

La compétence par conception :

Sondage éclair auprès des résidentes et résidents

Rapport sur
l'étude collaborative
de 2021

Publié en septembre 2022



Table des matières

Table des matières.....	2
Résumé.....	4
Principales constatations	5
Mise en œuvre globale	5
Mise en œuvre des composantes clés	5
Défis	5
Avantages	6
Bien-être des résidentes et résidents.....	6
Discussion	7
Variabilité de mise en œuvre	7
Effets sur la santé et le bien-être.....	8
Reconnaître les avantages	9
Limites.....	10
Une partie de l'équation	10
Prochaines étapes	10
Mise en contexte.....	12
Méthodes	13
Élaboration du sondage	13
Participant·es et participants.....	13
Outil de sondage et stratégie de diffusion	13
Consentement et confidentialité.....	14
Résultats.....	15
Taux de réponse.....	15
Taux de réponse global	15
Taux de réponse par établissement	16
Taux de réponse par discipline.....	17

Mise en œuvre globale	19
Mise en œuvre des composantes clés.....	22
Planification du programme d'études	23
Observation directe.....	27
Évaluation des activités professionnelles fiables (APC) en milieu de travail	30
Coaching en direct.....	33
Coaching en continu	36
Portfolio électronique	39
comité de compétence	42
Plans d'apprentissage personnalisé par étape.....	45
Formation des résidentes et résidents sur la CPC.....	48
Défis, avantages et incidence sur la santé et le bien-être.....	52
Soutien du programme	60
Discussion	61
Variabilité de la mise en œuvre	61
Mise en œuvre globale	61
Mise en œuvre des composantes clés.....	61
Annexe A : Équipe de projet	66
Appendix B – Survey Questions	67

Résumé

INTRODUCTION

Le présent rapport présente les résultats d'une étude collaborative de Médecins résidents du Canada (MRC) et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal) qui vise à mieux comprendre comment les résidentes et résidents ont vécu le lancement de La compétence par conception (CPC). Le Sondage éclair auprès des résidentes et résidents est adapté du Sondage éclair auprès des directeurs de programme du Collège royal.

Aux fins de l'étude, un sondage électronique a été mené à l'automne 2021 pour évaluer comment les résidentes et résidents vivaient le lancement de la CPC, et pour mesurer le degré de mise en œuvre des composantes essentielles (composantes clés) de la CPC, qui comprennent les éléments suivants :

- Planification du programme d'études
- Observation directe
- Évaluation des activités professionnelles fiables (APC) en milieu de travail
- Coaching en direct
- Coaching en continu
- Portfolio électronique
- Comités de compétence
- Plans d'apprentissage personnalisé par étape

Les résidentes et résidents devaient répondre à des questions sur les avantages et les défis de la mise en œuvre de la CPC, et sur les effets de la transition vers la CPC sur leur santé et leur bien-être.

Le sondage est resté accessible pendant un mois. Pendant cette période, 649 résidentes et résidents y ont répondu (15 % des personnes ciblées¹). Les personnes répondantes viennent de 13 établissements et de 37 des 41 disciplines officiellement engagées dans une démarche de CPC au moment du sondage.

¹Résidentes et résidents qui faisaient partie de programmes ayant adopté la CPC au moment de l'étude. Les résidentes et résidents des établissements québécois n'ont pas été sondés, car ils sont représentés par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), qui dispose de son propre sondage pour cette population et n'a pas souhaité collaborer à la présente étude.

Principales constatations

Mise en œuvre globale

Les personnes répondantes devaient indiquer, sur une échelle de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord) dans quelle mesure elles étaient d'accord avec l'énoncé suivant : « De façon générale, la mise en œuvre de la CPC se déroule bien dans mon programme ». Les réponses sont généralement très variables : 36 % des répondantes et répondants déclarent être complètement en désaccord ou en désaccord, 37 % se disent d'accord ou tout à fait d'accord, et 26 % sont sans opinion. La répartition des réponses positives ou négatives varie selon la discipline et l'établissement.

Mise en œuvre des composantes clés

Les composantes clés et leurs échelles ont été rédigées selon un processus appelé schématisation de l'innovation. Les composantes clés représentent les parties constituantes de l'ensemble, qui dans ce cas est la CPC (Hall et Hord, 2015). L'échelle de chaque composante représente les niveaux allant d'une mise en œuvre idéale de la composante à l'absence de mise en œuvre de la composante (Hall et Hord, 2015). Cet outil a permis de mesurer la conformité de la mise en œuvre ou le degré de présence des composantes essentielles de la CPC dans un programme. L'endroit où un programme correspond le mieux aux données observables indique où il se situe à peu près dans l'échelle qui mesure le degré de conformité (Hall & Hord, 2015).

Composantes dont la mise en œuvre est perçue comme la plus conforme	Composantes dont la mise en œuvre est perçue comme la moins conforme
Comités de compétence Portfolio électronique	Coaching en direct Observation directe Évaluation en milieu de travail Plans d'apprentissage personnalisé par étape

À l'instar du degré global de mise en œuvre, le degré de mise en œuvre de chaque composante varie selon les disciplines et les établissements.

Défis

Les personnes répondantes déclarent fréquemment qu'il était difficile de faire remplir les observations des APC par les membres du corps professoral. Elles indiquent que ces derniers sont parfois trop occupés pour les remplir, que certains

rechignent à le faire ou refusent, et que d'autres acceptent sans terminer le processus, laissant les observations des APC expirer.

Les résidentes et résidents expriment également leurs difficultés à terminer toutes les observations des APC demandées, en raison de la faible fréquence de l'APC, du peu d'occasions de l'observer, ou encore du grand nombre d'APC et de contextes exigés dans les plans d'évaluation des APC.

Les résidentes et résidents déplorent souvent le fait qu'il leur incombe entièrement d'amorcer les observations des APC et de s'assurer de la participation du corps professoral débordé. Les personnes répondantes indiquent aussi que le suivi de toutes les APC et des plans d'évaluations est compliqué et qu'il engendre un fardeau administratif et une charge cognitive difficiles à gérer.

Avantages

Les rétroactions sont un aspect positif fréquemment cité de la CPC. Les résidentes et résidents indiquent que des rétroactions en direct fréquentes et ciblées leur sont utiles dans leur apprentissage.

La clarté des apprentissages requis et des attentes fait également partie des avantages de la CPC cités par les répondantes et répondants, qui soulignent que de savoir à quoi s'attendre et de disposer d'un plan d'apprentissage bien défini les soulage de certaines incertitudes.

Les résidentes et résidents signalent aussi que le fait de documenter leurs expériences les aide à suivre leurs progrès et à prendre conscience des points à travailler, ce qui leur permet d'adopter une approche plus intentionnelle et ciblée de leurs apprentissages.

Bien-être des résidentes et résidents

Les personnes répondantes devaient indiquer les effets de la mise en œuvre de la CPC dans leur programme, sur une échelle de 1 (très négatif) à 5 (très positif). Une grande partie d'entre elles déclare que la transition a affecté leur santé et leur bien-être : 35 % des répondantes et répondants rapportent un faible effet négatif, tandis que 38 % signalent un effet négatif important. La sollicitation anxieuse des enseignantes et enseignants pour les observations des APC, le fardeau administratif et l'anxiété de ne pas atteindre les objectifs d'évaluation sont les

principaux facteurs qui nuisent à la santé physique et mentale dans le cadre de la CPC.

La transition présente un faible effet positif pour un petit nombre de répondantes et répondants (8 %). Seuls 1 % rapportent un effet positif important. Les aspects les plus bénéfiques de la CPC sur la santé physique et mentale sont la clarté et la connaissance des attentes et des progrès, et le sentiment de soutien par le programme.

Discussion

Variabilité de mise en œuvre

MISE EN ŒUVRE GLOBALE

À la question « Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : "De façon générale, la mise en œuvre de la CPC se déroule bien dans mon programme" », 36 % des résidentes et résidents ont répondu qu'ils étaient en désaccord, alors que 63 % se disaient en accord ou sans opinion. L'analyse des réponses par discipline montre cependant une grande hétérogénéité des opinions : on constate par exemple 15 % de désaccord chez les résidentes et résidents en pédiatrie et 54 % de désaccord chez celles et ceux en anatomo-pathologie. On constate le même écart de l'expression du désaccord (de 17 % à 57 %) entre les établissements et selon les régions. Ces résultats montrent que des facteurs contextuels, tant au sein des disciplines que des établissements, influent sur la mise en œuvre de la CPC, et qu'une réflexion en profondeur s'impose pour trouver les améliorations à apporter.

MISE EN ŒUVRE DES COMPOSANTES CLÉS

Le degré de mise en œuvre des composantes clés s'est avéré extrêmement variable selon les personnes répondantes. Certaines composantes, comme les comités de compétence et les portfolios électroniques, ont obtenu des résultats très conformes, c'est-à-dire que les évaluations des personnes répondantes étaient comparables ou identiques aux objectifs de mise en œuvre. En revanche, les composantes comme le coaching en direct, l'évaluation des APC en milieu de travail et l'observation directe, moins susceptibles d'être évaluées comme complètement mises en œuvre, ont obtenu des niveaux de conformité moins élevés. Dans la

première phase de mise en œuvre, les programmes d'étude étaient probablement axés sur les composantes opérationnelles essentielles de la CPC, comme les comités de compétence et les portfolios électroniques. Cependant, à présent que ces composantes clés sont en place, il conviendrait d'insister de manière continue sur les éléments moins structurels, comme le coaching en direct, dans le cadre du perfectionnement des corps professoraux.

La section du présent rapport sur les défis que pose la mise en œuvre explique les causes de cette faible conformité. Par exemple, les résidentes et résidents rapportent qu'il est souvent compliqué de faire en sorte que les membres du corps professoral remplissent les observations des APC à temps. Cette difficulté est imputable à la mise en œuvre incomplète de composantes comme l'observation directe, l'évaluation des APC en milieu de travail et le coaching en direct subséquent. Des études complémentaires sur les liens entre les difficultés rencontrées et le niveau de mise en œuvre des composantes clés pourraient permettre de cibler des interventions d'amélioration.

Comme pour la mise en œuvre globale, on observe des écarts importants dans la mise en œuvre des composantes clés de la CPC entre les disciplines et les établissements. Dans certains cas, les résidentes et résidents indiquent avoir l'impression que les composantes clés sont presque parfaitement mises en place, tandis que dans d'autres cas, ils rapportent des progrès plus lents et des difficultés de mise en œuvre. Cette disparité pourrait être le reflet du degré de proximité de chaque discipline ou établissement avec la démarche de la CPC avant la transition, plutôt qu'un indicateur de réussite de la mise en œuvre. Par exemple, il est possible que certaines composantes de la CPC (comme l'observation directe ou le coaching) étaient déjà intégrées à la routine quotidienne dans certaines disciplines. Les écarts peuvent aussi venir du déploiement progressif de la CPC, qui est à l'origine de l'échelonnement des dates de lancement par discipline, ou de l'adoption précoce d'aspects de la CPC par certains établissements. Ici aussi, une étude approfondie des facteurs de disparité dans le degré de mise en œuvre sera essentielle pour déterminer quel soutien apporter aux établissements ou disciplines qui en ont besoin, et quelles mesures d'adaptation sont nécessaires.

Effets sur la santé et le bien-être

Des études antérieures montrent que la CPC a une incidence sur la santé physique et mentale des résidentes et résidents (rapports de la FMRQ, rapports sur le Sondage éclair auprès des directeurs, Sondage national auprès des résidents et

groupes de discussion de MRC, entre autres). Le Sondage éclair auprès des résidentes et résidents leur donne l'occasion d'exprimer directement la nature et les causes de cette incidence. L'analyse des résultats confirme que la transition vers la CPC a eu un effet néfaste sur la santé physique et mentale de nombreuses personnes répondantes.

On constate ici aussi des écarts importants entre les disciplines et les établissements concernés, certainement pour des raisons très variées. Les commentaires narratifs permettent cependant de distinguer les sept aspects ayant eu la plus grande incidence sur la santé et le bien-être des résidentes et résidents dans le contexte de transition vers la CPC :

- Stress lié à la nécessité de solliciter le corps professoral pour observer les APC
- Fardeau administratif
- Inquiétudes quant à l'atteinte des exigences
- Inquiétudes quant à la pertinence de la CPC ou des APC
- Charge cognitive
- Anxiété d'évaluation et de performance
- Préoccupations liées aux APC

La cohérence et le niveau de détail de certaines des réponses permettent non seulement d'approfondir l'étude des points soulevés, mais aussi de passer à l'action. Les moyens de soulager le stress et d'alléger la charge de travail associées à la mise en œuvre de la CPC sont au cœur des discussions en cours. Les renseignements recueillis grâce au sondage vont alimenter ces discussions et permettre de trouver des moyens d'améliorer l'expérience des résidentes et résidents.

Reconnaître les avantages

Les résultats de cette étude ne sont pas uniquement révélateurs des difficultés rencontrées; ils montrent aussi les réussites et les signes indicatifs d'une mise en œuvre conforme. Des résidentes et résidents font part de ces avantages dans leurs commentaires narratifs. Rassembler et partager les témoignages de ces avantages et de ces expériences positives pourrait aider à comprendre quels aspects ou quelles stratégies de mise en œuvre ont favorisé une transition fructueuse pour certaines ou certains.

Limites

Bien que les résultats de ce sondage se veulent représentatifs des avis des résidentes et résidents de tout le Canada, plusieurs limites subsistent. Par exemple, le taux de réponse était de 15,1 % : bien que ce taux soit satisfaisant et similaire à ceux de précédents sondages de MRC, il implique que beaucoup de résidentes et résidents n'ont pas fait part de leur expérience et de leur point de vue. On ignore si le groupe des personnes répondantes est représentatif des résidentes et résidents sondés, ce qui pourrait ouvrir la voie à un biais de sélection.

De plus, au moment du sondage, la pandémie de COVID-19 faisait des ravages, affectait la santé physique et mentale des médecins, la qualité des soins, et les centres de formation faisaient face à de nombreuses limites aux causes diverses. Il n'existe pas de solution simple à ces problèmes complexes, et la crise sanitaire pourrait avoir exacerbé certaines des difficultés rencontrées.

Une partie de l'équation

Le Sondage éclair auprès des résidentes et résidents est l'une de nombreuses initiatives et évaluations menées dans tout le Canada visant à mieux comprendre l'expérience des futurs médecins avec la mise en œuvre de la CPC. Sachant que ce sondage ne constitue qu'une partie de l'équation, les résultats qui en émanent seront évalués en conjugaison avec les données provenant d'autres sources, à mesure que des plans pour l'avenir seront élaborés et adoptés.

La santé, le bien-être et la formation des résidentes et résidents sont au cœur des préoccupations de MRC et du Collège royal, qui sont résolus à travailler, de manière indépendante et en collaboration, pour améliorer l'expérience de formation. La section suivante présente certaines des prochaines étapes pour les deux organisations, dont certaines sont en cours d'examen et d'autres, en cours d'adoption.

Prochaines étapes

Le Collège royal a l'intention :

- de se concentrer davantage sur le bien-être des résidentes et résidents dans le cadre de la CPC par des sondages plus nombreux et une meilleure collaboration;



- de mieux expliquer les différences entre les disciplines et les établissements dans l'expérience de la mise en œuvre, afin de cibler les secteurs où il faut améliorer les processus et apporter plus de soutien;
- de cibler les composantes clés qui, selon les résidentes et résidents, présentent une faible conformité de mise en œuvre;
- de se lancer immédiatement dans l'élaboration de stratégies pour surmonter les défis vécus par les résidentes et résidents, afin d'améliorer à la fois la conformité de la mise en œuvre et le bien-être des résidentes et résidents;
- de poursuivre l'élaboration de plans d'action qui visent les difficultés que pose l'évaluation en milieu de travail.

