire, robuste et compréhensive pour faciliter une mise en œuvre réussie, l'incorporation uniforme et l'adhésion des nouvelles méthodes d'évaluation et d'approches pédagogiques en résidence.
2. Développer un langage normalisé pour l'EMAC qui inclut des définitions partagées des activités professionnelles acquises (EPA), des jalons et des compétences.
3. Assurer la collaboration, la coordination et l'échange d'information entre les efforts de planification locaux et nationaux et parmi les programmes lors du développement d'activités professionnelles acquises spécifiques pour les spécialités afin d'assurer la cohésion et la constance.

Thème 2 : La conception des programmes

Justification

Plusieurs approches novatrices de conception de programmes en EMAC existent, mais dans chaque approche, l'apprenant doit faire preuve des compétences spécifiques nécessaires pour l'exercice indépendant de la médecine de manière progressive par l'entremise de niveaux de responsabilité croissante. Au Canada, les systèmes d'enseignement médical et de formation postdoctorale adoptent typiquement un modèle hybride qui n'est pas organisé strictement autour de stages basés sur la durée, mais également autour des capacités attendues des diplômés et de la façon dont ces capacités sont acquises, démontrées et évaluées.

Appels à l'action

1. Afin d'assurer l'harmonisation efficace entre les rôles éducatifs et les rôles de fournisseurs de soins de santé au sein d'un système d'EMAC, les exigences de formation ainsi que les attentes de services doivent être parfaitement définies et rendues transparentes pour les facultés et les résidents.
2. Le programme d'EMAC doit assurer que les normes élevées n'imposent pas une charge excessive aux facultés et aux résidents, et qu'elles continuent d'améliorer la provision de soins efficaces et de hautes qualités pour une pratique sécuritaire et indépendante.
3. Les jalons et les activités professionnelles acquises (EPA) devraient refléter l'exercice futur de la médecine et le développement de médecins entièrement compétents et intégrés tout en évitant toute forme de réductionnisme.
4. Contrairement aux résidents, les programmes doivent être responsables d'assurer que les résidents possèdent suffisamment de variété et d'ampleur d'exposition clinique pour atteindre les jalons

nécessaires et pour obtenir des EPA. Tandis que des éléments de programmes alternatifs peuvent compléter l'éducation des résidents, l'acquisition de compétences devrait avoir lieu principalement par l'entremise d'expositions cliniques directes.

5. Les organisations de soins de santé devraient considérer des approches novatrices pour la planification et la livraison de services pour assurer l'équité parmi les résidents, peu importe qu'ils soient dans des cohortes de formation traditionnelle ou d'EMAC.
6. Puisque les preuves de succès des approches de programmes EMAC sont limitées, les organisations devraient assurer une amélioration continue de la qualité pendant la mise en œuvre de l'EMAC, notamment relativement aux systèmes d'analyse, de promotion, d'évaluation et d'agrément, et utiliser ces résultats pour améliorer et ajuster les approches.

Thème 3 : Analyse et promotion

Justification

Les collèges d'agrément du Canada restructurent leurs processus d'accréditation, d'agrément et d'examen pour s'aligner avec une approche axée sur les compétences. Le succès de l'EMAC repose sur la capacité du système d'identifier les compétences des résidents et de faire progresser convenablement les résidents à travers leur programme de formation. Les résidents au sein de programmes du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) sont évalués de façon formative tous les jours grâce à des notes de terrain qui suivent les rencontres cliniques et qui contribuent de façon cumulative aux analyses sommatives définitives. Le Collège royal élabore en ce moment un portefeuille numérique pour les résidents afin de suivre de telles compétences pour les résidents à la grandeur du pays. Ceci va dans le sens opposé du processus actuel dans lequel les universités, à l'écart des organismes de certification et d'agrément, enregistrent les réussites d'apprentissage de la plupart des résidents.

Appels à l'action

1. Développer des méthodes d'analyse qui utilisent plusieurs outils d'évaluation, obtenir la participation de différents évaluateurs, s'adapter aux environnements d'apprentissage variés et de promouvoir les rétroactions formatives et l'introspection.
2. Utiliser un système de portefeuille d'apprentissage pour suivre le progrès des résidents tout au long d'un programme de formation. Que ce dernier soit maintenu au niveau national, régional ou local, le type d'information recueilli, le lieu de stockage, la propriété, l'utilisation et l'accès à cette information doivent être clairement définis. Ce processus devrait inclure des mécanismes de sauvegarde afin d'assurer que les renseignements des résidents sont protégés et utilisés de façon appropriée.
3. L'analyse et la promotion en EMAC doivent être claires et transparentes pour les résidents afin d'assurer que le progrès dans leur formation reflète vraiment leur statut le long du continuum de compétences et ne reflète pas injustement les demandes de services ou les autres besoins secondaires du système ou du programme.
4. Aussitôt que possible, les processus d'analyse et de promotion doivent identifier les résidents qui ont besoin de ressources supplémentaires ou un changement à leur horaire de formation afin de minimiser les interruptions de formation ou le temps pour l'avancement.
5. Les examens d'agrément ou de certification devraient se composer de contenu qui reflète exactement l'étape de formation et les compétences du stagiaire admissible, peu importe l'horaire de leur examen.

6. Développer un niveau suffisant de capacité d'examen afin de ne pas retarder la progression de la formation ou limiter l'occasion pour une période de formation consacrée à la transition vers l'exercice de la médecine. Cette capacité pourrait éventuellement inclure plusieurs séances d'examen par année.
7. L'avancement à travers les stages de formation et la déclaration de compétences en vue de l'achèvement du programme de formation — indépendamment des examens — devrait être la responsabilité du programme et non des organismes de réglementation et d'agrément. Ces décisions devraient, de préférence, être prises par un comité plutôt que par le directeur de programme seul.
8. L'analyse devrait être complètement dissociée des processus de jumelage des résidents ou de recrutement, surtout en ce qui concerne les rapports narratifs ou les activités quotidiennes de formation, afin d'assurer qu'il n'y a pas de conséquences punitives involontaires à offrir ou recevoir des rétroactions ouvertes, honnêtes et constructives.
9. En raison de la nature complexe des environnements cliniques et de l'impact potentiel sur la carrière d'un résident, les données sur les résultats des patients ne devraient pas être recueillies aux fins d'analyse de la compétence, mais peuvent jouer un rôle limité dans l'évaluation du programme.

Thème 4 : Ressources

Justification

L'EMAC exigera plus de temps et de ressources afin de relever des défis uniques et inattendus. Plus précisément, les facultés doivent augmenter les observations directes dans le but d'analyser les jalons, fournir des rétroactions et développer des plans d'apprentissage pour combler les lacunes au niveau de l'apprentissage. Puisque l'EMAC repose sur un cadre d'observations directes, d'analyses fréquentes et de rétroactions formatives, la communauté de l'enseignement médical au Canada doit mettre un accent considérable à fournir de la formation et du soutien pour les facultés et les apprenants afin de mener ces efforts à bon terme.

Appels à l'action

1. Il doit avoir des ressources physiques, humaines, financières et technologiques adéquates pour soutenir l'EMAC. Les ressources détournées pour la transition vers l'EMAC ne doivent pas compromettre les soins aux patients.
2. Les coûts associés à la mise en place et au maintien de l'EMAC doivent être soigneusement considérés et calculés dans le budget avant la mise en œuvre. Les programmes et les bureaux des études médicales postdoctorales doivent trouver des stratégies économiques, identifier les inefficacités des systèmes et soutenir l'amélioration continue de la qualité en adoptant des stratégies « maigres ».
3. Respecter les demandes en matière de temps pour les résidents et les facultés qui adapteront et utiliseront de nouvelles méthodes d'analyse et d'apprentissage, et offrir du personnel adéquat, de l'aide au personnel et du temps pour fournir des observations et des rétroactions en temps réel.
4. Consacrer d'importantes ressources pour le développement des facultés, surtout lors de la période de transition, y compris la création de champions et d'entraîneurs de l'EMAC qui peuvent servir de mentor et de guide pour les programmes et les facultés. Les facultés devraient également habiliter les résidents dans ce processus.

Résultats complets et appels à l'action

Introduction

Le système d'enseignement médical au Canada a longuement été caractérisé par des périodes de formation temporelles au sein d'environnements d'apprentissage structurés qui permettent des niveaux augmentés de responsabilité en matière de soins des patients (Long, 2010). Ce paradigme, et celui des examens normalisés ont façonné la majorité des programmes d'enseignement médical pendant plus d'un demi-siècle, où le temps qu'un apprenant passait dans un stage défini était utilisé comme marqueur de substitution pour la compétence (Collège royal, 2014).

Selon le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada, l'enseignement médical axé sur les compétences (EMAC) est une méthode qui assure que « les médecins possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour chaque étape et rôle de leur carrière, » (Collège royal, 2016a). Il s'agit d'une démarche qui prépare les médecins à la pratique qui est « essentiellement orientée pour graduer les capacités de résultats et organisée autour des compétences tirées de l'analyse des besoins sociétaux et des patients. Il accorde moins d'importance à la formation basée sur le temps et promet une plus grande responsabilité, flexibilité et égocentrisme » (Frank, 2010b).

Puisque l'EMAC a le potentiel d'être un moyen objectif de former des médecins compétents et d'atteindre un équilibre avec les demandes de service, l'enthousiasme pour le projet a résonné dans plusieurs pays et spécialités médicales. Selon Saucier et coll., une approche basée sur les compétences pour l'enseignement médical reconnaît la complexité du milieu de pratique professionnelle, incluant son contexte clinique changeant, et met une plus grande importance sur l'apprentissage tout au long de la vie et sur l'introspection, deux qualités importantes pour les médecins modernes (Saucier, 2012).

Contexte

Le Collège royal adopte une approche fondée sur les résultats pour la conception, la mise en œuvre, l'analyse et l'évaluation des programmes d'enseignement médical à l'aide d'une structure basée sur les compétences. Connue sous le nom de compétence par conception (CPC), cette initiative mettra en œuvre une approche basée sur les compétences pour la formation en résidence et la pratique spécialisée au Canada et alignera les politiques et les processus du Collège royal avec l'EMAC. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a déjà amorcé une transition vers un programme d'études basé sur les compétences pour les programmes en médecine familiale, appelé le Cursus Triple C.

Dans ces systèmes, l'accent est placé sur l'apprentissage et l'analyse lors de la pratique en plus d'un examen de certification qui demeure essentiel aux fins de la réglementation. Des systèmes purs d'EMAC se caractérisent par une indépendance à l'égard du temps, c'est-à-dire le médecin résident progresse à travers la formation selon les compétences démontrées. Cependant, les systèmes planifiés par le Collège royal et le CMFC au Canada continueront d'avoir un élément temporel qui reflète le rôle essentiel des résidents comme fournisseurs de service au sein du système de soins de santé au Canada.

Le Collège royal a constaté qu'il n'existe pas d'approche uniforme. La mise en œuvre s'étendra sur plusieurs années et par l'entremise d'une approche échelonnée une discipline à la fois. Ceci inclut les projets pilotes en oncologie médicale et en oto-rhino-laryngologie (chirurgie cervico-faciale) qui ont commencé

le processus itératif de création de jalons propres à la spécialité et des normes de formation basées sur les compétences. Le second groupe de disciplines du Collège royal qui piloteront le programme d'EMAC sont l'anesthésiologie, la médecine légale, la gastro-entérologie, la médecine interne, les fondations chirurgicales et l'urologie. Ce nouveau processus inclut également le développement simultané d'outils appropriés, de suites de documents, de processus et de ressources de développement pour les facultés nécessaires afin d'intégrer des pratiques basées sur les compétences au sein de leurs disciplines, ainsi qu'une réorganisation des examens d'agrément et des processus d'accréditation du Collège royal (Collège royal, 2014b).

Méthodes

Le comité de formation de Médecins résidents du Canada a mené une stratégie de recherche de mai à août 2015. Le comité a réalisé une recherche Pubmed en utilisant les mots-clés et les expressions booléennes suivantes : formation médicale postdoctorale OU résidence en médecine ET enseignement basé sur les compétences ET 2010-2015. Le comité a extrait 720 articles et a établi des renvois auprès des termes suivants pour établir la pertinence : risques, défis, réussites, meilleures pratiques, mise en œuvre, introduction, transition, inconvénients, changements et inquiétudes.

Le comité de formation de MRC a également passé en revue des résumés en fonction de leur validité. Précisément, le groupe a exclu des articles portant sur la validation d'une certaine simulation d'intervention lors de l'analyse de la compétence plutôt que le rôle plus général de la simulation en EMAC. Le comité a également limité la recherche aux ouvrages de médecine et a exclu les articles ayant un accent sur la formation médicale de premier cycle et continue. Le groupe a également exclu les études supplémentaires des autres pays ayant des systèmes de santé et/ou des normes d'agrément considérablement différents de ceux du Canada. En tout, le groupe a présélectionné 64 articles. En complétant une vérification des références pour la publication d'examen systématique intitulé *vers une définition de l'enseignement fondé sur les compétences en médecine : un examen systématique des définitions publiées*, Med Teach. 32 (8) : 631-7, Frank, J. et coll. (2010), le comité a trouvé 35 articles supplémentaires. Après avoir retiré quatorze (14) doubles, le comité a présenté 85 articles prêts pour l'annotation.

Le comité a ensuite identifié 18 documents pertinents du CMFC qui répondent aux exigences et les a inclus à ses annotations. Ces 103 articles ont ensuite servi de bibliographie annotée, et le comité a ensuite ajouté 62 articles supplémentaires afin de réviser la version initiale et d'identifier les thèmes, les risques, les avantages et les meilleures pratiques en EMAC évoqués tout au long du rapport. Lors de l'examen rigoureux des 62 articles par les auteurs, plusieurs d'entre eux n'ont pas été référés puisqu'ils ne servent pas à faire avancer ou informer la discussion en raison de leur portée inappropriée ou leur manque de spécificité. Inversement, dans certains cas, le comité a recherché d'autres ouvrages non identifiés dans la recherche de documentation originale afin d'informer plus directement des concepts nécessitant un développement subséquent. Dans tous les cas, la documentation fut analysée à travers les lentilles des stagiaires informés qui ont constitué le groupe d'auteurs.

Thème 1 : LA TRANSITION VERS L'EMAC

L'EMAC est considéré comme un pas en avant en enseignement médical puisqu'il aligne la formation et les besoins en apprentissage d'un futur médecin. Néanmoins, la transition vers l'EMAC présentera plusieurs nouveaux défis et risques potentiels à l'enseignement médical. Pour prévoir ces défis et concevoir des outils pour leur faire face est une étape essentielle afin d'assurer des transitions harmonieuses pour les résidents, les facultés et les programmes. D'après les expériences du passé, comme celles décrites dans un

rapport publié en 2013 dans *Academic Medicine*, la littérature décrit un nombre de leçons qui favorisent la mise en œuvre réussie de l'EMAC. Comme l'indique le tableau 1 (Carraccio, 2013), celles-ci incluent :

1. Le besoin d'un langage normalisé
2. L'observation directe pendant l'analyse
3. Le défi d'élaborer des mesures significatives de performance
4. Les résultats souhaités comme point de départ pour le développement du programme
5. La dépendance envers la réflexion lors du développement de l'expertise
6. Le besoin d'exploiter le rôle des apprenants pendant leur apprentissage
7. Des systèmes cliniques compétents comme environnement d'apprentissage requis pour la production de médecins compétents

D'abord et avant tout, la mise en œuvre de l'EMAC nécessitera l'assentiment d'un nombre d'intervenants à différents niveaux du système de l'enseignement médical et de soins de santé. La mise en œuvre nécessitera également suffisamment de temps pour concevoir, préparer et former toutes les parties concernées. Comme l'a indiqué une étude de faisabilité des activités professionnelles acquises (EPA), la collaboration entre le service clinique et les dirigeants du programme d'étude est un facteur clé pour garantir le succès (Hauer, 2013). L'intégration d'une variété de perspectives de la part de tous les intervenants concernés lors du processus de planification stratégique peut aider à identifier les défis et réduire les obstacles inattendus lors de la mise en œuvre.

Puisque la variation locale des modèles de la pratique et les populations de patients exigent un large éventail de compétences des médecins, les intervenants devraient collaborer afin de créer une vision nationale pour la formation des médecins et assurer les compétences partagées au sein des spécialités à travers le Canada. Les éducateurs et les développeurs du programme d'étude de toutes les facultés d'enseignement médical postdoctoral doivent travailler ensemble afin d'assurer un cadre d'EMAC solide et robuste en atténuant le risque de réinventer la roue et le travail en silos. Cette transition présente une occasion de revendication collaborative en enseignement médical en s'appuyant sur des compétences spécifiques afin d'assurer que le nouveau cadre élaboré en EMAC répond aux besoins du système canadien de soins de santé. La participation d'intervenants nationaux provenant de différentes spécialités dès le début aidera à promouvoir la collaboration et par conséquent, améliorera le produit final.