MRC a l'intention :

- de réunir une équipe de spécialistes qui reverra et analysera rigoureusement les données issues du Sondage éclair et d'autres sources, dans l'optique de broser un portrait fidèle de l'expérience vécue par les résidentes et résidents;
- de préparer un exposé de position sur la CPC qui permettra d'orienter la justification des stratégies mises en place pour améliorer l'expérience des résidentes et résidents;
- de donner la priorité aux stratégies qui ont le meilleur potentiel d'amélioration du bien-être des résidentes et résidents tout en multipliant les occasions de faire progresser leur formation médicale.

Ensemble, les organisations veulent :

- reconnaître l'importance de la collaboration pour perfectionner la formation des résidentes et résidents et favoriser leur bien-être, visée qui est chère aux deux organisations;
- mener un sondage éclair cycliquement afin d'observer les changements dans le temps, de suivre l'évolution de nouveaux défis et d'évaluer les effets des stratégies mises en place;
- collaborer dans le cadre de projets et d'interventions visant l'amélioration de l'expérience des résidentes et résidents (sur les plans éducatif et psychologique).

Mise en contexte

L'approche par compétences est de plus en plus courante dans le monde (Nasca et coll., 2012, Frank et coll., 2015, Caverzagie et coll., 2017). Définie comme « une approche utilisée pour préparer les médecins à la pratique, fondamentalement axée sur les capacités des titulaires de diplômes et structurée en fonction des compétences découlant de l'analyse des besoins de la société et des patients », elle réduit l'importance mise sur la durée de la formation et propose une formation plus souple, centrée sur les besoins des apprenants et misant sur une plus grande responsabilisation (Frank et coll., 2010).

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a lancé sa propre initiative, La compétence par conception (CPC), un modèle hybride axé sur les compétences, conçu en fonction du contexte canadien de la formation médicale des spécialistes. La CPC étant une initiative complexe, l'évaluation des programmes nécessite l'adoption d'une approche multidimensionnelle longitudinale et systématique qui consiste à surveiller sa mise en œuvre et à identifier les défis et les possibilités d'amélioration de manière constante (Van Melle, Gruppen et coll., 2017; Van Melle, Frank et coll., 2017). À l'échelle du pays, les responsables de la formation médicale postdoctorale (FMPD) mènent d'importants travaux d'évaluation au sujet de la CPC.

Les témoignages et points de vue recueillis auprès de parties prenantes diverses permettront d'apporter des améliorations bénéfiques pour tous. Dans le même esprit de collaboration, les membres de Médecins résidents du Canada (MRC) ont uni leurs efforts à ceux de l'Équipe des opérations liées à l'évaluation des programmes de la CPC au Collège royal pour concevoir et diffuser, puis analyser un sondage portant sur l'expérience des résidentes et résidents en formation au sein de programmes de FMPD canadiens qui ont adopté la CPC. Les données recueillies dans le cadre du sondage serviront à examiner la conformité de la mise en œuvre de la CPC, à cerner les avantages et les obstacles rencontrés et les possibilités d'amélioration de la qualité, particulièrement en ce qui a trait à l'expérience d'apprentissage des résidentes et résidents.

Méthodes

Élaboration du sondage

Les membres du Collège royal et de MRC ([Annexe A](#)) ont conjointement œuvré à l'adaptation pour les résidentes et résidents du Sondage éclair auprès des directeurs de programme du Collège royal. Une schématisation a servi non seulement à définir les composantes essentielles de la CPC mais aussi à déterminer leur échelle. Les composantes clés sont les parties constituantes de l'ensemble, qui dans ce cas est la CPC (Hall et Hord, 2015). Les échelles pour chaque composante vont de la mise en œuvre idéale à l'absence de mise en œuvre (Hall et Hord, 2015). Une fois terminée, la schématisation a été incorporée au sondage ([Annexe B](#)) afin de déterminer la conformité de la mise en œuvre et le niveau d'inclusion des composantes essentielles de la CPC dans chaque programme. Là où un programme correspond le mieux aux données observables indique où il se situe dans l'échelle qui mesure le degré de conformité (Hall et Hord, 2015). Le sondage comportait également des questions sur les avantages et les défis rencontrés lors de la mise en œuvre de la CPC, sur la formation et les ressources disponibles, et sur l'incidence de la CPC sur la santé et le bien-être des résidentes et résidents. Le sondage a été testé par des résidentes et résidents, avant sa diffusion.

Participantés et participants

Le sondage ciblait les résidentes et résidents qui ont commencé leur formation au sein de disciplines où la transition vers la CPC avait officiellement été réalisée (la CPC avait été adoptée entre le début de 2017 et la fin de 2020). Médecins résidents du Canada (MRC) a collaboré avec les associations provinciales de MRC pour la diffusion du sondage. Les résidentes et résidents québécois, représentés par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), n'ont pas été sondés puisque la FMRQ n'a pas souhaité participer au projet.

Outil de sondage et stratégie de diffusion

Le sondage a été créé dans Alchemer, une solution en ligne sûre que le Collège royal a l'habitude d'utiliser. MRC s'est chargé de la coordination, et les associations provinciales ont diffusé le sondage aux résidentes et résidents admissibles.



Image issue du site de [MRC](#)

Le sondage, disponible pendant quatre semaines, a été diffusé le 5 octobre 2021 dans une invitation envoyée par courriel par les associations provinciales. Un courriel de rappel a été envoyé deux semaines plus tard. Les résidentes et résidents ont également été invités à participer au sondage dans une série de publications associées à une campagne sur les réseaux sociaux.

Consentement et confidentialité

La participation au sondage était volontaire; le consentement était implicite dès que l'on commençait à y répondre. Il était possible de cesser de répondre au sondage à tout moment. Les personnes répondantes fournissaient des renseignements sur leur discipline, leur année de résidence et leur établissement au début du sondage. Ces données servaient uniquement à :

- déterminer la représentativité de l'échantillon;
- permettre des comparaisons croisées dans l'ensemble de données;
- diffuser les données agrégées anonymisées à l'échelle des établissements avec ces derniers, si le nombre de réponses permet de préserver l'anonymat des personnes répondantes (plus de 10 réponses).

Les réponses individuelles ou par programme ne sont pas divulguées, diffusées ou utilisées d'une manière qui pourrait permettre d'identifier les personnes répondantes. Cette garantie de confidentialité figurait de manière explicite dans l'invitation envoyée par courriel, tout comme au début du sondage.

Résultats

Taux de réponse

Taux de réponse global



Taux de réponse global = 15,1 %
(649 réponses/4302 résidentes et
résidents concernés par la CPC*)

* Cette estimation du nombre de résidentes et résidents se base sur les données du Recensement annuel des stagiaires post-M.D. de 2021-2022.

Sont inclus dans le calcul du nombre de résidentes et résidents :

- Les résidentes et résidents des disciplines où la CPC a été officiellement lancée, conformément au calendrier de déploiement du Collège royal.
- Les résidentes et résidents inscrits dans des institutions et des programmes de résidence au Canada, à l'exception du Québec.
- Les résidentes et résidents qui ont commencé leur formation pendant le déploiement de la CPC. Par exemple, le nombre de résidentes et résidents concernés par la CPC en anesthésiologie (discipline où la CPC a été lancée en 2017) comprend des résidentes et résidents en R1, R2, R3, R4 et R5, alors qu'en pédiatrie (discipline où la CPC a été lancée en 2021), seuls les résidentes et résidents en R1 sont concernés.

Les réponses proviennent de résidentes et résidents des 13 établissements inclus dans l'étude.

Taux de réponse par établissement

Tableau 1 : Taux de réponse par établissemen

Faculté de médecine	N ^{bre} de réponses / N ^{bre} de résidentes et résidents concernés par la CPC	Taux de réponse
Université de la Colombie-Britannique	71/558	13 %
Université de l'Alberta	71/375	19 %
Université de Calgary	51/324	16 %
Université du Manitoba	54/240	23 %
Université de la Saskatchewan	37/204	18 %
Université Laval	39/362	11 %
Université McMaster	67/414	16 %
École de médecine du Nord de l'Ontario	16/48	33 %
Université de Toronto	102/812	13 %
Université Queen's	25/206	12 %
Université d'Ottawa	58/378	15 %
Université Dalhousie	46/257	18 %
Université Memorial de Terre-Neuve	12/113	11 %
Total	649/4302	15,2 %



Taux de réponse par discipline

Les résidentes et résidents de 34/41 (82 %) des disciplines ayant adopté la CPC ont répondu au sondage. Le tableau 2 montre la répartition des réponses par discipline.

Tableau 2 : Taux de réponse par discipline

Discipline	N ^{bre} de réponses / N ^{bre} de résidentes et résidents concernés par la CPC	Taux de réponse
Médecine de l'adolescence	3/3	100 %
Anatomo-pathologie	41/97	42 %
Anesthésiologie	58/504	12 %
Chirurgie cardiaque	4/31	13 %
Cardiologie (adulte)	4/49	8 %
Cardiologie (pédiatrique)	2/10	20 %
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	4/6	67 %
Immunologie et allergie clinique (adulte)	4/9	44 %
Pharmacologie clinique et toxicologie	1/1	100 %
Médecine de soins intensifs (adulte)	8/64	13 %
Médecine d'urgence	34/282	12 %
Gastroentérologie (adulte)	3/70	4 %
Gastroentérologie (pédiatrique)	3/8	38 %
Médecine interne générale	39/118	33 %
Pathologie générale	14/24	58 %
Chirurgie générale	22/160	14 %
Gériatrie	8/49	16 %
Gérontopsychiatrie	1/4	25 %
Médecine interne	141/1224	12 %
Oncologie médicale	11/58	19 %
Médecine périnatale et néonatale	1/2	50 %
Néphrologie (adulte)	2/54	4 %
Néphrologie (pédiatrique)	1/12	8 %
Neurologie (adulte)	13/94	14 %
Neurologie (pédiatrique)	2/17	12 %
Neurochirurgie	4/58	7 %
Médecine nucléaire	2/7	29 %
Obstétrique et gynécologie	40/235	17 %
Chirurgie orthopédique	14/116	12 %
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	7/120	6 %
Hématologie-oncologie pédiatrique	1/4	25 %
Pédiatrie	48/134	36 %
Médecine physique et réadaptation	11/51	22 %
Chirurgie plastique	2/49	4 %
Psychiatrie	66/312	21 %
Radio-oncologie	8/59	14 %
Pneumologie (adulte)	5/32	16 %
Rhumatologie (adulte)	8/56	14 %
Urologie	4/101	4 %
Chirurgie vasculaire	1/9	11 %

Total	649/4302	15,1 %
--------------	-----------------	---------------

Disciplines non représentées : pathologie judiciaire, psychiatrie légale, soins intensifs (pédiatriques), néphrologie (pédiatrique), chirurgie pédiatrique, pneumologie, rhumatologie (pédiatrique).

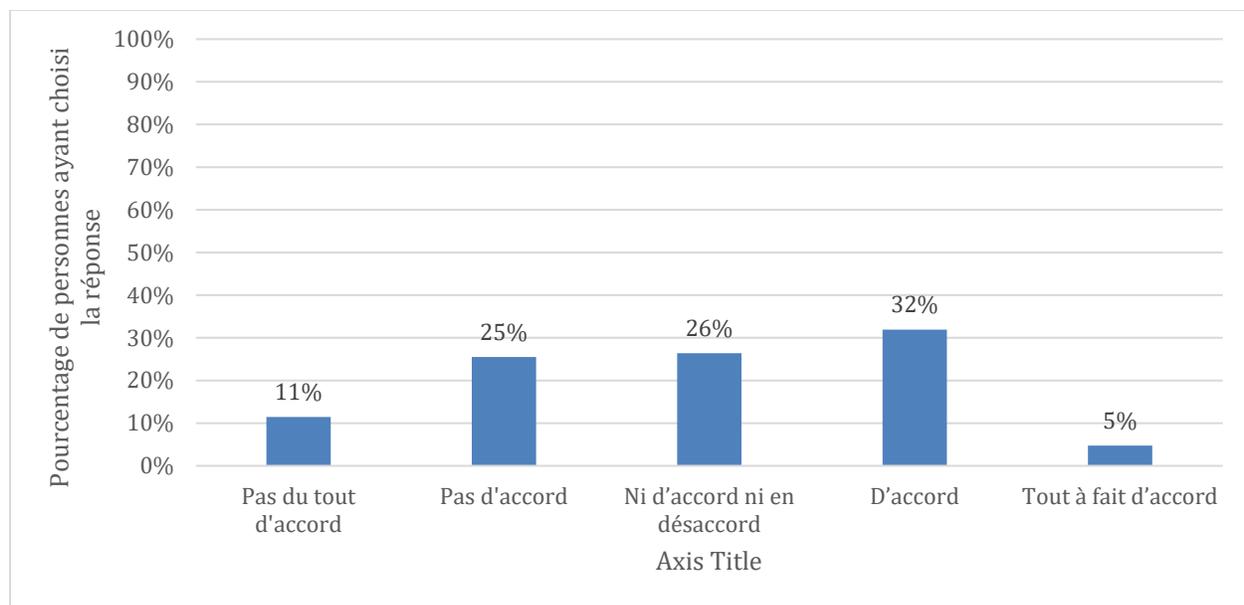
Tableau 2 : Taux de réponse par année de résidence

Année de résidence	N ^{bre} de réponses / N ^{bre} de résidentes et résidents	Taux de réponse
R1	165/1351	12,2 %
R2	170/1209	14,1 %
R3	159/791	20,1 %
R4	81/540	15,0 %
R5	64/375	17,1 %
R6	12/34	35,3 %

Mise en œuvre globale

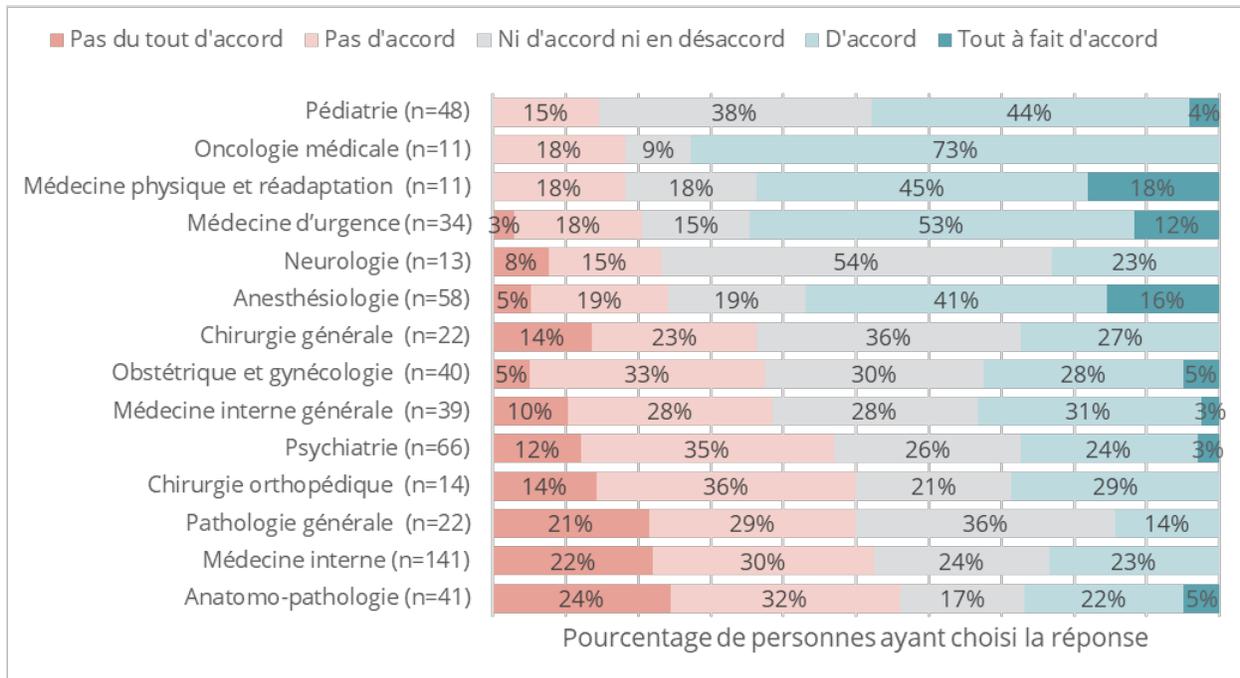
Les personnes répondantes devaient indiquer, sur une échelle de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord) dans quelle mesure ils étaient d'accord avec l'énoncé suivant : « De façon générale, la mise en œuvre de la CPC se déroule bien dans mon programme ». La figure 1A montre la répartition des réponses.

Figure 1A : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : « De façon générale, la mise en œuvre de la CPC se déroule bien dans mon programme »?



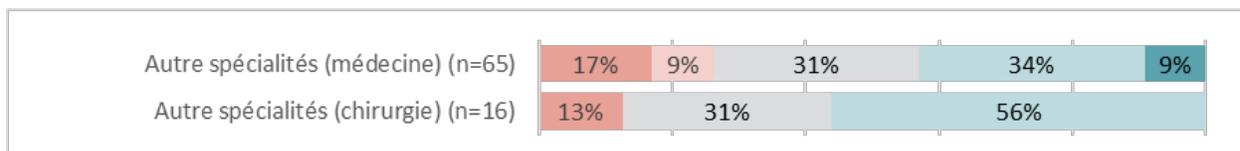
N = 655

Figure 1B : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : « De façon générale, la mise en œuvre de la CPC se déroule bien dans mon programme »? (réponses par discipline)



Les disciplines sont classées en ordre décroissant, en fonction du pourcentage de répondantes et répondants ayant sélectionné l'un des trois derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les disciplines au bas du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants qui n'étaient pas d'accord avec l'énoncé par rapport aux disciplines dans le haut du graphique.

Les disciplines ayant recueilli moins de 10 réponses sont regroupées dans la catégorie « autres disciplines (chirurgie) » ou « autres disciplines (médecine) ».

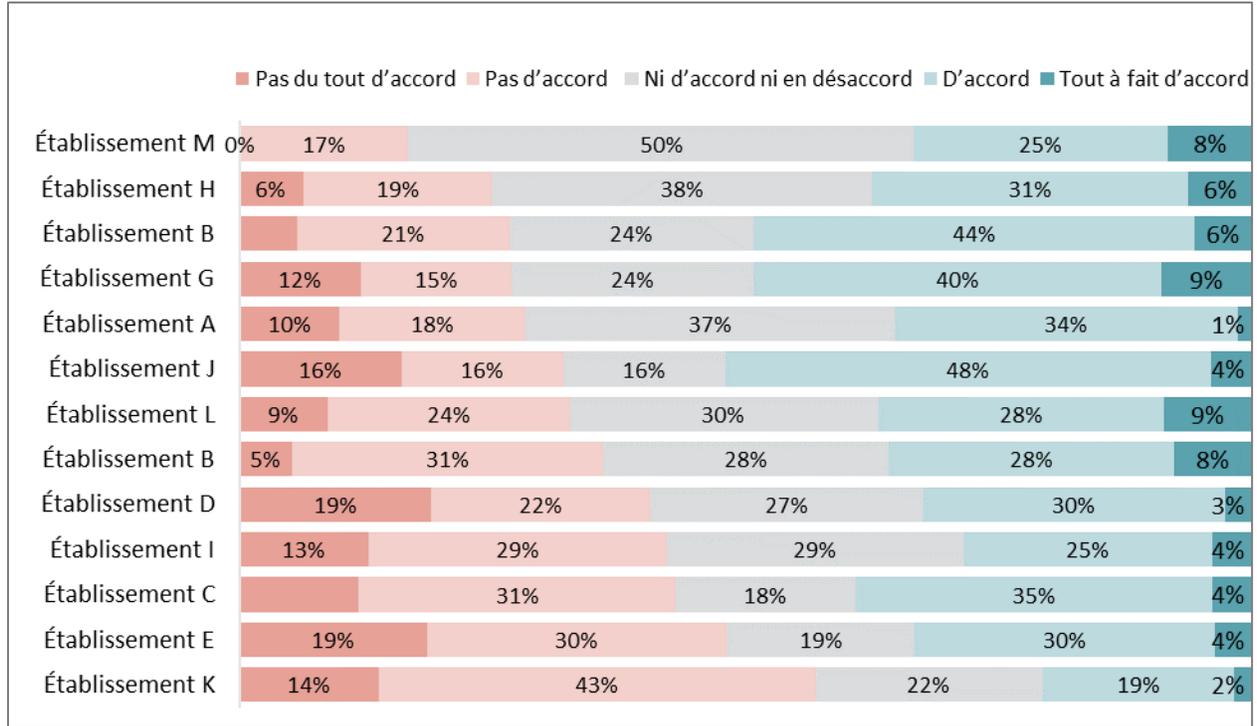


Autres disciplines (chirurgie)* : chirurgie cardiaque, oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, chirurgie plastique, neurochirurgie, fondements chirurgicaux, urologie, chirurgie vasculaire

Autres disciplines (médecine) : médecine de l'adolescence, cardiologie (adulte et pédiatrique), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, immunologie clinique et allergie, pharmacologie clinique et toxicologie, soins intensifs (adulte), gastroentérologie (adulte et pédiatrique), gériatrie, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte), neurologie (pédiatrique), hématologie-oncologie pédiatrique, radio-oncologie, pneumologie (adulte), rhumatologie (adulte)

Disciplines non représentées : pathologie judiciaire, psychiatrie légale, soins intensifs (pédiatriques), néphrologie (pédiatrique), chirurgie pédiatrique, pneumologie, rhumatologie (pédiatrique)

Figure 1C : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : « De façon générale, la mise en œuvre de la CPC se déroule bien dans mon programme »? (réponses par établissement)



Les établissements sont classés en ordre décroissant, en fonction du pourcentage de répondantes et répondants ayant sélectionné l'un des trois derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les disciplines au bas du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants qui n'étaient pas d'accord avec l'énoncé par rapport aux disciplines dans le haut du graphique.



Mise en œuvre des composantes clés

Les répondantes et répondants devaient indiquer le degré de mise en œuvre des composantes clés au sein de leur programme.

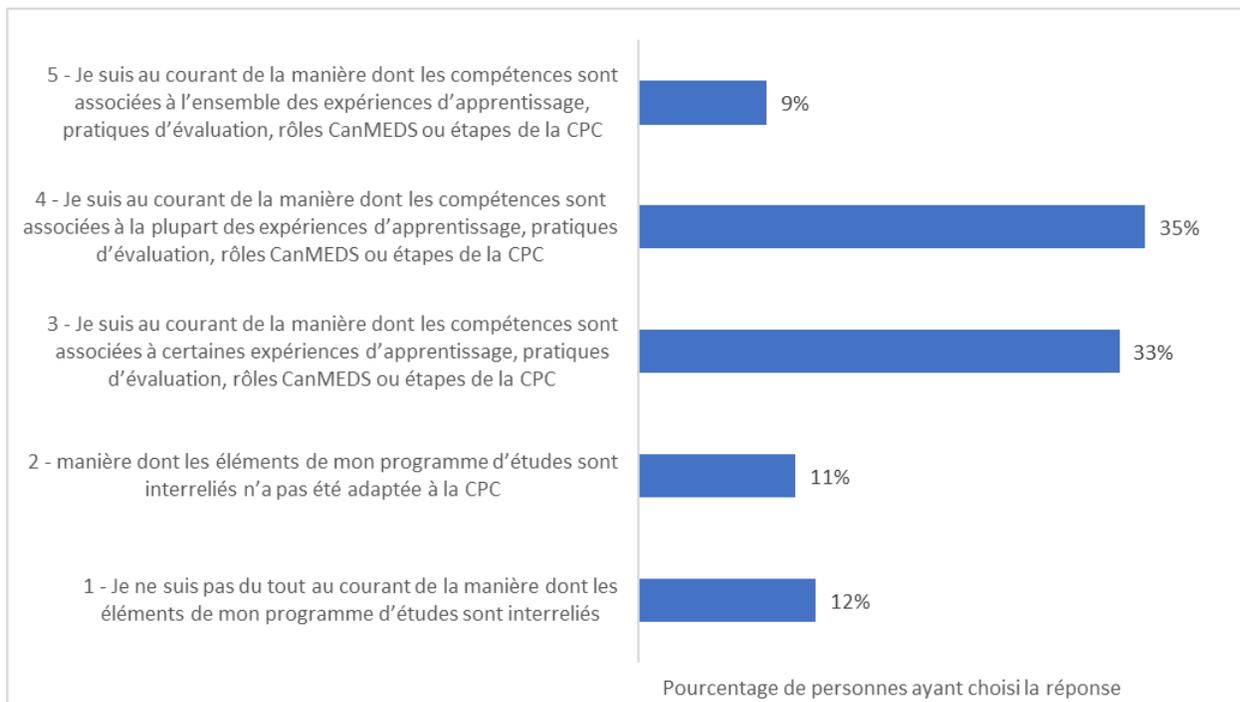
- Planification du programme d'études
- Observation directe
- Évaluation des APC en milieu de travail
- Coaching en direct
- Coaching en continu
- Portfolio électronique
- Comité de compétence
- Plans d'apprentissage personnalisés des résidentes et résidents

La mise en œuvre de chaque composante clé était classée d'inexistante à idéale, selon les critères propres à chacune d'entre elles conçus au moyen de l'outil de schématisation, comme expliqué précédemment. La description et la répartition des réponses pour chaque composante clé sont présentées ci-dessous.

Planification du programme d'études

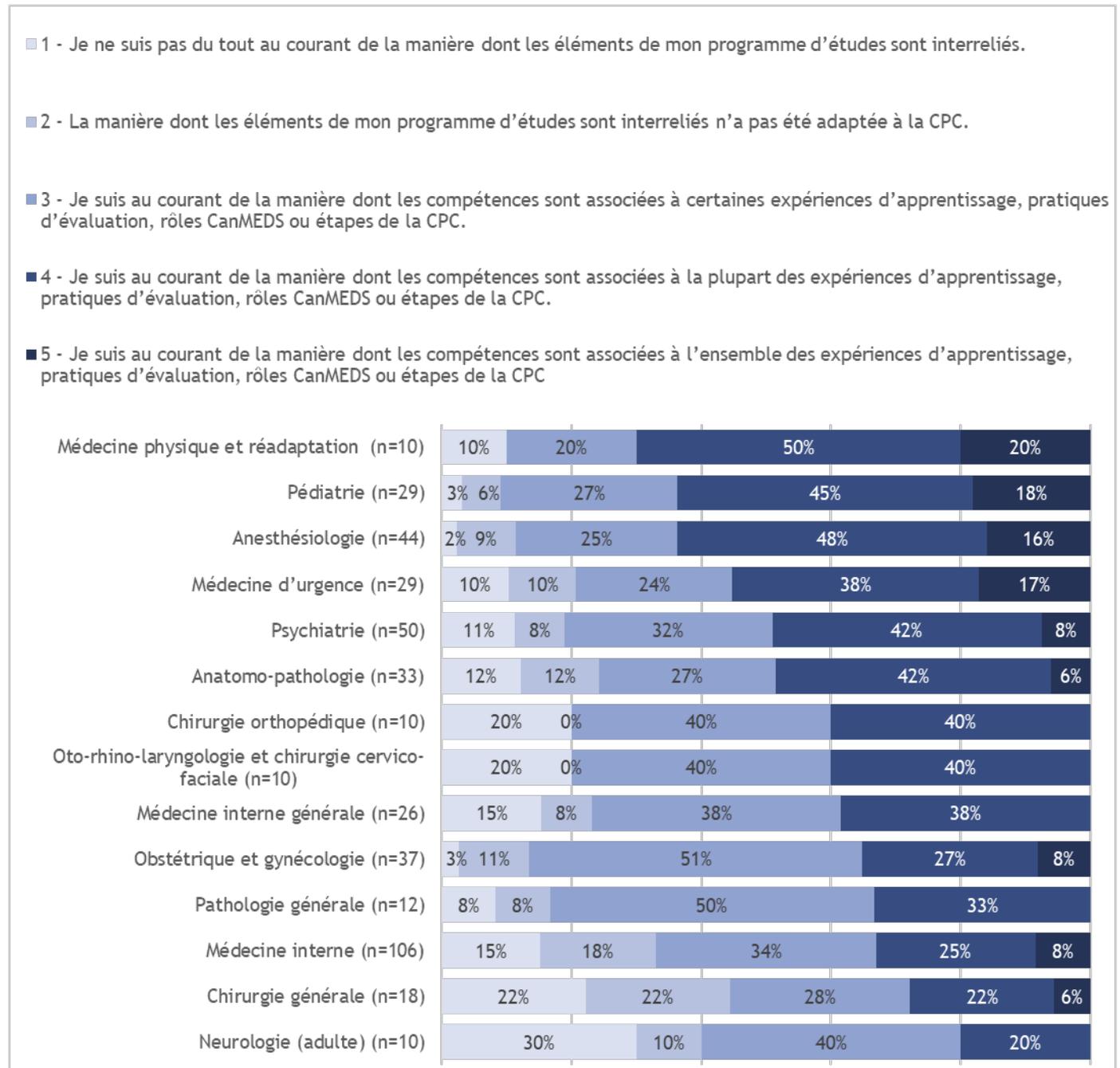
Un schéma tutoriel indique les liens entre les composantes d'un programme d'études. Dans la CPC, il relie les compétences à des expériences d'apprentissage (p. ex., les stages), à des outils d'évaluation (p. ex., les examens) et à des rôles CanMEDS à toutes les étapes de la formation (Ladhani et Writer, 2014). Un schéma tutoriel peut être présenté de plusieurs façons et sert de parcours éducatif pour les résidentes et résidents.

Figure 2A : Planification du programme d'études – Niveau de mise en œuvre



n = 507

Figure 2B : Planification du programme d'études – Niveau de mise en œuvre par discipline



Les disciplines sont classées en ordre décroissant, en fonction du pourcentage de répondantes et répondants ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les disciplines dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que celles du bas du graphique.