De plus, il est essentiel que la communauté médicale développe et utilise un langage normalisé et partagé pour le contexte canadien pendant le développement et la mise en œuvre de l'EMAC. Même si la philosophie de l'EMAC peut être semblable au niveau international, la terminologie spécifique peut varier d'une région à une autre et créer de la confusion au niveau le plus élémentaire. Ce problème est illustré par le développement simultané de compétences par le *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), qui a formulé six domaines de compétences, et l'*Association of American Medical Colleges* (AAMC), qui a formulé quatre domaines de compétences pour l'enseignement médical de premier cycle. Même si la volonté de ces deux programmes est semblable, le langage différent « a empêché la formation d'un modèle mental partagé » (Carraccio, 2013) le long du continuum de l'enseignement médical. La documentation globale sur l'EMAC utilise une terminologie semblable avec une intention occasionnellement différente, indiquant le besoin d'un langage normalisé pour l'enseignement médical de premier cycle et postdoctoral au Canada.

De plus, une transition réussie doit inclure des outils d'évaluation validés et prédéterminés qui évaluent de manière fiable les résultats cliniques importants. La transition d'un programme de chirurgie au Danemark a

démontré que le nombre de procédures effectuées varie considérablement parmi les résidents, et il n'y a pas d'outils fiables pour évaluer la maîtrise d'une compétence particulière (Carlsen, 2014). La création d'un outil d'évaluation prédéveloppé aidera non seulement à mesurer les jalons importants, mais aussi à établir des attentes. Ces analyses devraient mettre l'accent sur les observations directes, des rétroactions formatives, des portefeuilles et l'auto-évaluation (Lobst, 2010, Lewis, 2012).

Une revue systématique en 2012 de sondages nationaux auprès de 1076 directeurs de programmes provenant d'une large variété de spécialités médicales et chirurgicales a examiné des obstacles de la mise en œuvre des recommandations en EMAC de l'ACGME (Malik, 2012). Les obstacles les plus souvent identifiés étaient :

1. Le manque de temps
2. Le manque de soutien de la part de la faculté
3. La résistance des résidents envers le mandat de l'ACGME
4. Le manque de financement
5. La basse priorité du mandat de l'ACGME
6. L'aide salariale insuffisante pour les directeurs de programmes
7. Les connaissances insuffisantes des compétences

La documentation a identifié des contraintes financières et temporelles comme étant les obstacles les plus importants. Les similitudes remarquables dans les réponses des répondants indiquent un niveau de validité apparente et démontrent que les directeurs sont à l'écoute des besoins de leurs programmes. Toutefois, il existe un risque que les nouvelles compétences souhaitées ne reflètent pas parfaitement des réalités de l'environnement de formation clinique moderne (Deloney, 2012). Un examen de la documentation en 2013 dans *Australasian Psychiatry* a souligné « le risque d'un écart croissant entre les idéaux et la réalité des attentes et des expériences en formation » dans les programmes de résidence du *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP). Les auteurs ont découvert que les contraintes de financement supplémentaires rendaient difficile l'atteinte des compétences en psychothérapie dans un contexte de service public de santé mentale (Parker, 2013). Ceci souligne l'importance d'avoir des dirigeants de services cliniques qui participent tôt au processus de développement afin d'assurer que les EPAs, les compétences et les jalons proposés puissent être raisonnablement atteints.

Theme # 2 – CURRICULUM DESIGN

Overview

L'approche du Collège royal envers la conception du programme de l'EMAC met l'accent sur des résultats liés aux besoins des patients desservis par les diplômés, et inclut des définitions précises de tous les domaines essentiels de compétences à acquérir (Collège royal, 2011). Ces domaines de compétences, et les étapes auxquelles ils devraient être intégrés sont reflétés dans le diagramme du continuum de compétences CPC (Collège royal, 2015). À noter, le diagramme souligne la structure hybride unique de la formation en résidence au Canada découlant de la mise en œuvre de l'EMAC et indique les étapes intégrées de l'éducation spécialisée. Il est important de noter que l'analyse et la conception de programme sont nécessairement liées en EMAC; ce document a construit une distinction artificielle entre ces concepts aux fins de l'explication.

Contrairement à un modèle à temps libre pur en EMAC, l'approche « hybride » du Collège royal mesure la réussite selon si le programme augmente la compétence des stagiaires et non si le programme est

basé sur le temps (Collège royal, 2011). Le modèle hybride de l'EMAC est organisé autour des capacités attendues des diplômés, assurant que ces capacités sont apprises, démontrées et analysées. Le tableau 2 (Collège royal) souligne ce spectre des concepts allant de la dépendance du temps, à l'hybride basé sur les compétences aux concepts curriculaires à temps libre.

Tableau 2 : Gamme de modèles d'approches pour les programmes de résidence (Collège royal, 2011)			
Structure organisationnelle	Dépendant de la durée	Hybride : basé sur les compétences, stages à durée limitée	Indépendant de la durée
Degré de structure	Temps passé dans les stages	Progression des compétences	Progression des compétences
Rôle des stages à durée limitée	Stages et demi-journées de formation universitaire et autres contextes formels d'enseignement	Programme structuré souple ; stages comme seule méthode d'apprentissage	Programme structuré axé sur l'apprenant; aucune limite de temps; stages en tant que ressource pour aider l'apprentissage
Rôle de l'évaluation en cours de formation	Unité du programme	Ressource pour acquérir les compétences	Non pertinent
Rôle de l'évaluation sommative	Assurer que les stages sont réussis	Documenter la progression et l'atteinte des étapes clés pendant les stages	Documenter la progression et l'atteinte des étapes clés dans tous les contextes
Principaux outils d'évaluation	Décider de l'état de préparation à l'examen	Assurer l'acquisition des compétences	Assurer l'acquisition des compétences
Orientation du programme	Fiches d'évaluation en cours de formation [FECF], fiches d'évaluation en fin de formation [FEFF], examens oraux	Portefeuille, plusieurs autres	Portefeuille, autres selon le besoin
Rôles de l'enseignant	Processus pour les stages	Acquisition de résultats fondés sur les compétences à l'aide de stages et d'autres activités	Acquisition de résultats fondés sur les compétences
Rôles de l'apprenant	Supervision, enseignement	Supervision, enseignement, observation directe	Supervision, enseignement, observation directe
Learner Roles	Service dans des stages; assister à des cours universitaires; étudier pour des examens	Prise en charge de l'apprentissage; déterminer le parcours de progression des compétences à l'aide des stages	Prise en charge de l'apprentissage; déterminer le parcours de progression des compétences à l'aide de toutes les activités d'apprentissage

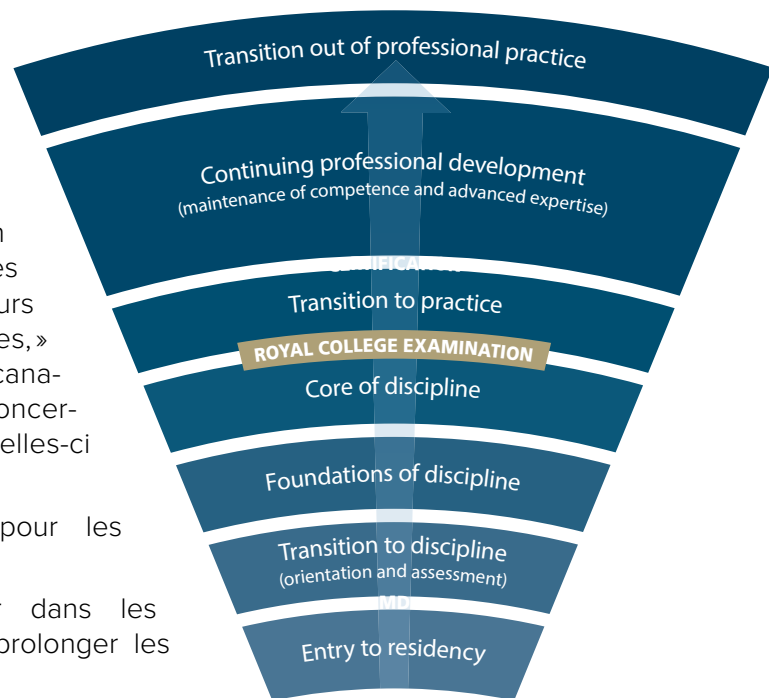
Développement, améliorations et suivi des compétences

Il existe une variété de nouvelles approches pour le développement de compétences en EMAC, qui inclut la formation basée sur la simulation et la création de plans d'apprentissage autogéré. De plus, des jalons et des activités professionnelles acquises (EPAs) offrent la capacité d'établir des normes de compétences et les moyens de les fixer. De cette façon, les jalons et les EPAs offrent des modèles mentaux partagés et un langage concret pour aider à clarifier les attentes éducationnelles des stagiaires en complétant certains objectifs de formation. Cela fournit des descriptions de comportements qui établissent le langage le plus abstrait de compétences et définissent l'analyse à un niveau granulaire (Carraccio, 2012) puisqu'il s'agit de marqueurs perceptibles des capacités d'un individu au long d'un programme de développement (Collège royal, 2016b).