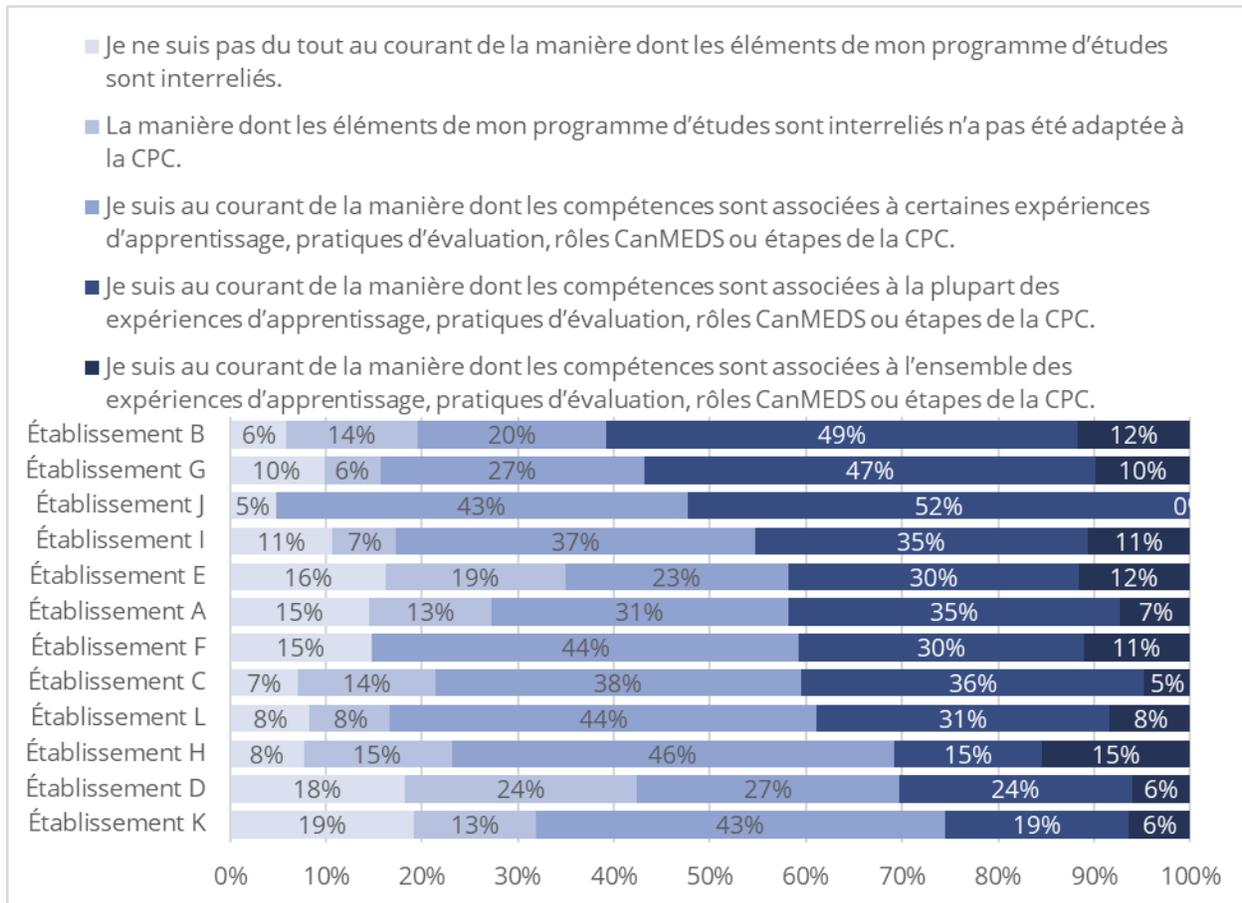
Autres spécialités (médecine) (n=65)	17%	9%	31%	34%	9%
Autres spécialités (chirurgie) (n=16)	13%	31%	56%		

Autres disciplines (chirurgie)* : chirurgie cardiaque, chirurgie plastique, neurochirurgie, fondements chirurgicaux, urologie, chirurgie vasculaire

Autres disciplines (médecine)** : médecine de l'adolescence, cardiologie (adulte et pédiatrique), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, immunologie clinique et allergie, pharmacologie clinique et toxicologie, soins intensifs (adulte), gastroentérologie (adulte et pédiatrique), gériatrie, oncologie médicale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte et pédiatrique), hématologie-oncologie pédiatrique, radio-oncologie, pneumologie (adulte), rhumatologie (adulte)

Disciplines non représentées : pathologie judiciaire, psychiatrie légale, soins intensifs (pédiatriques), néphrologie (pédiatrique), neurologie (pédiatrique), chirurgie pédiatrique, pneumologie (pédiatrique), rhumatologie (pédiatrique), chirurgie vasculaire

Figure 2C : Planification du programme d'études – Niveau de mise en œuvre par établissement

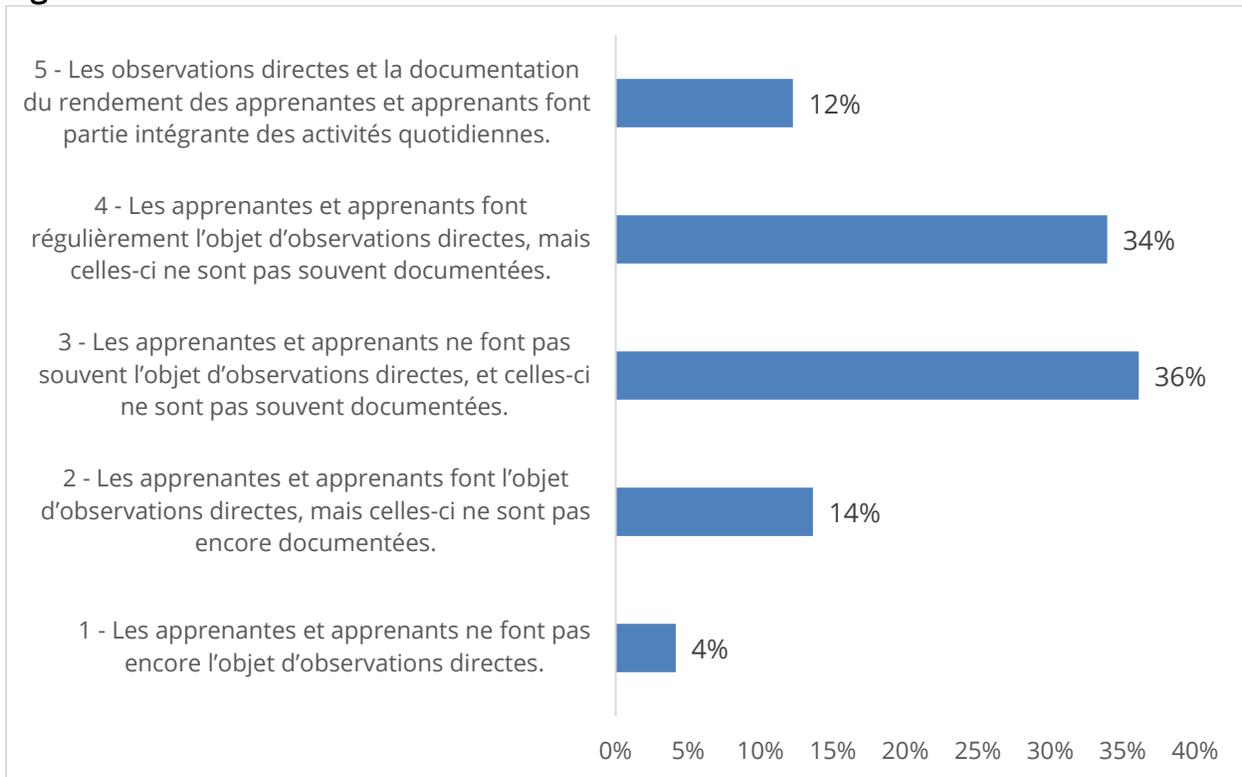


Les établissements sont classés en ordre décroissant, en fonction du pourcentage de répondantes et répondants ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les établissements dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que ceux dans le bas du graphique.

Observation directe

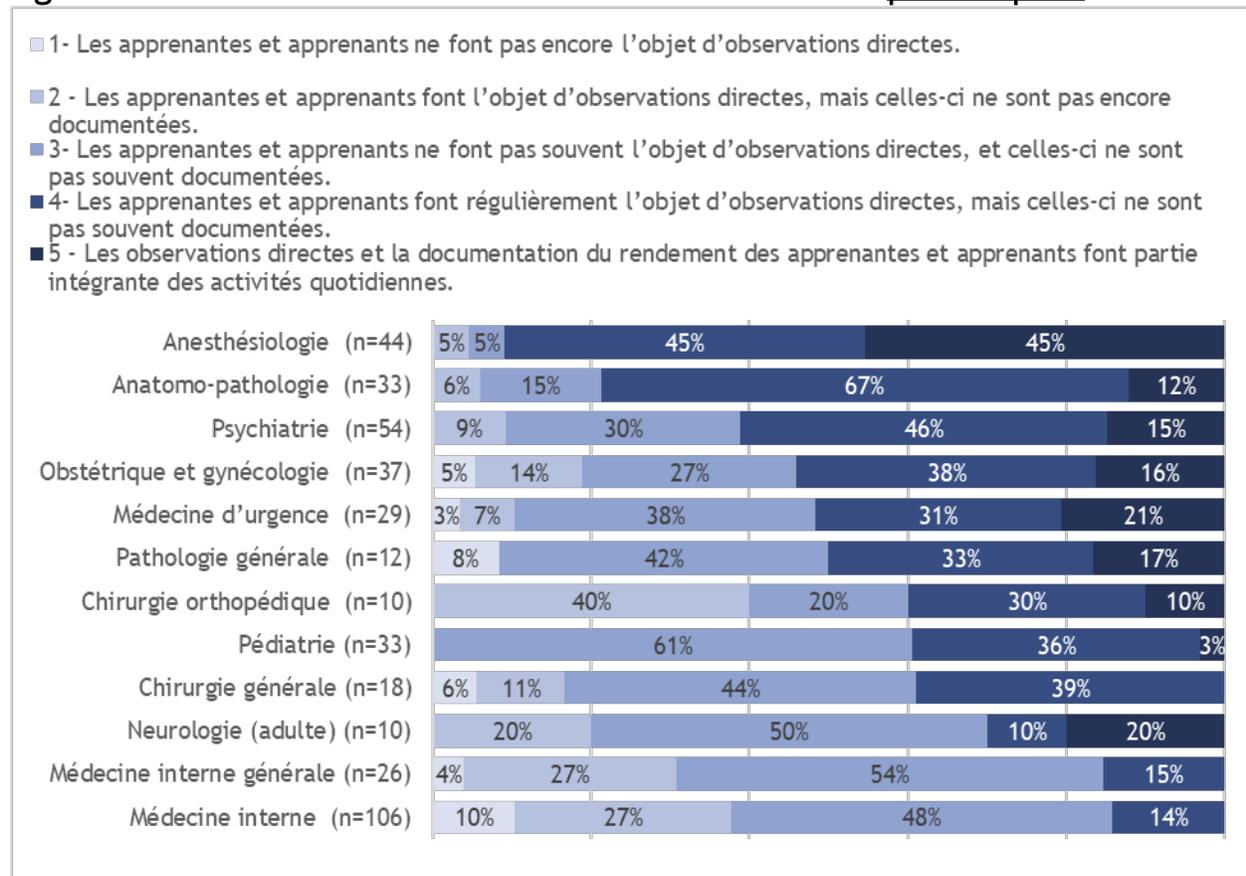
On parle d'observation directe quand les superviseures et superviseurs observent les résidentes et résidents pendant la prestation de soins aux patients ou l'exécution d'activités cliniques importantes, réalistes et authentiques (Kogan, Hatala, Hauer et Holmboe, 2017).

Figure 3A : Observation directe – Niveau de mise en œuvre

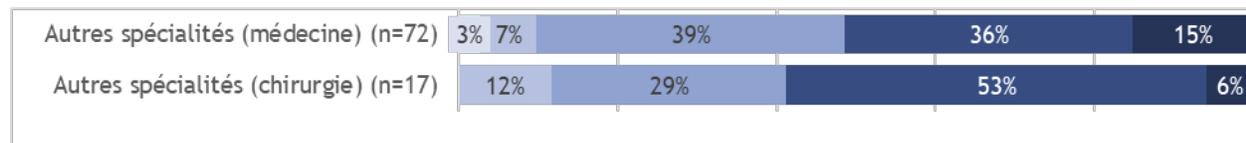


n = 507

Figure 3B : Observation directe – Niveau de mise en œuvre par discipline



Les disciplines sont classées en ordre décroissant, en fonction du pourcentage de répondantes et répondants ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les disciplines dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que celles du bas du graphique.

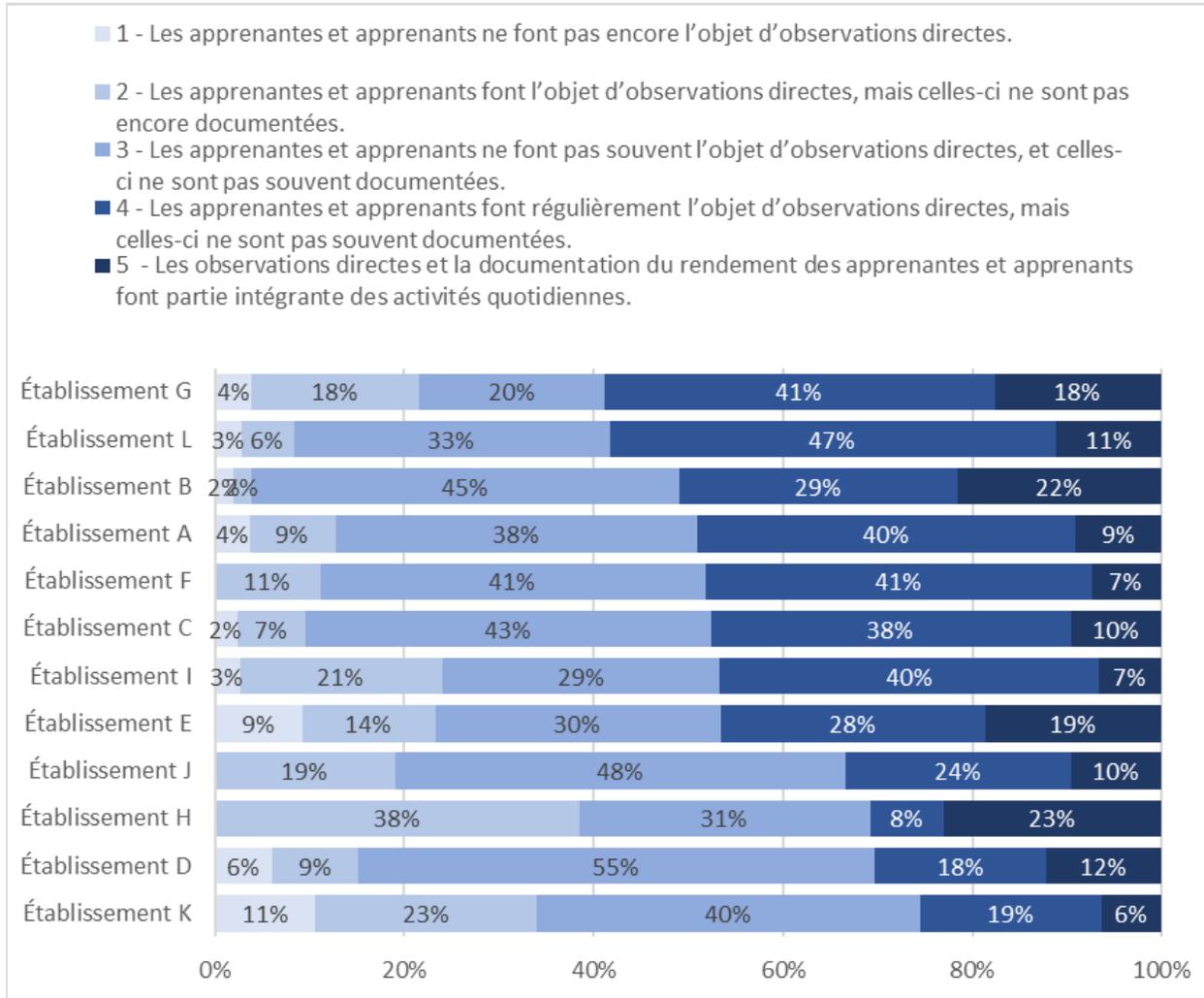


Autres disciplines (chirurgie)* : chirurgie cardiaque, chirurgie plastique, neurochirurgie, fondements chirurgicaux, urologie, chirurgie vasculaire

Autres disciplines (médecine)** : médecine de l'adolescence, cardiologie (adulte et pédiatrique), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, immunologie clinique et allergie, pharmacologie clinique et toxicologie, soins intensifs (adulte), gastroentérologie (adulte et pédiatrique), gériatrie, oncologie médicale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte et pédiatrique), hématologie-oncologie pédiatrique, radio-oncologie, pneumologie (adulte), rhumatologie (adulte)

Disciplines non représentées : pathologie judiciaire, psychiatrie légale, soins intensifs (pédiatriques), néphrologie (pédiatrique), neurologie (pédiatrique), chirurgie pédiatrique, pneumologie (pédiatrique), rhumatologie (pédiatrique), chirurgie vasculaire

Figure 3C : Observation directe – Niveau de mise en œuvre par établissement

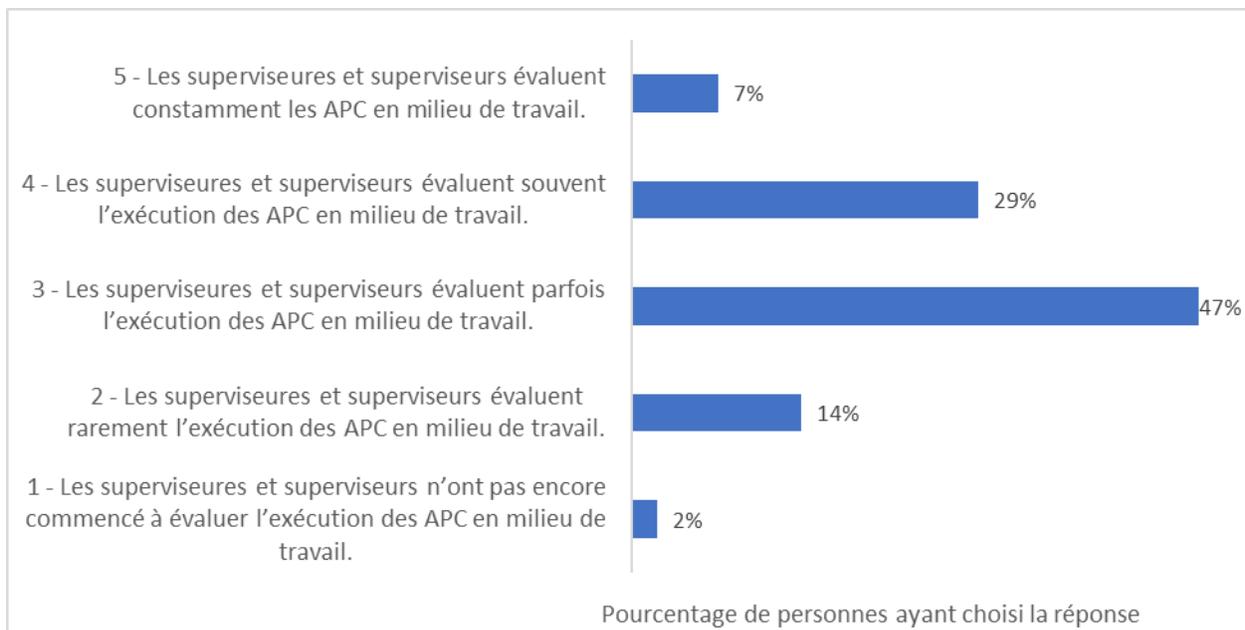


Les établissements sont classés en ordre décroissant, en fonction du pourcentage de répondantes et répondants ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les établissements dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que ceux dans le bas du graphique.

Évaluation des activités professionnelles fiables (APC) en milieu de travail

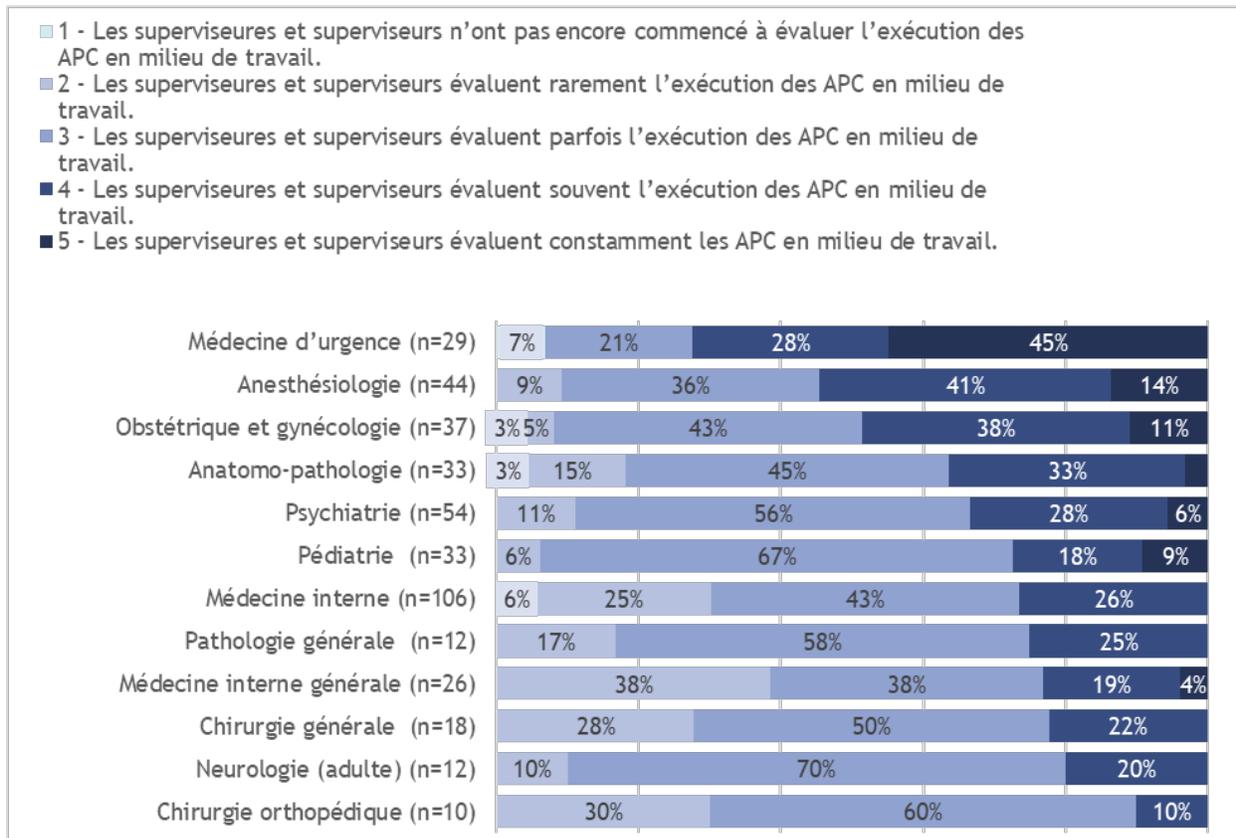
L'évaluation en milieu de travail comprend la documentation de la rétroaction des superviseures et superviseurs provenant des observations cliniques réalisées pour le perfectionnement des stagiaires et les décisions relatives à la réussite des APC. Les APC reflètent les tâches concrètes des médecins et donnent des objectifs clairs pour l'enseignement aux résidentes et résidents, ainsi que pour leur apprentissage et leur évaluation (Gofton, Dudek, Barton et Bhanji, 2017).

Figure 4A : Évaluation des activités professionnelles fiables (APC) en milieu de travail – Niveau de mise en œuvre



n = 507

Figure 4B : Évaluation des activités professionnelles confiées (APC) en milieu de travail – Niveau de mise en œuvre par discipline



Les disciplines sont classées en ordre décroissant, en fonction du pourcentage de répondantes et répondants ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les disciplines dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que celles du bas du graphique.

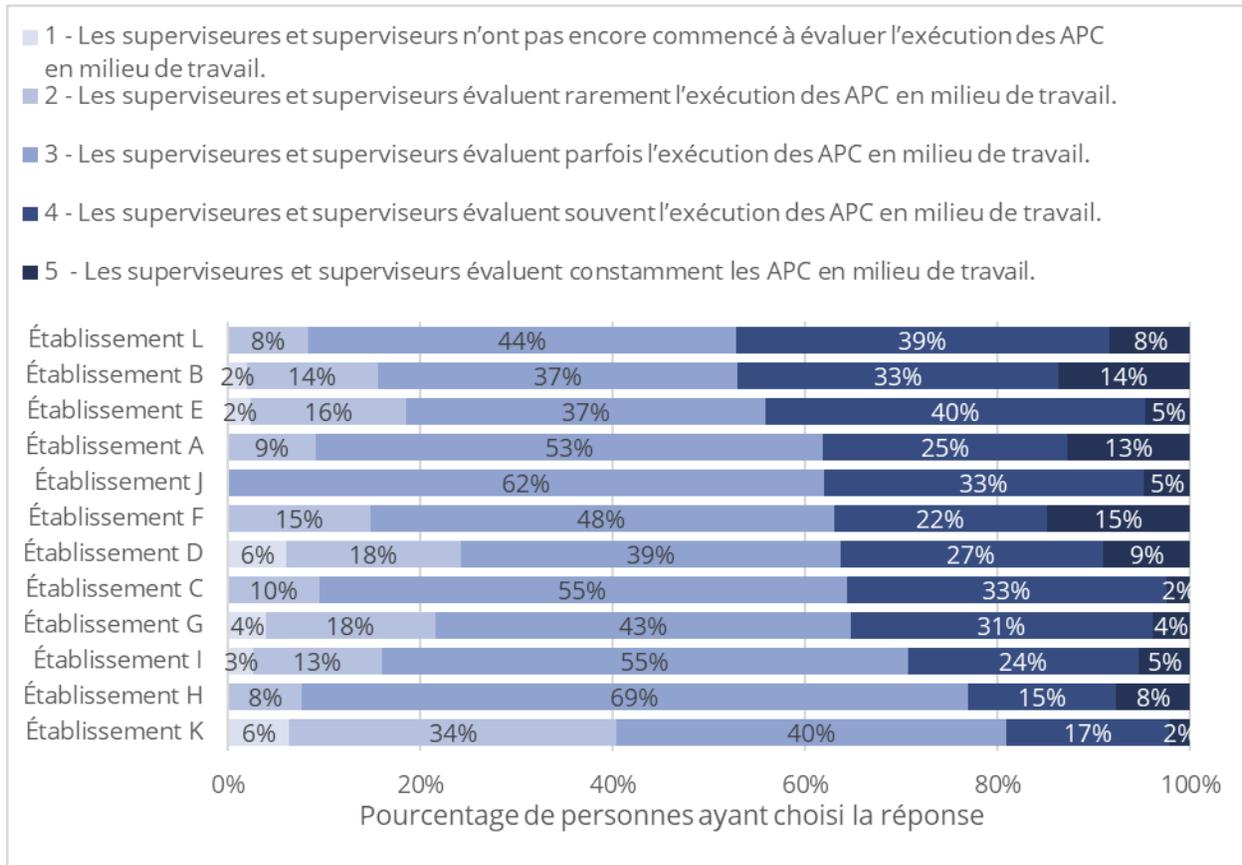


Autres disciplines (chirurgie)* : chirurgie cardiaque, chirurgie plastique, neurochirurgie, fondements chirurgicaux, urologie, chirurgie vasculaire

Autres disciplines (médecine)** : médecine de l'adolescence, cardiologie (adulte et pédiatrique), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, immunologie clinique et allergie, pharmacologie clinique et toxicologie, soins intensifs (adulte), gastroentérologie (adulte et pédiatrique), gériatrie, oncologie médicale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte et pédiatrique), hématologie-oncologie pédiatrique, radio-oncologie, pneumologie (adulte), rhumatologie (adulte)

Disciplines non représentées : pathologie judiciaire, psychiatrie légale, soins intensifs (pédiatriques), néphrologie (pédiatrique), neurologie (pédiatrique), chirurgie pédiatrique, pneumologie (pédiatrique), rhumatologie (pédiatrique), chirurgie vasculaire

Figure 4C : Évaluation des activités professionnelles confiées (APC) en milieu de travail – Niveau de mise en œuvre par établissement

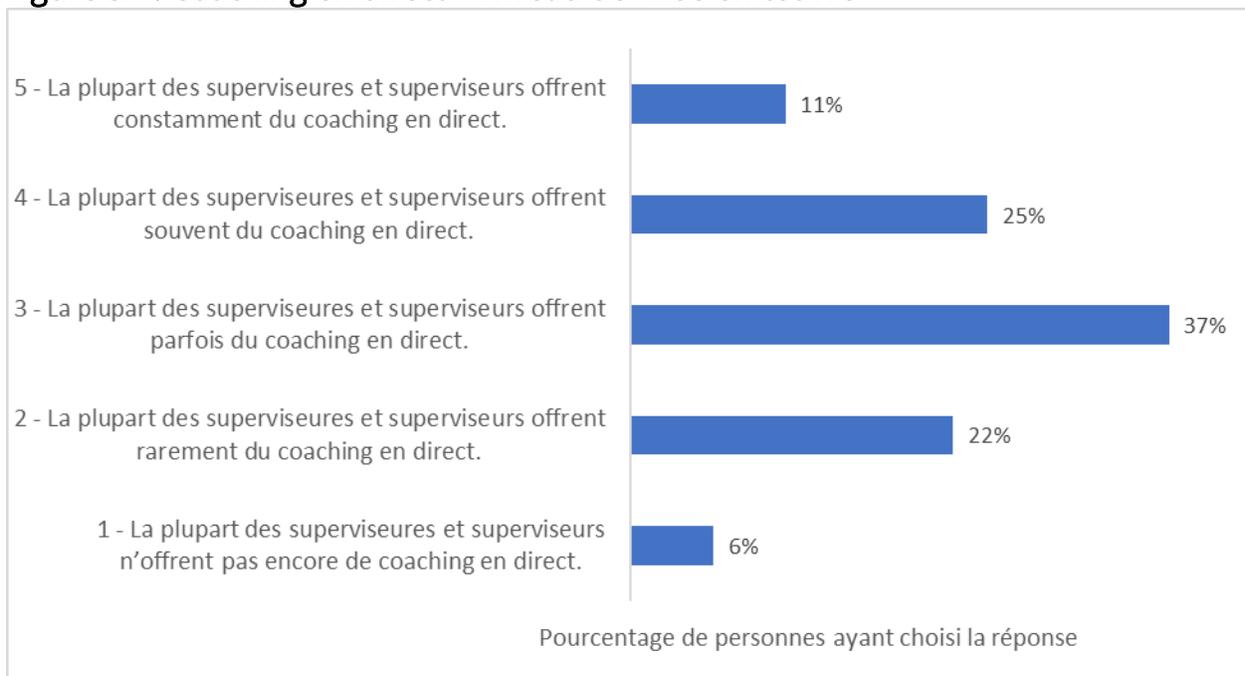


Les établissements sont classés en ordre décroissant, en fonction du pourcentage de répondantes et répondants ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les établissements dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que ceux dans le bas du graphique.

Coaching en direct

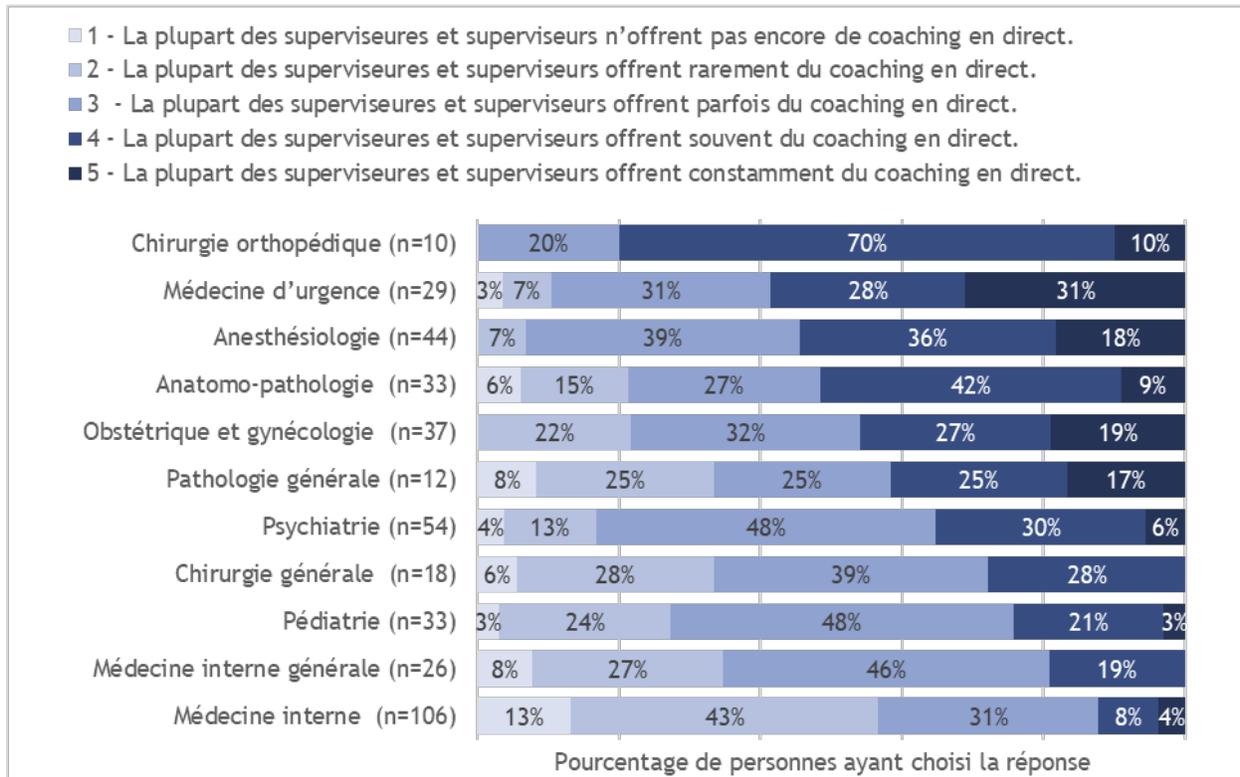
Dans la CPC, l'ensemble des superviseuses et superviseurs sont chargés d'offrir du coaching en milieu clinique. Ils doivent fournir une rétroaction précise et concrète aux résidentes et résidents en fonction des observations réalisées dans le but de les aider à progresser et à améliorer leur rendement. Ce « coaching en direct » doit être offert durant les tâches quotidiennes et au cours d'une expérience d'apprentissage (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2018).