Une des raisons citées pour l'EMAC est l'accent porté aux résultats d'apprentissage (plutôt que les processus), surtout dans une époque de plus grande transparence publique (Frank, 2010a). L'EMAC préconise que les contenus d'éducation et de formation qui ne contribuent pas à la préparation de l'exercice de la médecine doivent être abandonnés, et il s'agit d'une évolution par rapport à un accent sur les connaissances vers «les compétences, les attitudes et leurs synthèses vers les compétences observables,» (Frank, 2010a). La communauté médicale canadienne doit poser plusieurs questions clés concernant les approches curriculaires en EMAC. Celles-ci incluent :

- Le programme sera-t-il bénéfique pour les stagiaires ?
- Les stagiaires pourront-ils participer dans les programmes et offrir des soins sans prolonger les heures de service ?
- Qui devrait établir et valider les programmes ?

Competence by Design (CBD)



Source:
Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

Flexibilité et réflexion de la pratique indépendante

L'EMAC peut offrir une formation reflétant mieux la pratique future. Alors que les systèmes de stages et d'évaluation basés sur la durée forment les apprenants afin qu'ils soient d'excellents résidents, l'EMAC peut avoir la flexibilité et l'approche curriculaire pour former les résidents afin qu'ils soient des médecins excellents et compétents pratiquant de façon indépendante. L'EMAC offre la possibilité de plus grandes occasions axées sur l'apprenant afin de permettre l'adaptation de l'enseignement médical, la formation et la livraison de programmes envers les besoins d'apprentissage d'un individu. Cela offre également une approche flexible pour accommoder les apprenants qui ont besoin de plus ou moins de temps dans certains domaines. En vertu de l'EMAC, les zones de faiblesse identifiées par un résident ou un membre du corps professoral peuvent être plus facilement renforcées lors du parcours vers la pratique indépendante.

Un autre avantage de l'EMAC est que les compétences de haut niveau associées aux domaines avancés de compétences peuvent être identifiées et offertes aux résidents comme un cadre d'action. Par exemple, les internistes généraux peuvent être capables de démontrer une compétence ciblée en médecine obstétricale ou en thrombose, et les résidents en médecine familiale pourraient être capables de démontrer des compétences en psychothérapie. À l'avenir, les ordres professionnels et les programmes individuels pourraient considérer la remise de certificats ou de diplômes basés sur ces compétences avancées. La formation au sein d'un environnement d'EMAC basé sur l'analyse peut offrir des occasions avec une gradation des niveaux de difficulté et la progression des compétences qui peuvent améliorer la confiance et les compétences d'un stagiaire. Cela peut se produire de façon qui ne serait pas possible dans un environnement clinique par ailleurs non structuré et imprévisible.

Inversement, si, malgré les meilleurs efforts du stagiaire et du système, un résident est incapable de démontrer une certaine compétence, il n'est pas précisé clairement quelles devraient être les conséquences.

Une activité professionnelle acquise (EPA) non satisfaite devrait-elle être considérée comme un aspect essentiel des champs de la pratique prévue du médecin ? Est-ce que ceci introduit le concept de restrictions des permis d'exercice avant même le début de la pratique indépendante ? Cela exigera-t-il une formation formelle observée supplémentaire via le développement professionnel continu après l'achèvement du programme de formation en résidence ? À quel moment un résident prolonge-t-il son temps de formation pour accomplir des compétences insatisfaites ?

Établissement des attentes

Une partie essentielle de la conception de programmes est le développement de jalons et d'activités professionnelles acquises (EPA). Des jalons génériques ont déjà été créés pour chaque rôle du CanMEDS, et alors que chaque discipline fait la transition vers la compétence par conception (CPC), leur comité respectif des spécialités utilisera le guide des jalons de CanMEDS comme base pour le développement des jalons propres à leur discipline. Ils construiront également des EPAs selon le contexte et les responsabilités de la discipline (Collège royal, 2016b). L'EMAC comprendra également l'incorporation de nouvelles pratiques dans le programme et créera des liens entre les EPAs et les stratégies d'évaluation (Collège royal, 2014a). Certains programmes ont déjà commencé à développer leurs propres jalons et programmes en EMAC à l'avance du calendrier de mise en œuvre du Collège royal et certains programmes, comme ceux en médecine familiale, ont déjà été transférés.

Les jalons et les EPAs travaillent ensemble afin de rendre l'évaluation plus pratique et la placer dans un contexte clinique. Habituellement, chaque EPA intègre plusieurs jalons et nécessite généralement les huit composants suivants :

- Travail professionnel essentiel dans un contexte quelconque
- Connaissance/compétence adéquate
- Conduit vers la production d'une main-d'œuvre professionnelle
- Seulement effectué par un personnel qualifié
- Indépendamment exécutable
- Exécuté dans un échéancier
- Perceptible et mesurable
- Corresponds à une ou plusieurs compétences (Ten Cate, 2005)

Des jalons et des EPAs bien structurés validés sont au centre du programme de l'EMAC. Alors que des preuves concrètes pour le contexte médical peuvent manquer, les meilleures pratiques développées dans d'autres domaines tendent à démontrer que les démarches compréhensives et itératives comme la méthode DELPHI peuvent être les meilleures.

Si les normes d'apprentissage sont fixées trop basses et que l'on utilise l'approche du plus petit dénominateur commun, ceci peut avoir des effets négatifs sur la formation en médecine et la motivation de l'apprenant. D'autre part, si les EPAs sont mal conçus avec des seuils de réussite plus élevés à ce qui est nécessaire, cela pourrait interférer avec la provision de soins efficaces et de haute qualité et empêcher les résidents d'obtenir un volume suffisant d'expérience pour exercer la médecine de façon indépendante et sécuritaire.

L'EMAC aidera à assurer que les résidents soient exposés à toutes les présentations cliniques requises pour l'exercice de la médecine. Cela dit, le potentiel de réductionnisme en formation médicale demeure si les jalons et les autres composants principaux en EMAC sont réduits à leurs plus simples composants. Les évaluateurs

ne devraient pas négliger l'importance de maintenir une vision globale d'un médecin praticien compétent. Des jalons et des EPAs discrets devraient refléter la pratique future et le développement de médecins entièrement compétents et intégrés, tout en évitant de réduire les compétences à leurs composants rudimentaires.

Expositions cliniques et exigences de service

Les programmes doivent assurer qu'ils ont des expériences cliniques suffisamment profondes et étendues afin de permettre aux résidents d'acquérir les compétences nécessaires. Plusieurs programmes abordent ce problème en permettant à leurs résidents de faire des stages à différents sites avec des capacités cliniques nécessaires comme le trauma, les soins intensifs et les sous-spécialités chirurgicales. Cette approche offre une vraie exposition clinique aux résidents dans toutes les compétences nécessaires et ces solutions peuvent être complétées par des éléments curriculaires auxiliaires, y compris la simulation, des plans d'apprentissage autogérés, des cas facilités, des clubs de lecture et des modules en ligne. La formation fondée sur la simulation place les apprenants dans un scénario simulé, comme une urgence médicale ou chirurgicale grave, et permet aux résidents d'acquérir de l'expérience et d'accroître leur confiance et leur compétence dans un environnement d'apprentissage simulé et protégé.

En créant des plans d'apprentissage autogérés, les apprenants peuvent identifier les compétences qui doivent être améliorées et établir la priorité du développement de leur apprentissage et de leurs compétences autour de ces objectifs. Les objectifs devraient être précis, mesurables, responsables et inclure des retards pour l'accomplissement. Les programmes **doivent** assumer la responsabilité d'assurer que les résidents ont une exposition clinique suffisamment variée et profonde afin d'atteindre les jalons nécessaires et d'obtenir des EPAs. Bien que des éléments curriculaires alternatifs peuvent compléter l'éducation des résidents, la réussite des compétences devrait avoir lieu par l'entremise d'expositions cliniques directes.

L'EMAC peut faire en sorte que lorsque les résidents offrent un service clinique, ils obtiennent également de l'expérience pertinente qui sera ajoutée à leur apprentissage alors qu'ils sont formés pour devenir des médecins exerçant la médecine de façon indépendante. Annexée à cette occasion est la distribution équitable de couverture de garde et de service parmi les membres du personnel interne. Plusieurs programmes subiront une période de transition pendant laquelle certains résidents suivront un programme d'études traditionnel tandis que d'autres participeront à un programme de EMAC. Dans cette éventualité, les programmes devraient faire tout en leur pouvoir de traiter avec justice les résidents de chaque groupe. Notamment, tous les résidents devraient avoir un accès équitable à de l'expérience clinique grandement sollicitée basée sur le niveau de formation. De plus, il existe un risque que des résidents dans un programme en EMAC à temps flexible qui ont démontré certaines compétences qui passent au-delà d'un stage laisseront les autres membres du personnel interne avec une augmentation du fardeau des appels de services et des appels en dehors des heures de services. Il est idéal pour les programmes d'établir les exigences à l'avance conformément aux contrats et de les maintenir, peu importe la progression pendant les stages.