Figure 5A : Coaching en direct – Niveau de mise en œuvre



N = 506

Figure 5B : Coaching en direct – Niveau de mise en œuvre par discipline



Les disciplines sont classées en ordre décroissant, en fonction du pourcentage de répondantes et répondants ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les disciplines dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que celles du bas du graphique.

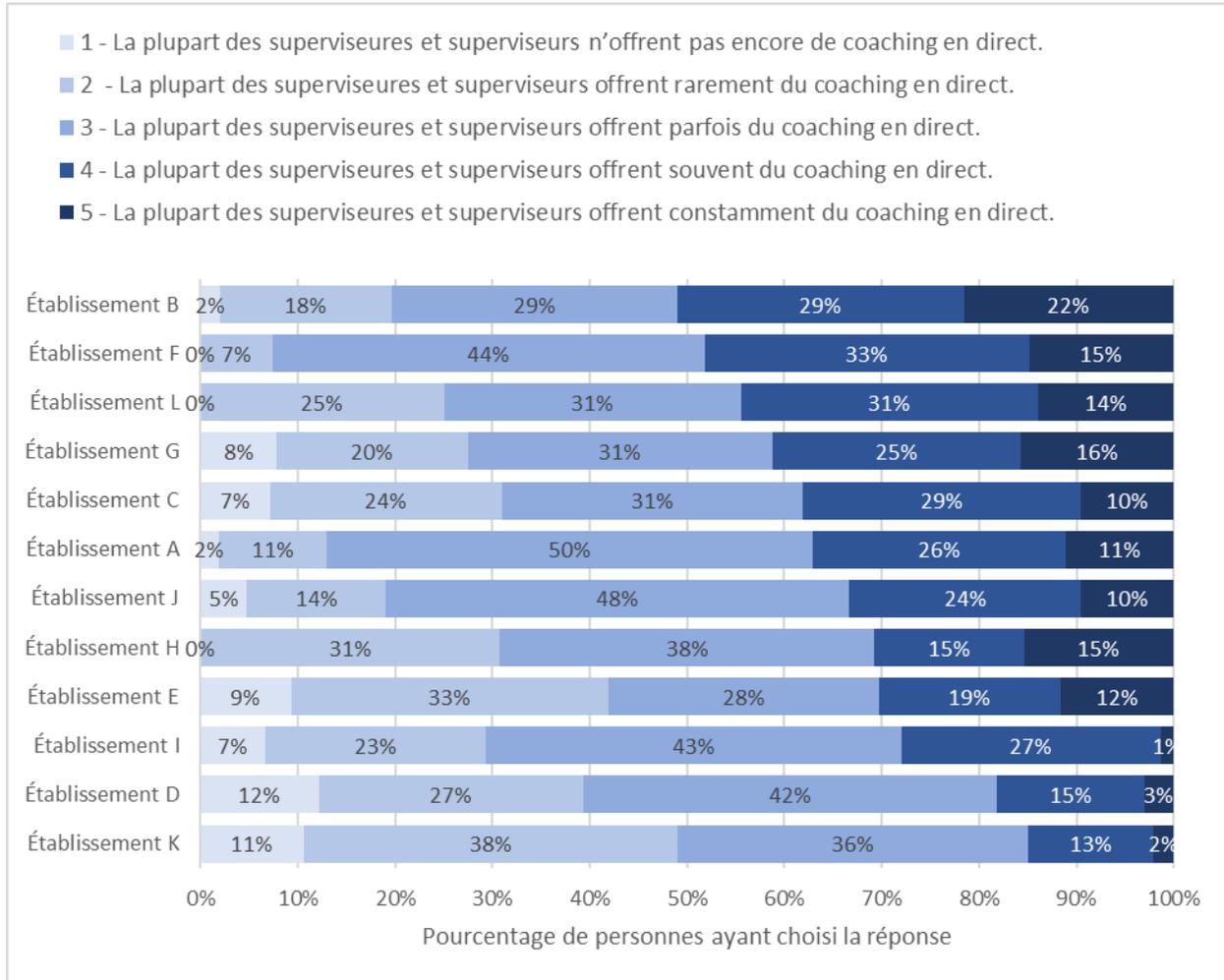
Autres spécialités (médecine) (n=76)	4%	14%	43%	25%	13%
Autres spécialités (chirurgie) (n=17)	6%	24%	35%	18%	18%

Autres disciplines (chirurgie)* : chirurgie cardiaque, chirurgie plastique, neurochirurgie, fondements chirurgicaux, urologie, chirurgie vasculaire

Autres disciplines (médecine)** : médecine de l'adolescence, cardiologie (adulte et pédiatrique), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, immunologie clinique et allergie, pharmacologie clinique et toxicologie, soins intensifs (adulte), gastroentérologie (adulte et pédiatrique), gériatrie, oncologie médicale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte et pédiatrique), hématologie-oncologie pédiatrique, médecine physique et réadaptation, radio-oncologie, pneumologie (adulte), rhumatologie (adulte)

Disciplines non représentées : pathologie judiciaire, psychiatrie légale, soins intensifs (pédiatriques), néphrologie (pédiatrique), neurologie (pédiatrique), chirurgie pédiatrique, pneumologie (pédiatrique), rhumatologie (pédiatrique), chirurgie vasculaire

Figure 5C : Coaching en direct – Niveau de mise en œuvre par établissement

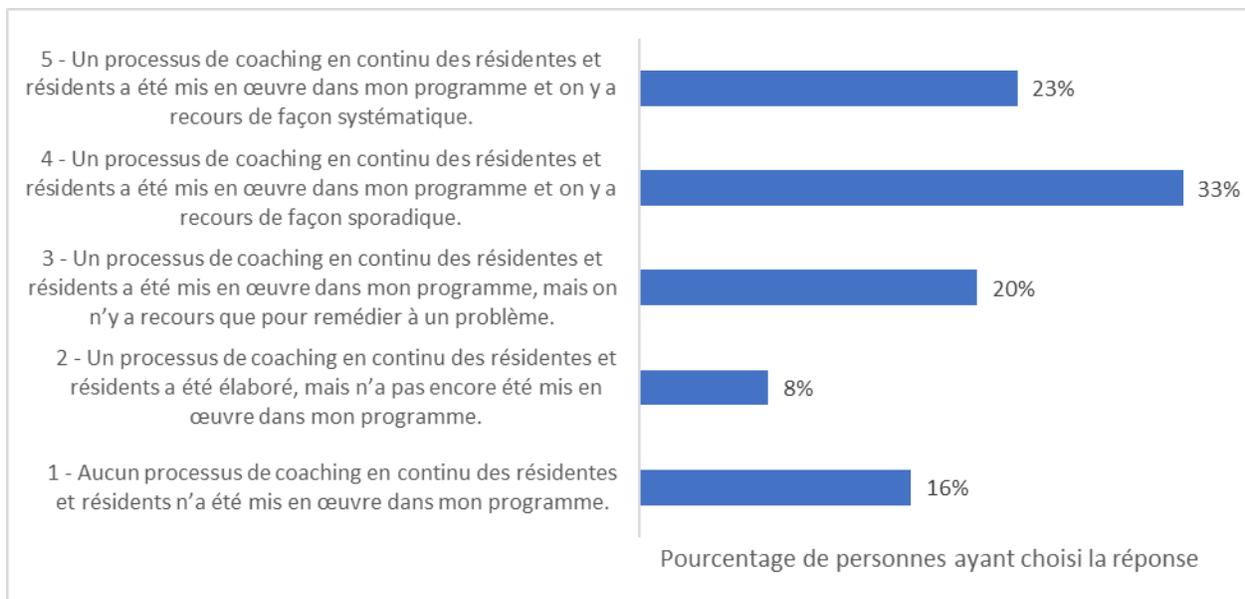


Les établissements sont classés en ordre décroissant, en fonction du pourcentage de répondantes et répondants ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les établissements dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que ceux dans le bas du graphique.

Coaching en continu

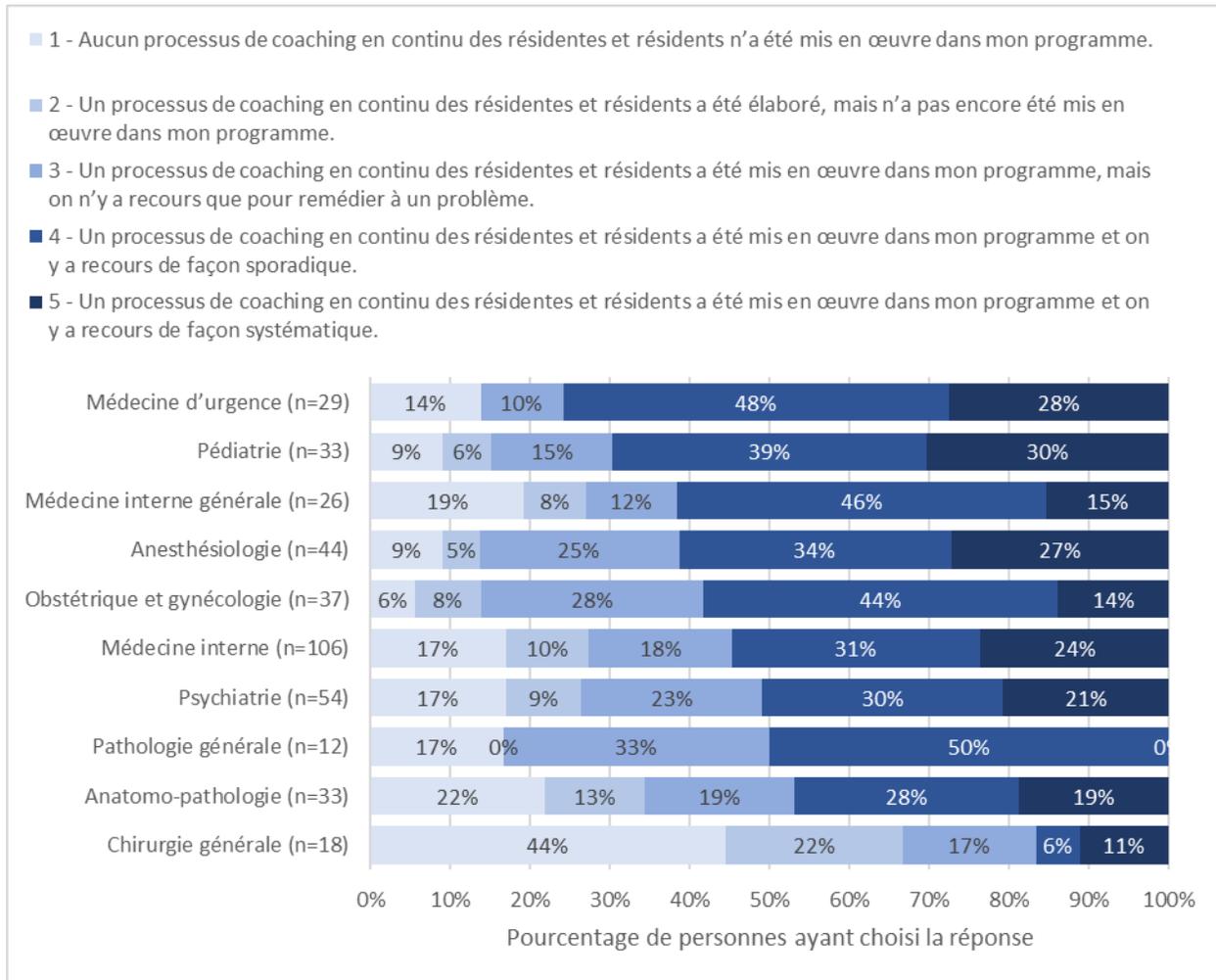
Dans les programmes adaptés à la CPC, certains membres du corps professoral ont été désignés pour offrir du « coaching en continu ». Ce processus longitudinal implique des rencontres régulières entre les résidentes et résidents et les membres du personnel enseignant désignés pour examiner les données du portfolio d'apprentissage et y réfléchir afin d'orienter l'acquisition des compétences, de personnaliser les objectifs d'apprentissage et de guider le développement des compétences en matière d'apprentissage à vie autorégulé (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2018).

Figure 6A : Coaching en continu – Niveau de mise en œuvre

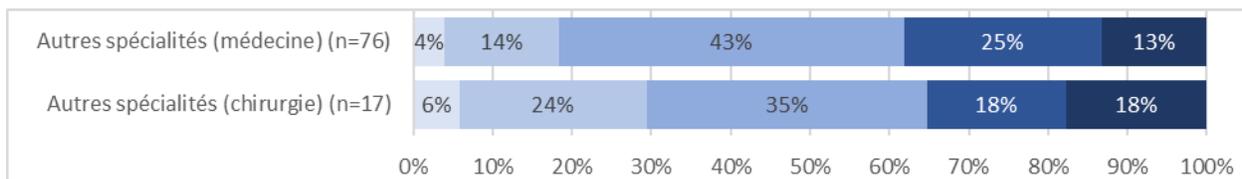


n = 501

Figure 6B : Coaching en continu – Niveau de mise en œuvre par discipline



Les disciplines sont classées par ordre décroissant, en fonction du pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné l’un des deux derniers échelons de l’échelle de mise en œuvre. Les disciplines dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d’un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que celles du bas du graphique.