Amélioration continue

Puisque tout cela est nouveau, il existe un manque d'éléments de preuves liés à la construction d'un programme d'étude postdoctorale en médecine basé sur les compétences. Un examen approfondi de la documentation par MRC a démontré plusieurs rapports de cas où les programmes qui ont effectué la transition, cependant, ils ont un manque de processus ou de comparaison basée sur les résultats qui pourrait être utilisé pour justifier les revendications de la supériorité de l'EMAC.

La transition en cours vers l'EMAC offre au Canada l'occasion d'être un leader international dans une nouvelle méthode de formation des professionnels en médecine. Puisque le nombre de preuves actuelles est limité, la

communauté médicale devrait mettre l'accent sur l'amélioration continue de la qualité lors de la mise en œuvre, particulièrement en ce qui concerne les systèmes d'analyse, de promotion, d'évaluation et d'agrément. Il est inévitable que la première édition de compétences, de jalons et d'EPAs ait des lacunes et des insuffisances reconnaissables. Il est donc essentiel que les programmes adoptent une attitude d'amélioration continue dans laquelle les éléments distincts de l'EMAC sont affinés et validés à plusieurs reprises.

Thème 3 : ANALYSE ET PROMOTION

Vue d'ensemble

Des compétences que l'on peut observer et démontrer servent de point central à l'EMAC et sa mise en œuvre réussie. Les collèges médicaux du Canada sont en train de restructurer leurs processus de références, d'agrément et d'examen afin de s'aligner avec une approche basée sur les compétences. La CPC propose un abandon des rapports d'évaluation en cours de formation traditionnellement utilisés en faveur de l'évaluation pragmatique accrue des jalons et des EPAs. Le Curcus Triple C du CMFC repose sur les observations directes et la documentation quotidienne sous la forme de notes de terrain afin de guider les analyses formatives périodiques. Chaque système utilise un portefeuille afin de suivre l'apprentissage et l'évaluation des résidents et continuera d'examiner les résidents grâce aux examens normalisés d'envergure nationale.

Assessment

L'analyse dans un modèle d'enseignement basé sur les compétences aura probablement besoin de temps et de ressources supplémentaires. L'analyse comprend des méthodes, des outils et des processus utilisés pour générer de l'information concernant la préparation de l'apprenant à progresser lors de la formation ou commencer à exercer la médecine. Des exemples incluent l'observation directe, les rétroactions formatives, les portefeuilles, les examens cliniques objectifs structurés (ECOS), les simulations et les mini-examens cliniques. Il a été proposé que l'EMAC s'appuiera sur l'observation directe des résidents par des membres bien formés du corps professoral afin d'évaluer correctement les jalons (Barr, 2014). Étant donné que l'EMAC est actuellement en train d'émerger dans le contexte de l'enseignement médical au Canada, il existe des exemples limités d'outils d'analyse, au Canada ou ailleurs, qui sont validés pour l'évaluation des compétences des stagiaires au sein d'un programme d'étude en EMAC. L'évaluation et la validation constante, ainsi que l'amélioration continue de la qualité des outils d'analyse doivent être au centre de la mise en œuvre de l'EMAC au niveau régional et national.

Une étude a examiné les méthodes d'analyse actuelle pour l'évaluation des compétences de base de l'ACGME, qui définissent le programme d'étude américain en formation médicale postdoctorale. L'étude a démontré que les observations directes et l'analyse globale sont les principaux outils d'analyse utilisés (Lowry, 2013). Cependant, les différences entre les outils utilisés et les évaluateurs qui les utilisent étaient présentes et dépendantes des compétences évaluées. L'environnement dans lequel un résident est formé (p. ex., un environnement ambulatoire par rapport à un environnement hospitalier) influence également, paraît-il, la stratégie d'analyse (p. ex., les patients en tant qu'évaluateurs). Ceci suggère que l'analyse en EMAC présente de nombreux aspects et qu'il n'existe pas une simple solution. Plusieurs études ont démontré que la meilleure façon d'analyser l'atteinte des jalons et des compétences est grâce à une approche à plusieurs volets, et que les outils d'analyse courants n'arrivent pas à évaluer de façon suffisante toutes les compétences en parts égales ou suffisamment lors d'expériences longitudinales (Donato, 2012, Hauff, 2014).

Des études sur l'adoption des compétences de base de l'ACGME ont identifié plusieurs lacunes au sein des outils d'analyse existants. Plusieurs méthodes actuelles dépendent des évaluations selon

l'échelle Likert, et dont une étude a démontré un manque d'identification des stagiaires ayant besoin de soutien supplémentaire afin d'acquérir les compétences assez tôt en déclarant « tous les candidats exceptionnels et aucun candidat convenable », (Lowry, 2013). Les chercheurs ont identifié le manque d'expérience chez les membres du corps professoral, les restrictions temporelles et la mauvaise utilisation des buts et des objectifs lors des interactions quotidiennes comme les principaux facteurs derrière ces problèmes.

Le Collège royal a proposé d'abandonner les rapports d'évaluation en cours de formation qui se fient souvent sur l'échelle Likert pour une analyse plus programmatique à intervalles réguliers. Cependant, les analyses basées sur des échelles continueront probablement d'être utilisées d'une façon ou d'une autre. L'utilisation d'échelles de niveau de fiabilité offre un contraste intéressant par rapport aux évaluations utilisant l'échelle Likert (Rekman, 2016). Ces nouvelles échelles exigent qu'un superviseur analyse la fiabilité d'un stagiaire de compléter un tâche assignée de façon indépendante ce qui est, en principe, le but des EPAs pour la formation indépendante des médecins. Par exemple, sur une échelle de 1 à 5, tous les résidents débuteraient essentiellement à 1/5 (p. ex., nécessite une orientation pratique complète) dans le but de rejoindre 5/5 (c.-à.-d., indépendance complète) pour chaque EPA. Ceci abandonne l'idée d'être comparé à vos pairs sur une échelle qui fait appel à l'utilisation de qualificatifs, comme supérieur/inférieur à la normale ou satisfaisant/insatisfaisant. Plus important encore, cela offre plus de clarté et de transparence en ce qui concerne le progrès d'un apprenant et permet au programme d'identifier des occasions supplémentaires pour le développement de compétences. Toutefois, cela met l'accent sur la subjectivité de l'analyse des compétences qui fait reposer de plus en plus la responsabilité sur le niveau de confort du superviseur en ce qui concerne les capacités d'un résident. Cette approche exige également une augmentation du nombre d'interactions quotidiennes entre les superviseurs et les résidents.

Un concept de plus en plus populaire en enseignement médical est celui de l'exploration des données sur les résultats des patients aux fins d'évaluation. Ce concept a été appliqué à l'évaluation des programmes d'obstétrique et de gynécologie aux États-Unis (Asch, 2014) et a prouvé avec succès l'existence de différences importantes dans les taux de complications maternelles parmi les diplômés de différents programmes de résidence. Certains sont pour l'application de ces concepts dans l'évaluation de tous les programmes de résidence, tandis que d'autres aimeraient voir l'application lors de l'évaluation des résidents individuels. Une grande prudence doit être appliquée dans ces deux cas en raison de la complexité des environnements cliniques. Asch et coll. reconnaissent que les complications maternelles sont probablement plus reliées directement au médecin que dans d'autres environnements cliniques en raison de la santé relative de leur patient et les soins presque individuels offerts par le médecin. De plus, l'environnement de la formation médicale postdoctorale au Canada est assez compliqué en ce qui concerne les variations provinciales de l'état de la santé de la population et des systèmes cliniques qui peuvent avoir un effet indu sur les résultats des patients indépendant du résident ou de son programme de formation. Enfin, le suivi des données de résultats des patients pour les résidents individuels risque de compromettre l'expérience formative du contexte d'apprentissage et/ou peut causer potentiellement du tort aux perspectives d'emploi de l'individu si leur information est traitée de manière inappropriée.

Field Notes

Des outils d'analyse comme les notes de terrain, des portefeuilles et des examens réguliers de progrès avec des conseillers permettent l'analyse formative continue des résidents (Ross, 2012). Les notes de terrain, en particulier, furent développées pour faire le suivi des commentaires et des rétroactions en fonction de chaque cas lors des rencontres cliniques quotidiennes (CMFC, 2010, Lacasse, 2013). Elles sont destinées à prendre moins d'une minute à compléter, mais « elles indiquent qu'une compétence clinique a été évaluée, » (Donoff, 2009). L'accent est mis sur l'engagement d'évaluations formatives avec l'apprenant plutôt que

l'engagement direct avec l'apprenant. Cumulativement, les notes de terrain peuvent être utilisées comme une des contributions aux rapports d'évaluations en cours de formation ou d'autres évaluations finales plus globales (Donoff, 2009).