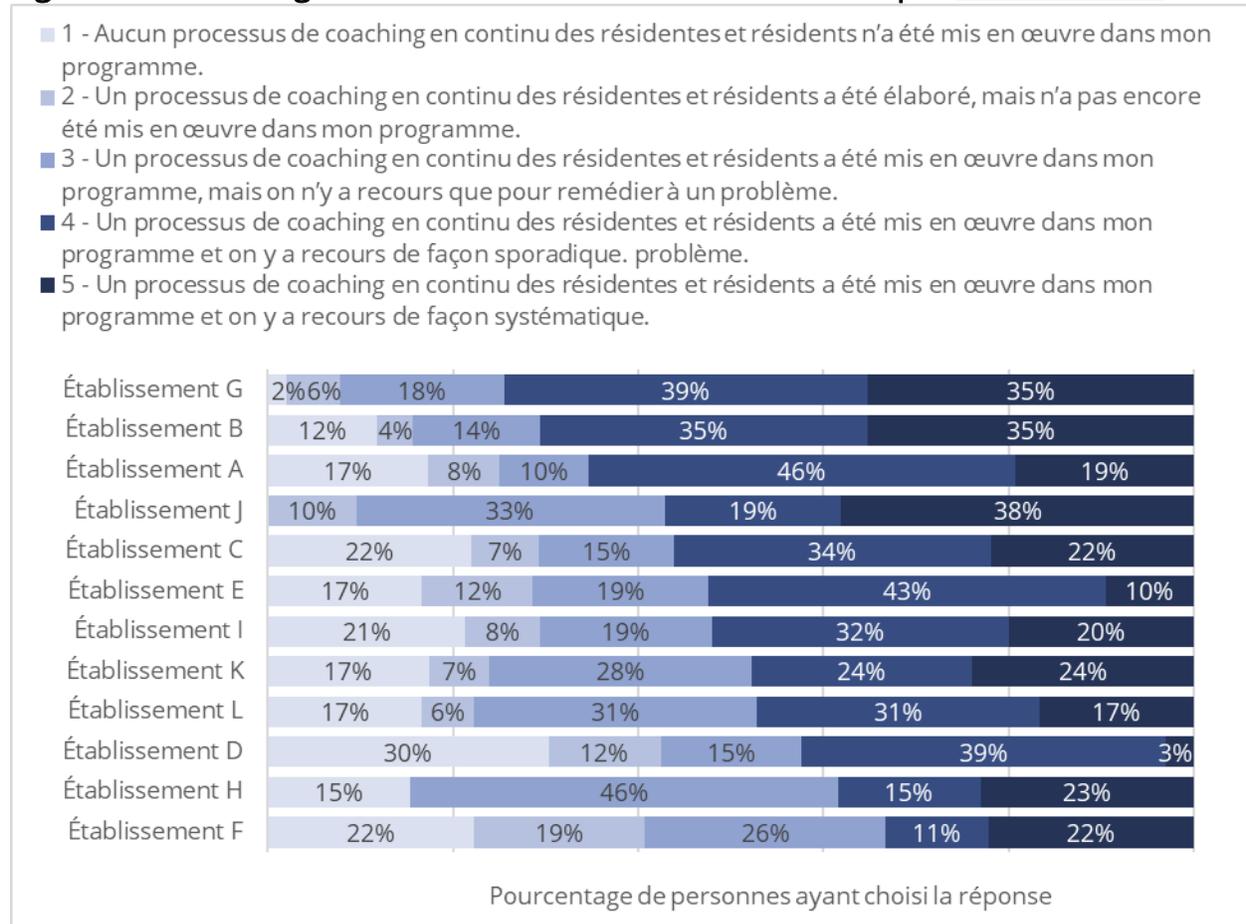


Autres disciplines (chirurgie)* : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, chirurgie plastique, fondements chirurgicaux, urologie et chirurgie vasculaire

Autres disciplines (médecine)** : médecine de l’adolescence, cardiologie (adulte et pédiatrique), psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent, immunologie clinique et allergie, pharmacologie clinique et

toxicologie, soins intensifs (adulte), gastroentérologie (adulte et pédiatrique), gériatrie, gérontopsychiatrie, oncologie médicale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte et pédiatrique), hématologie-oncologie pédiatrique, médecine physique et réadaptation, radio-oncologie, pneumologie (adulte), rhumatologie (adulte)

Figure 6C : Coaching en continu – Niveau de mise en œuvre par établissement

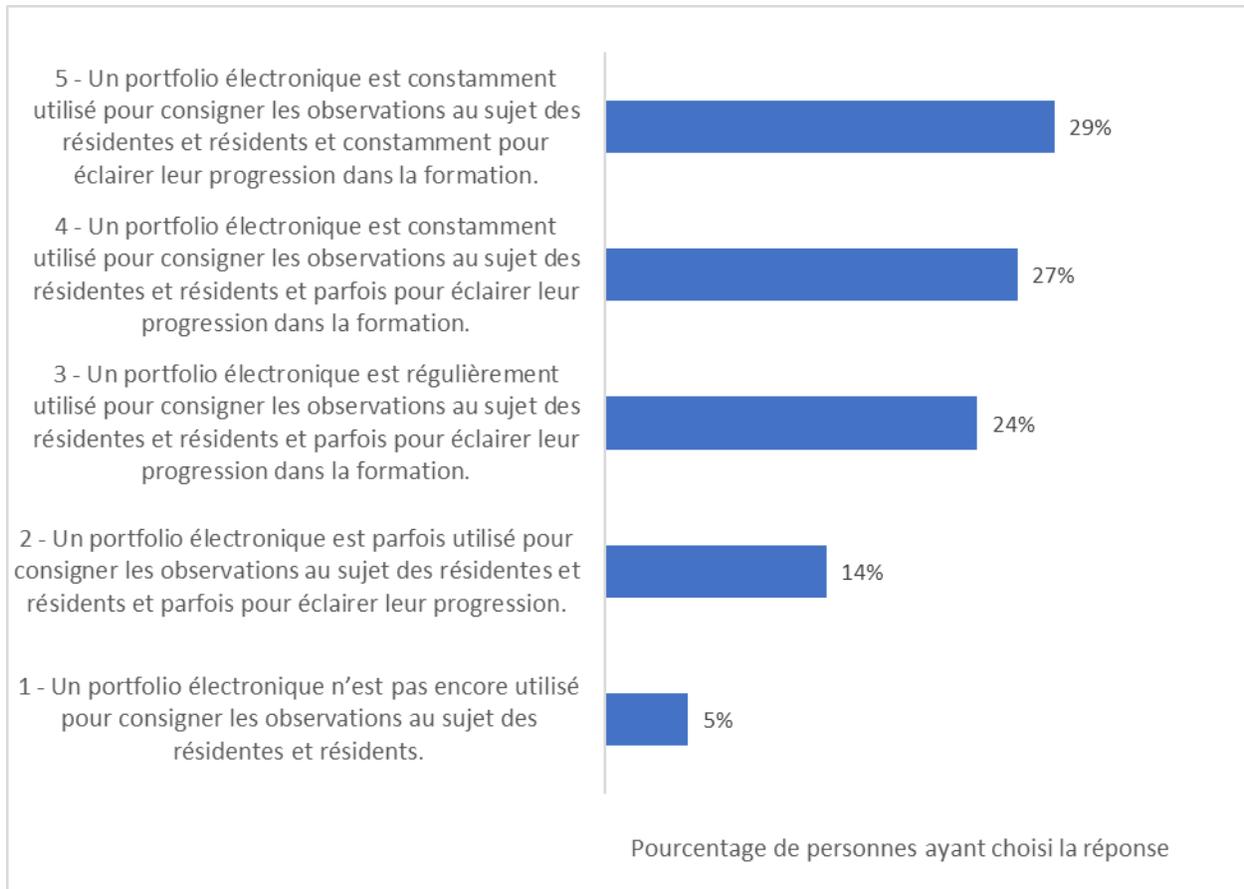


Les établissements sont classés en ordre décroissant, en fonction du pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les établissements dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que ceux dans le bas du graphique.

Portfolio électronique

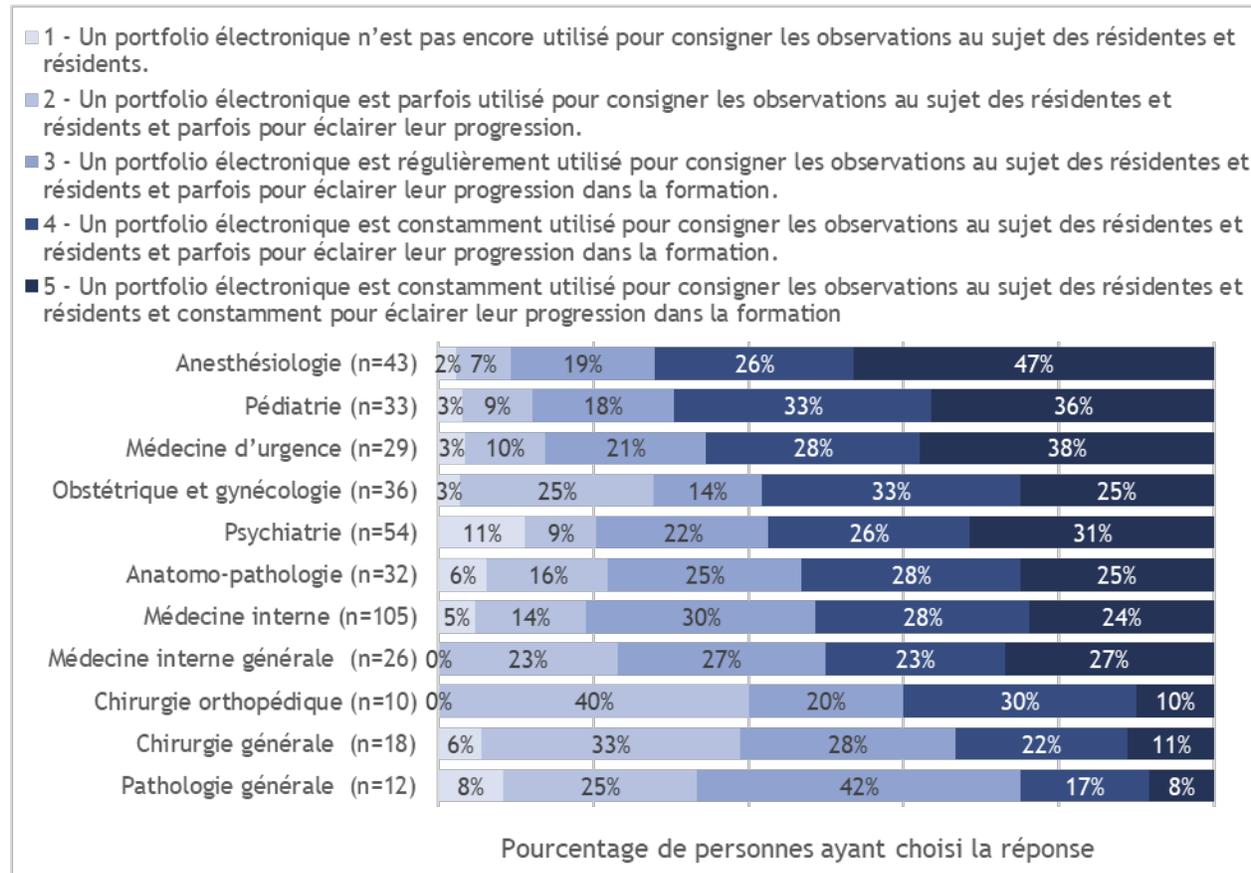
Dans la CPC, le portfolio est un outil d'apprentissage qui permet la saisie électronique d'observations, l'archivage de données sur l'apprentissage des résidentes et résidents, la production d'analyses et de rapports, et l'évaluation de leur progression par les comités de compétence (Collège royal, 2019b).

Figure 7A : Portfolio électronique – Niveau de mise en œuvre

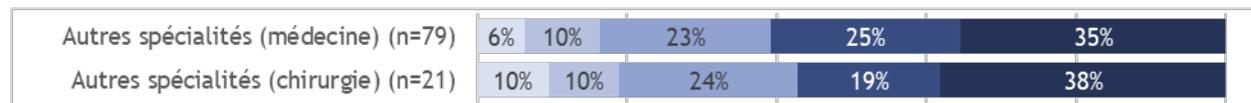


n = 500

Figure 7B : Portfolio électronique – Niveau de mise en œuvre par discipline



Les disciplines sont classées par ordre décroissant, en fonction du pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les disciplines dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que celles du bas du graphique.

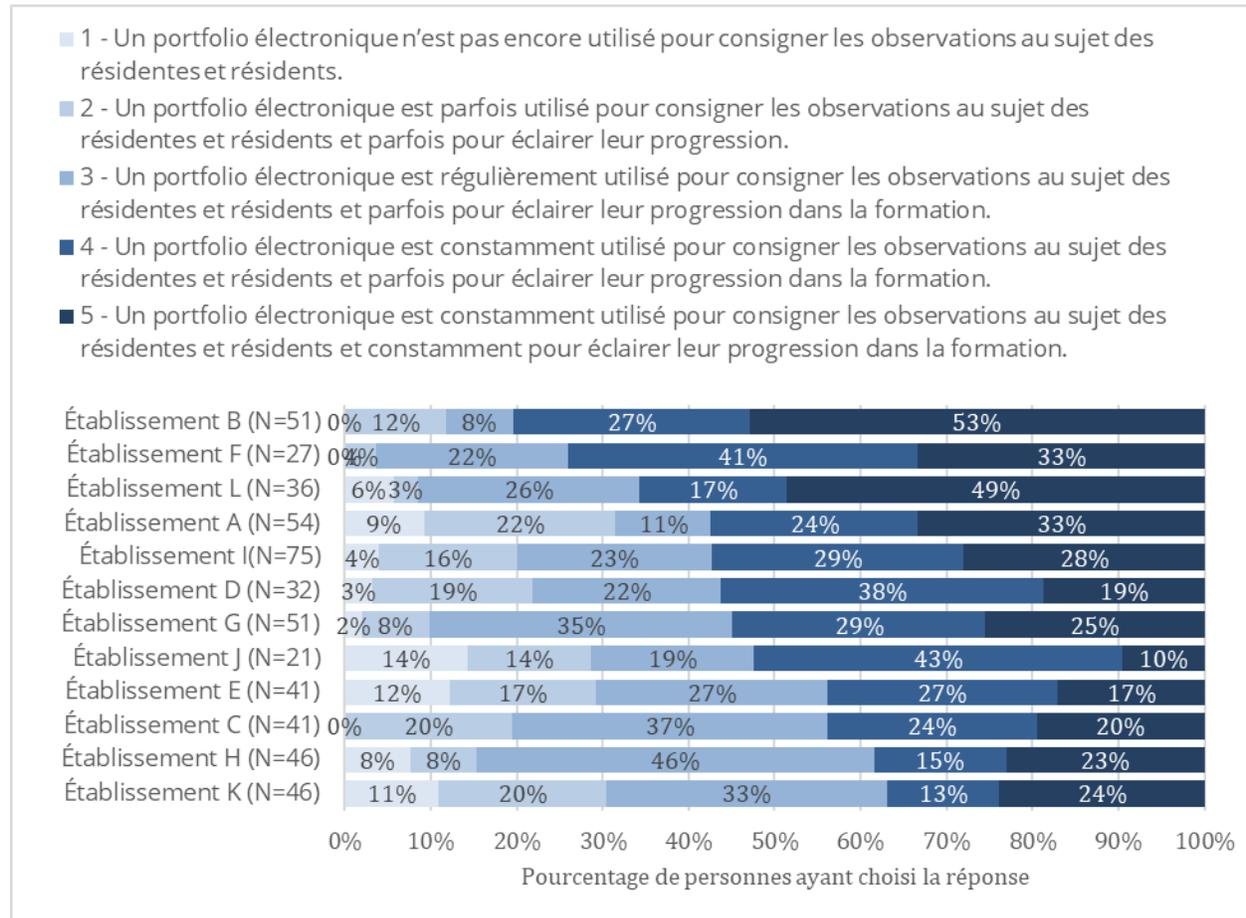


Autres disciplines (chirurgie)* : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, chirurgie plastique, fondements chirurgicaux, urologie et chirurgie vasculaire

Autres disciplines (médecine)** : médecine de l'adolescence, cardiologie (adulte et pédiatrique), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, immunologie clinique et allergie, pharmacologie clinique et toxicologie, soins intensifs (adulte), gastroentérologie (adulte et pédiatrique), gériatrie, gérontopsychiatrie, oncologie médicale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte et pédiatrique), neurologie (adulte), médecine nucléaire, hématologie-oncologie pédiatrique, médecine physique et réadaptation, radio-oncologie, pneumologie (adulte), rhumatologie (adulte)

Disciplines non représentées : pathologie judiciaire, psychiatrie légale, soins intensifs (pédiatriques), néphrologie (pédiatrique), neurologie (pédiatrique), chirurgie pédiatrique, pneumologie (pédiatrique), rhumatologie (pédiatrique)