Le CMFC a commencé le processus d'incorporation de notes de terrain dans leur programme d'étude en EMAC en 1998. Le groupe de travail sur le processus de certification a utilisé un sondage auprès des médecins de famille pratiquant afin d'établir différents « domaines de compétences » en médecine familiale. Les quatre composants principales incluent :

1. Les dimensions essentielles de la compétence en matière d'habiletés
2. Les phases de la rencontre clinique
3. Les sujets prioritaires, les procédures de base et les thèmes
4. Les principales caractéristiques et les comportements observables

La combinaison de ces composants permet de déterminer les compétences « par l'entremise d'un processus d'échantillonnage continu, d'observations et de réflexions en ce qui concerne la performance de l'apprenant par rapport aux principales caractéristiques et comportements observables pour une série de problèmes (sujets prioritaires, procédures, thèmes) au long des phases d'une rencontre clinique, jusqu'à ce que les évaluateurs soient satisfaits que le médecin soit compétent dans toutes les dimensions en matière d'habiletés, » (CMFC, 2010)

Une étude de méthodes mixtes à l'Université Laval (n = 55) a souligné que l'intention d'utiliser ou non des notes de terrain est influencée par les composants de la théorie du comportement planifié proposée par Icek Azjen. Ces composants incluent : i) l'attitude envers l'activité (favorable ou défavorable), ii) la croyance normative (perception sociale des pressions de participer à l'activité) et iii) la perception du niveau de difficulté d'adopter le comportement (Lacasse, 2013, Azjen, 1991). Afin de tirer le plus grand avantage possible, Lacasse et coll. recommandent l'utilisation d'interventions visant des croyances saillantes à propos des notes de terrain avant leur mise en œuvre.

Compte tenu de la transition future vers l'EMAC, le Collège royal devrait tirer leçon des observations et des difficultés auxquelles a fait face le CMFC lors des changements à leur programme d'étude et leurs évaluations, y compris l'intégration réussie des notes de terrain.

Portefeuilles

Un autre outil d'évaluation avec des preuves croissantes de son efficacité est le portefeuille d'apprentissage. La mise en œuvre réussie de cet outil exige des attentes claires, l'incorporation des fonctions préexistantes du stagiaire, un contenu flexible, un examen de la part d'éducateurs cliniques expérimentés, l'adhésion et une durée de formation suffisante pour les apprenants et les mentors (Donato, 2012. Ross, 2012). Il a été démontré que les portefeuilles d'apprentissage facilitent l'analyse et le suivi du progrès des stagiaires et sont des outils éducatifs efficaces lors de l'acquisition des compétences pour les stagiaires (Lewis, 2008). Il semble que le potentiel du portefeuille en tant qu'outil d'apprentissage, ainsi que sa mise en œuvre réussie par l'entremise d'adhésion des résidents repose sur sa capacité d'encourager des rétroactions formatives et de promouvoir une autoréflexion guidée (Ross, 2012). Une étude britannique (Holt, 2010) souligne l'importance de l'autoréflexion envers l'analyse en EMAC. Une liste de vérification autoadministrée des compétences chirurgicales souligne différents aspects de la gamme de compétences d'un résident (p. ex., le leadership et la prise de décision) par rapport à une évaluation sommative de la performance dirigée par la faculté sur le même cas (p. ex., la communication). Les résultats ont démontré que les analyses globales et techniques ont été bien corrélées. Cela permet d'identifier l'autoréflexion comme une partie importante

de l'analyse des compétences (dans des cas où les évaluations externes ne pourraient pas répondre à nos attentes) et une compétence essentielle pour le développement professionnel continu.

Le Collège royal est en cours de développement d'un portefeuille électronique pour les résidents pour faire le suivi des progrès des résidents à l'échelle nationale. Ce nouveau service permettra aux résidents d'enregistrer l'accomplissement de jalons pendant leur résidence, suivre leur progrès et recevoir des rétroactions concernant des jalons propres aux spécialités, planifier, suivre et documenter les accomplissements d'objectifs personnels d'apprentissage et enregistrer leurs procédures et les activités de soins aux patients. Cette approche est semblable à celle utilisée par le CMFC en ce qui concerne le curriculum Triple C selon laquelle des évaluations formatives fréquentes sans enjeu fort sont amalgamées dans un portefeuille aux fins d'identifier des lacunes et déterminer l'admissibilité aux examens.

Le portefeuille électronique est un abandon du processus actuel utilisé dans plusieurs facultés. Dans l'ensemble, les résidents enregistrent leurs accomplissements auprès de leur université. Ceci crée un processus sans lien de dépendance avec les organismes d'accréditation et de certification. Un système national offre une occasion pour de la normalisation accrue, un soutien technique amélioré et moins de redondance entre les établissements. Il existe cependant des inquiétudes importantes concernant ce que ce changement signifie pour la protection des renseignements sur les résidents.

Les personnes impliquées dans le développement d'un portefeuille national pour les résidents individuels doivent évaluer soigneusement plusieurs éléments essentiels. Ils incluent l'emplacement de stockage des données des résidents et le type de données, tel que des données sommatives et/ou formatives. La confidentialité des résidents devrait être protégée pendant la durée de la formation et après. L'accès, la propriété et l'utilisation des renseignements personnels et pédagogiques des résidents, même s'ils sont sous forme agrégée, devraient être clairement définis. Les résidents devraient conserver la propriété de leurs propres renseignements. La promotion, la rééducation, l'admissibilité aux examens et la détermination décisive des compétences (à l'exception des examens du Collège royal) devraient être le domaine exclusif des directeurs de programmes, des comités de promotion/d'évaluation et/ou des facultés. Si les renseignements pédagogiques sont recueillis, ces derniers ne devraient pas être utilisés pour supplanter l'autorité des programmes individuels lors de l'évaluation des résidents. Enfin, puisque plusieurs facultés ont des portefeuilles locaux, ces derniers devraient être reconnus comme méthodes alternatives acceptables aux portefeuilles nationaux aux fins de suivi des compétences et de la progression des résidents au long de leur programme.

Plusieurs stagiaires utilisent actuellement leurs renseignements lors de la préparation d'une demande de poste de formation par l'entremise de notre processus de jumelage des résidents. Ceci est particulièrement vrai pour les étudiants qui entrent dans le système via le jumelage à des postes d'entrée postdoctoraux, mais demeure un facteur dans les candidatures à des programmes spécialisés. Les rapports narratifs d'évaluation en cours de formation et, dans certains cas, l'information quantitative sont demandés par les programmes aux fins de classement des candidats. Ceci a contribué à une crainte de fournir ou de recevoir une évaluation négative qui serait autrement interprétée comme une rétroaction constructive et serait donc positive et utile. Afin que l'EMAC puisse réussir, tous les groupes doivent collaborer afin d'éliminer ce défaut de notre système actuel. Les rétroactions, surtout celles destinées à être fréquentes et formatives, devraient être dissociées de tout processus de jumelage ou de recrutement pour que les conséquences involontaires d'une influence négative sur la candidature d'un individu ne posent pas de problèmes pour l'une ou l'autre des parties. De plus, la communauté médicale doit être consciente des préoccupations pour le respect de la vie privée concernant la transmission de l'information d'un résident pour un dépôt central comme le portefeuille électronique.

Promotion

En raison de la prise de distance avec un programme d'étude strictement limité dans le temps, il a été proposé de faire évoluer la promotion selon un continuum plutôt que sur un avancement discret d'année en année. Dans un programme de formation traditionnelle, les résidents progressent d'un stagiaire débutant à un stagiaire expérimenté à un médecin certifié sur une base de réussite de leurs stages limités dans le temps par l'entremise de rapports d'évaluation en cours de formation et d'un examen final de certification. Dans le système de la compétence par conception, on s'attend à ce que les résidents progressent de la « transition vers la discipline » à la « fondation de la discipline » à la « base de la discipline » et enfin, à la « transition vers l'exercice ». Les deux premiers stages correspondent au statut de résident débutant, tandis que les deux derniers stages correspondent au statut de résident expérimenté.

Les décisions concernant les compétences en vue de déterminer l'avancement devraient ultimement être prises centralement dans chaque programme. Il existe plusieurs exemples dans la documentation des comités de compétences qui ont été délégués de façon officielle à cette fin. La meilleure pratique suggère que la composition de ces comités soit hétérogène (French, 2013). En plus de médecins qui sont membres du personnel académique dans le domaine pertinent, les programmes peuvent également envisager la participation de résidents expérimentés, de médecins communautaires et de non-cliniciens compétents dans le domaine de l'analyse et de l'évaluation (p. ex., des psychométriciens). Il existe un manque de consensus concernant le rôle ou la participation du directeur de programme. Quelle qu'en soit la composition, ces comités devraient avoir des termes de référence qui définissent clairement les rôles et les responsabilités, y compris l'assiduité et des méthodes prédéterminées pour envisager l'avancement. Des principes et des normes uniformes devraient être utilisés pour chaque résident, ce qui pourrait nécessiter une évaluation itérative par plusieurs membres du comité. Les décisions concernant l'avancement ou la rééducation devraient être transparentes, et les résidents qui reçoivent ces décisions devraient avoir l'assurance que leur statut reflète précisément les besoins de formation et non un besoin secondaire du système ou du programme (p. ex., demandes de service). Un dispositif d'appel des décisions du comité auprès d'un organe supérieur devrait être inclus dans les termes de référence ou les règlements. Si une stratégie de comité est acceptée, le groupe devrait se rencontrer régulièrement et fréquemment afin de répondre aux besoins de leurs résidents et de n'assurer aucun retard dans la rééducation ou l'avancement en raison du processus administratif.

Examens

Le Collège royal étudie la faisabilité de déplacer les examens de certification à la fin du stage de formation « base de la discipline ». Ceci va à l'encontre de sa position actuelle à la fin de la formation et donc après le stage nouvellement tenté de la « transition vers la pratique » pour la plupart des programmes spécialisés du Collège royal. Ce déplacement permettrait à la dernière année de formation d'être consacrée à la préparation en vue de l'exercice indépendant (Collège royal, 2016c). La certification du Collège royal sera accordée à la suite de l'achèvement avec succès du stage « transition vers la pratique » déterminé par le programme. Les programmes du CMFC ont déjà remarqué un découplage de leur examen de certification en rapport à l'examen d'aptitude, partie II du Conseil médical du Canada (EACMC, partie II), ce qui offre une occasion de subir ce dernier à une date antérieure.

Le besoin continu de la réussite des examens de certification aux fins de compétences sert également de point d'hybridation entre le système traditionnel limité dans le temps et un système idéal indépendant de la durée basé sur les compétences. L'examen lui-même sert d'obstacle que doivent surmonter les stagiaires pendant leur formation, mais pas nécessairement pour prouver leur compétence. Le calendrier des examens du Collège a typiquement été stable en raison d'enjeux concernant la capacité et les ressources nécessaires

pour organiser les examens. Les organismes offrant des examens devraient envisager de développer la capacité nécessaire pour offrir l'examen plusieurs fois pendant l'année afin de ne pas retarder la formation ou la transition vers la pratique, ou limiter l'occasion pour une période de formation consacrée à la transition vers la pratique. Peu importe le moment de l'examen, il convient de tout faire afin d'assurer que tous les candidats admissibles pour écrire l'examen, déterminé par leur programme, sont qualifiés pour le faire.

Thème 4 : Ressources

Vue d'ensemble

Le Collège royal a constaté que le développement lié aux outils d'aide au développement du corps professoral commencera et se poursuivra pendant plusieurs années après le lancement officiel du CanMEDS 2015. Cela inclura des objectifs de formation propres à la spécialité et d'autres ressources associées. Après le début de l'intégration des jalons propres à la spécialité, le Collège royal déploiera un grand nombre d'outils et de soutiens éducatifs et d'aide au développement du corps professoral, y compris des gabarits aux fins d'analyse, une série d'ateliers sur le développement du corps professoral, des rencontres en personne, des webinaires et des séances spéciales lors de la Conférence internationale sur la formation des résidents afin d'aider les membres des facultés à enseigner et analyser les compétences. Le Collège royal a également créé une unité pour le développement et la diffusion des produits éducatifs dans le but de soutenir ce travail en partenariat avec la communauté de l'enseignement médical et les facultés de médecine à travers le pays. Il fournira également des activités et des outils de développement stratégique du corps professoral conçus spécifiquement pour aider les programmes à mettre en œuvre les mises à jour du CanMEDS 2015.

Considérations des ressources

Comme indiqué ci-dessus, les obstacles identifiés à surmonter pour la mise en œuvre réussie de l'EMAC incluent toujours des inquiétudes concernant les ressources — habituellement le financement et les lacunes de temps (Malik, 2012). Dans le rapport du futur de l'enseignement médical postdoctoral sur l'éducation basée sur les compétences en enseignement médical postdoctoral, les ressources essentielles identifiées et incluses étaient le temps, l'intérêt et l'argent. Ces ressources ont été énumérées dans des études de cas et des entrevues comme étant des « leçons apprises lors du développement » ou de « principales réussites ou facteurs délicats pour la mise en œuvre ». De plus, l'appui et le soutien ont été définis comme étant « nécessaires pour la réussite, » (Glover Takahashi, 2011).

Les besoins potentiels en ressources financières, humaines, techniques et physiques pour l'EMAC sont incertains à l'heure actuelle. Notre système actuel fonctionne principalement en silos et les réalités au niveau des ressources ne sont pas les mêmes pour les provinces, les villes, les universités, les programmes et les hôpitaux. Donc, l'adoption d'un système d'EMAC aura un impact différent sur chacun. Quelles que soient ces réalités, notre système doit assurer la pertinence des ressources pour le soutien de l'EMAC puisque ces dernières sont primordiales pour la mise en œuvre réussie. De plus, les exigences en ressources ne devraient pas exercer des pressions inutiles sur les systèmes cliniques, compromettre les soins cliniques ou avoir un impact négatif sur la formation des résidents dans des programmes traditionnels de formation ou la formation des non-médecins (infirmiers/infirmières, services de rééducation, étudiants en médecine, etc.).

Les répercussions financières seront probablement considérables. Cela est particulièrement vrai pendant la phase de transition, nécessitant une période budgétaire minutieuse et approfondie bien avant la période de mise en œuvre afin d'assurer que les coûts ne surchargeront pas le système. Les dépenses de soins de santé restent en progression, évoquant la crainte lorsque de nouvelles demandes sont proposées. Lorsque les intervenants identifient des contraintes budgétaires, ils devraient faire tout en leur pouvoir pour

identifier des inefficacités dans le système et adopter des stratégies « maigres » dans le cadre des stratégies d'amélioration continue de la qualité susmentionnées afin de réduire les coûts au fil du temps.

Développement du corps professoral

Un des plus importants défis de la transition vers l'EMAC est le besoin de reformer les éducateurs médicaux et les membres du corps professoral dans les nouvelles méthodes d'évaluation et de formation. S'étant formés eux-mêmes dans un modèle presque exclusivement basé dans le temps, les membres du corps professoral universitaire auront besoin d'un soutien intensif afin d'assurer que la restructuration de l'enseignement médical se déroule sans problème et soit mise en œuvre efficacement. À l'ère d'une diminution du soutien financier, l'EMAC exigera plus de temps et de ressources de la part d'une équipe du personnel de plus en plus accablée. Il est clair que les programmes doivent recevoir du temps et des rémunérations pour faire face à des difficultés uniques et inattendues. Particulièrement, des défis prévus pour les membres du corps professoral impliquent l'analyse de jalons fixés, offrir des rétroactions et développer des plans d'apprentissage pour combler les lacunes en éducation.

Puisque l'EMAC se fonde sur un cadre d'observations directes, d'analyses fréquentes et de rétroactions formatives, la communauté médicale devrait mettre un accent important sur la formation du corps professoral requis pour mener ces efforts à bon terme (Barr, 2014). Un manque de financement et de développement servira à indisposer les exigences d'apprentissage et de service au détriment des apprenants et des membres du corps professoral (Wang, 2011). Bien que la recherche concernant les risques et les meilleures pratiques pour le développement du corps professoral dans un contexte canadien soit limitée, des études préliminaires ont souligné le besoin pour un développement extensif du corps professoral et une compréhension que l'analyse des compétences nécessite un changement de paradigme important (Aagaard, 2013).

Nous pouvons observer des exemples internationaux afin de nous donner un aperçu des risques potentiels et des meilleures pratiques. Le groupe de travail de l'*Alliance for Academic Internal Medicine Education Redesign* a examiné les avantages et les désavantages de l'EMAC dans des programmes de médecine interne aux États-Unis et demande un programme robuste de développement du corps professoral (Weinberger, 2010). L'examen a également indiqué que les premiers adoptants et les bons exemples dans le corps professoral, qui occupent les postes de champions et d'entraîneurs en EMAC, sont utiles lors de la formation et de l'éducation des autres employés. Un examen des pratiques en EMAC dans des programmes européens de chirurgie cardiothoracique a identifié deux défis : le manque d'instructeurs professionnels pour observer et analyser les stagiaires et le manque de financement offert pour les individus disposés à accomplir cette tâche (Wang, 2011). Les auteurs ont souligné l'importance du choix des membres du corps professoral qui envisage de s'impliquer dans l'éducation des résidents et recommande en outre des mesures d'analyse brèves et validées impliquant plusieurs évaluateurs dans le processus d'évaluation des résidents. D'autre part, l'expérience des autres groupes suggère que mandater une nouvelle structure peut être l'incitation nécessaire afin d'entraîner les changements puisqu'il y a toujours des traînants qui résistent aux changements au système dans lequel ils ont été formés (Glover-Takahashi, 2011).

Les défis associés à la façon dont le corps professoral développe la capacité d'analyser l'EMAC ont également été cités dans la littérature. Le modèle d'enseignement basé sur les compétences un changement de paradigme complet de la façon dont la plupart des membres du corps professoral ont été formés, et le développement de plans d'apprentissage individuels afin de combler les lacunes de compétence en EMAC demeure un nouveau défi à surmonter pour les enseignants. D'autres nouvelles stratégies incluant des exercices de réflexion, des mises en situation et des séances enregistrées auxquelles assistent les résidents ont été décrites comme améliorant le rôle du corps professoral en abordant les compétences comme celles de communicateur, de collaborateur et de professionnel (Brauch, 2013, Cote, 2014). De plus,

certaines peuvent percevoir que le changement des méthodes d'analyse et d'évaluation exige plus de temps et de ressources (Swing, 2010, Malik, 2012). Iobst et coll. (2010) affirment que «le développement du corps professoral mettant l'accent sur l'analyse fiable et valide est essentiel pour la mise en œuvre réussie de l'EMAC,» (Iobst, 2012). Cela est particulièrement important alors que les systèmes d'analyse de l'EMAC exigeront des paramètres pour assurer la qualité, ce qui demande intrinsèquement plusieurs évaluateurs utilisant une variété d'outils de manière cohérente.

Un exemple de développement du corps professoral est offert par le programme de médecine familiale de l'Université d'Ottawa et sur le site Web du processus de soutien universitaire (ASP) (Stodel, 2012). Une évaluation de l'ASP a déterminé que les précepteurs sont à la recherche d'outils et de ressources afin d'augmenter leurs stratégies d'apprentissage. Le site Web fournit une structure pour le développement de plans d'apprentissage pour les résidents qui ont des difficultés et pour ceux qui sont académiquement forts. Un sondage auprès des précepteurs a indiqué que cette ressource était utile pour fournir un langage afin d'identifier et de formuler des buts concrets pour les résidents, et les précepteurs se sentaient plus confiants dans leurs compétences à développer un plan d'apprentissage pour un résident dans le besoin après avoir utilisé les ressources.

Références

1. Aagaard, E. et coll. (2013). *Early Feedback on the Use of the Internal Medicine Reporting Milestones in Assessment of Resident Performance*. Journal of Graduate Medical Education, septembre 2013.
2. Asch, DA. et al (2014). *How do you Deliver a Good Obstetrician?* Acad Med. 2014; 89:24–26.
3. Barr, K. et Teresa Massagli (2014). *New Challenges for the Graduate Medical Educator Implementing the Milestones*. Am J Phys Med Rehabil 2014; 93: 624-631.
4. Brauch, R. et coll. (2013). *A Qualitative Study of Improving Preceptor Feedback Delivery on Professionalism to Postgraduate Year 1 Residents Through Education, Observation, and Reflection*. The Ochsner Journal 13:322–326, 2013.
5. Carlsen, C. et al. (2014). *Is Current Surgical Training Efficient? A National Survey*. Journal of Surgical Education Volume 71 Number 3, mai/juin 2014.
6. Carraccio, C. (2002). *Shifting Paradigms: From Flexner to Competencies*.
7. Carraccio, C. (2012). *Entrustable Professional Activities (EPAs): The Competencies and Milestones in Context*. PowerPoint presented at the SCTC Meeting, mai 23, 2012.
8. Carraccio, C. et Robert Englander (2013). *From Flexner to Competencies: Reflections on a Decade and the Journey Ahead*. Academic Medicine 2013; 88: 1067–1073.
9. Cote, L et Patricia-Ann Laughrea. (2014). *Preceptors' Understanding and Use of Role Modeling to Develop the CanMEDS Competencies in Residents*. Academic Medicine, Vol. 89, No. 6, juin 2014.
10. Deloney, L. et al. (2012). *What Program Directors Think: Results of the 2011 Annual Survey of the Association of Program Directors in Radiology*. Acad Radiol 2012; 19:1583–1588.
11. Donato, A. et David L. George (2012). *A Blueprint for Implementation of a Structured Portfolio in an Internal Medicine Residency*. Academic Medicine, Vol. 87, No. 2, février 2012.
12. Frank, JF, Snell, L et al. (2010a). *Competency-based medical education: theory to practice*.
13. Frank, J.R. et al. (2010b). *Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions*. Medical Teacher 2010; 32(8):631-637.
14. French, J, Dannefer, E, and Colbert, C (2014). *A Systematic Approach Toward Building a Fully Operational Clinical Competency Committee*. Journal of Surgical Education. 2014; 71(6) e22-e27.
15. Glover Takahashi S, Waddell A, Kennedy M, Hodges B. *Innovations, Integration and Implementation Issues in Competency-Based Training in Postgraduate Medical Education*. Members of the FMED PG consortium; 2011.
16. Hauer, K. et al (2013). *Developing Entrustable Professional Activities as the Basis for Assessment of Competence in an Internal Medicine Residency: A Feasibility Study*. J Gen Intern Med 28(8): 1110–4.
17. Hauff, S. et al (2014). *Programmatic Assessment of Level 1 Milestones in Incoming Interns*. Academic Emergency Medicine 2014; 21(6); 694-8.
18. Iobst, W. et al. (2010). *Competency-based medical education in postgraduate medical education*. Medical Teacher 2010; 32: 651–656.
19. Lewis, C. et al. (2010). *Web-Based Portfolios: A Valuable Tool for Surgical Education*. Journal of Surgical Research 161, 40–46 (2010).
20. Long, DM. (2000). *Competency-based Residency Training: The Next Advance in Graduate Medical Education*.
21. Lowry, B. (2013) et al. *Applying the Milestones in an Internal Medicine Residency Program Curriculum: A Foundation for Outcomes-Based Learner Assessment Under the Next Accreditation System*. Acad Med. 2013; 88: 1665–1669.
22. Malik, M. et al. (2012). *Barriers to Implementing the ACGME Outcome Project: A Systematic Review of Program Director Surveys*. Journal of Graduate Medical Education, décembre 2012.
23. Parker S. et al (2013). *Challenges faced by trainee psychiatrists working towards competency in psychotherapies*. Australas Psychiatry. 2013 fév.; 21(1):56-9.
24. Rekman, J et al (2016). *Entrustability Scales: Outlining their Usefulness for Competency-Based Clinical Assessment*. Acad Med. 2016; 91:186–190.
25. Ross, S. et al (2012). *Involving users in the refinement of the competency-based achievement system: An innovative approach to competency-based assessment*. Medical Teacher: 2012; 34: e143–e147.
26. Saucier, D et al (2012). *Competency-based curriculum for family medicine*. Canadian Family Physician. Vol 58: June 2012, 707-708.
27. Stodel, E. et al. (2012). *The Academic Support Process (ASP) website: Helping preceptors develop resident learning plans and track progress*. Medical Teacher: 2012; 34: e300–e308.
28. Swing, S. (2010). *Perspectives on competency-based medical education from the learning sciences*. Medical Teacher: 2010; 32: 663–668.
29. Ten Cate, O. (2005). *Entrustability of professional activities and competency-based training*. Medical Education 2005; 39: 1176–1177.
30. Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (2011). *White Paper on Competency-based Medical Education*. http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/educational_initiatives/cbme.pdf
31. Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (2014a). *Competence by Design: The work begins*. Dialogue: Vol. 14 No. 10, October 2014. http://www.royalcollege.ca/resources/publications/dialogue/vol14_10
32. Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (2014b). *Competence by Design (CBD): Testing and Consultation*. http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/cbd/cbd_testing_consultation_infosheet_e.pdf
33. Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (2015). *CBD Competence Continuum diagram*. http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/resources/cbd_competence_continuum_diagram_legal_e.pdf
34. Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (2016a). *Competence by Design (CBD): Moving towards competency-based medical education webpage*. <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/resources/cbme>
35. Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (2016b). *Milestones and EPAs: Practical and manageable teaching and assessment in residency training webpage*. <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/canmeds2015/milestones>
36. Le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (2016c). *Frequently Asked Questions: Competency-Based Medical Education and Competence by Design*. http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/resources/cbme/faq_cbd#six-1
37. Wang, T. et al. (2011) *A competency framework in cardiothoracic surgery for training and revalidation — an international comparison*. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 40 (2011) 816-825.
38. Weinberger, S. et al. (2010). *Competency-Based Education and Training in Internal Medicine*. Ann Intern Med. 2010; 153: 751-756.



222, rue Queen, bureau 402, Ottawa ON K1P 5V9
Téléphone : 613-234-6448 | Télécopieur : 613-234-5292 | info@residentdoctors.ca

residentdoctors.ca