Figure 7C : Portfolio électronique – Niveau de mise en œuvre par établissement

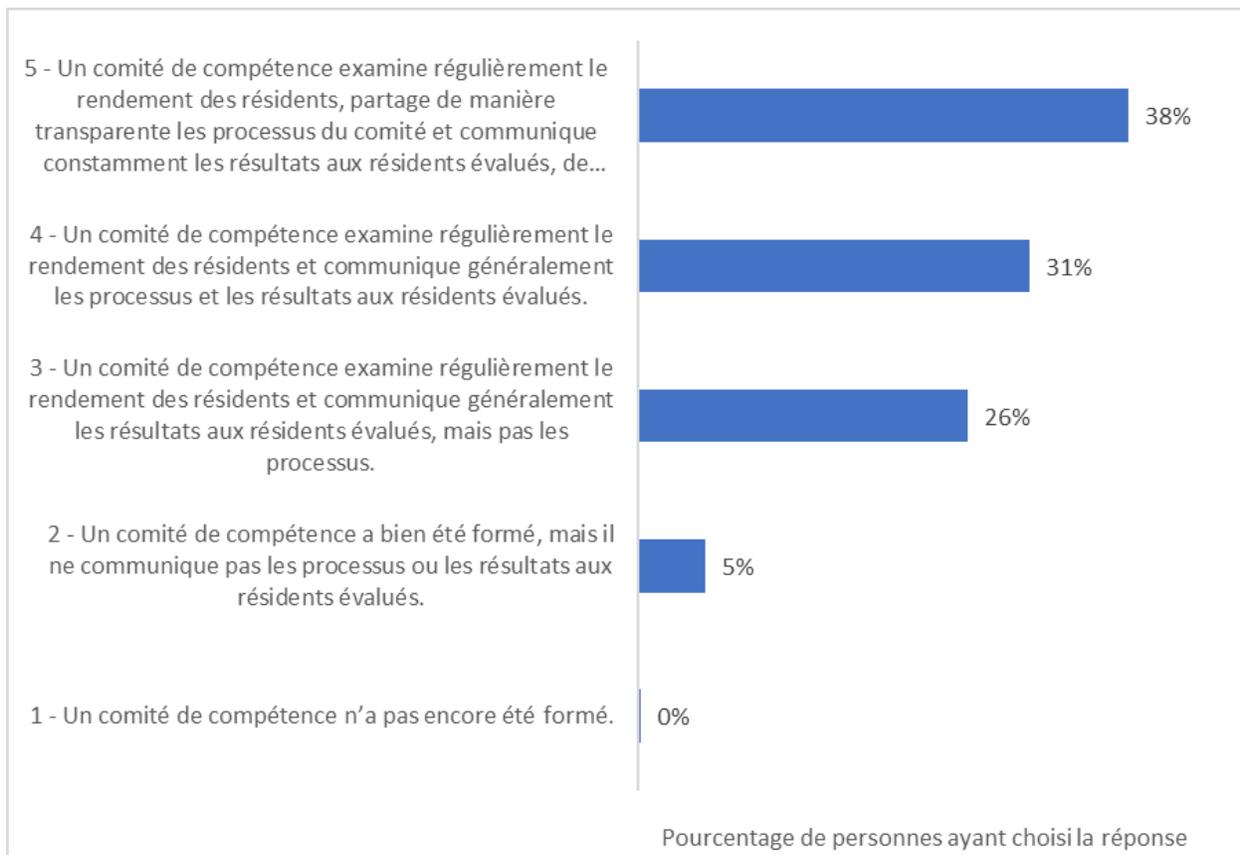


Les établissements sont classés par ordre décroissant, en fonction du pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les établissements dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que ceux dans le bas du graphique.

Comité de compétence

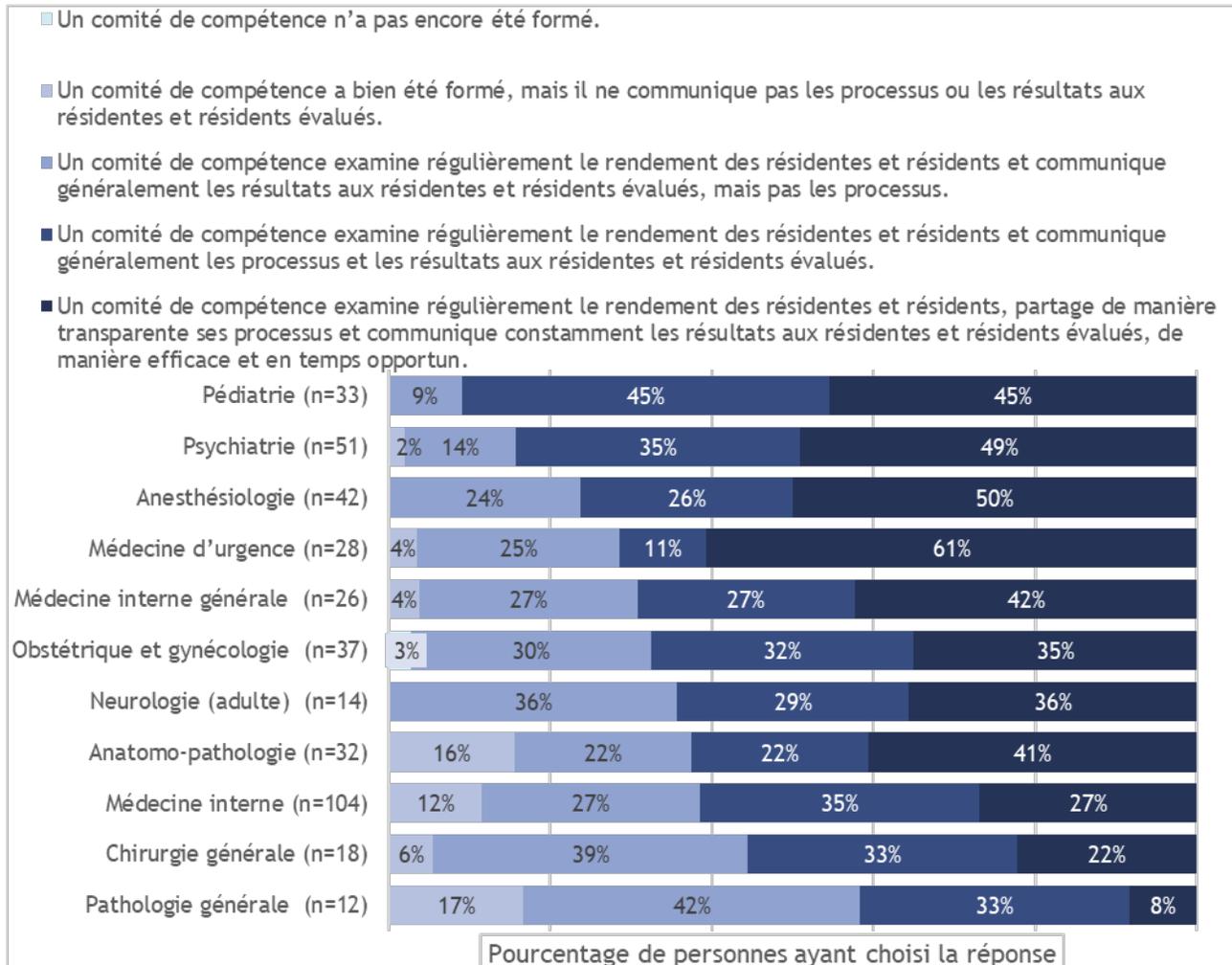
Le comité de compétence résume et évalue des données qualitatives et quantitatives découlant de multiples observations documentées afin d'avoir une idée globale de la progression des résidentes et résidents dans l'atteinte de la compétence. Les processus du comité doivent être transparents et ses décisions – fondées sur les résultats – doivent être communiquées aux résidentes et résidents évalués de façon claire et en temps opportun (Collège royal, 2019a).

Figure 8A : Comité de compétence – Niveau de mise en œuvre

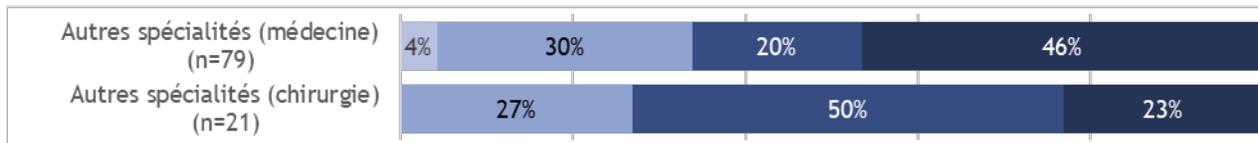


n = 494

Figure 8B : Comité de compétence – Niveau de mise en œuvre par discipline



Les disciplines sont classées par ordre décroissant, en fonction du pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les disciplines dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que celles du bas du graphique.



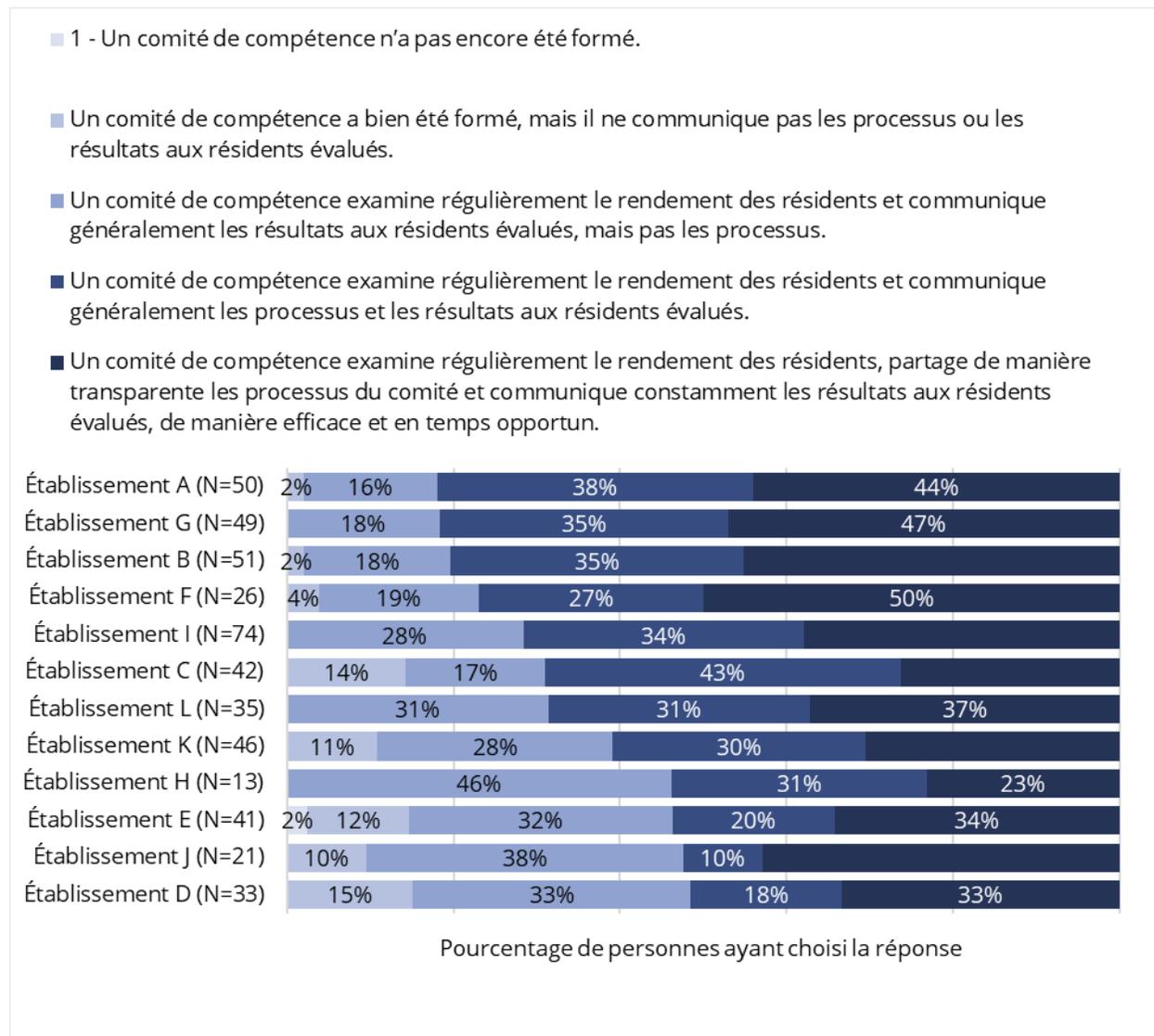
Autres disciplines (chirurgie)* : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, chirurgie plastique, fondements chirurgicaux, urologie et chirurgie vasculaire

Autres disciplines (médecine)** : médecine de l'adolescence, cardiologie (adulte et pédiatrique), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, immunologie clinique et allergie, pharmacologie clinique et

toxicologie, soins intensifs (adulte), gastroentérologie (adulte et pédiatrique), gériatrie, gérontopsychiatrie, oncologie médicale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte et pédiatrique), médecine nucléaire, hématologie-oncologie pédiatrique, médecine physique et réadaptation, radio-oncologie, pneumologie (adulte), rhumatologie (adulte)

Disciplines non représentées : pathologie judiciaire, psychiatrie légale, soins intensifs (pédiatriques), néphrologie (pédiatrique), neurologie (pédiatrique), chirurgie pédiatrique, pneumologie (pédiatrique), rhumatologie (pédiatrique)

Figure 8B : Comité de compétence – Niveau de mise en œuvre par établissement

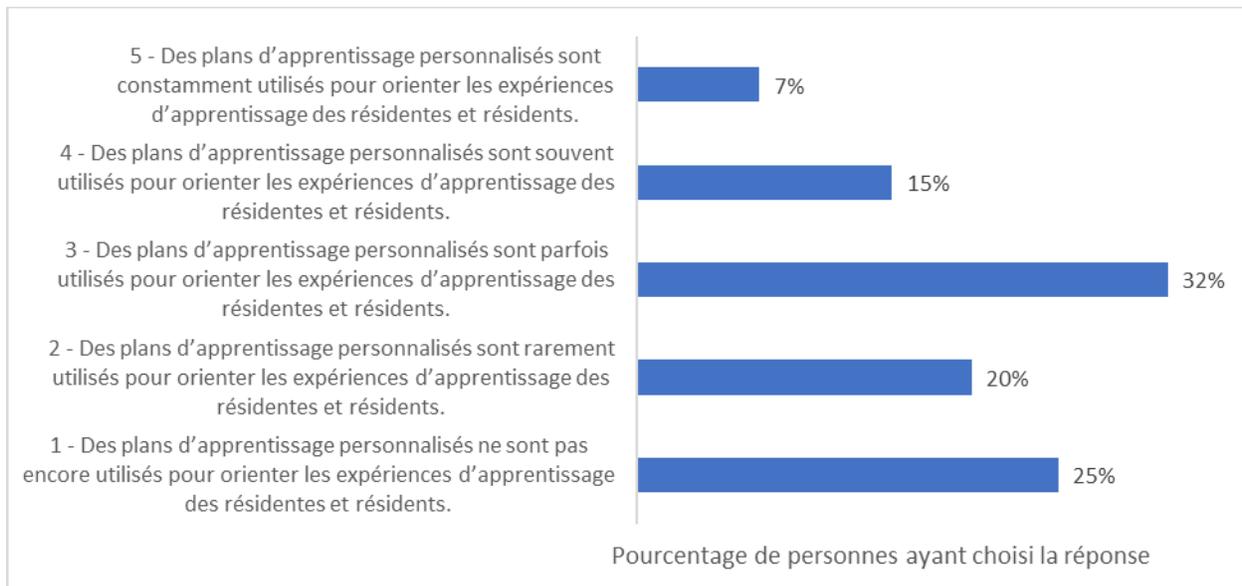


Les établissements sont classés par ordre décroissant, en fonction du pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les établissements dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que ceux dans le bas du graphique.

Plans d'apprentissage personnalisés par étape

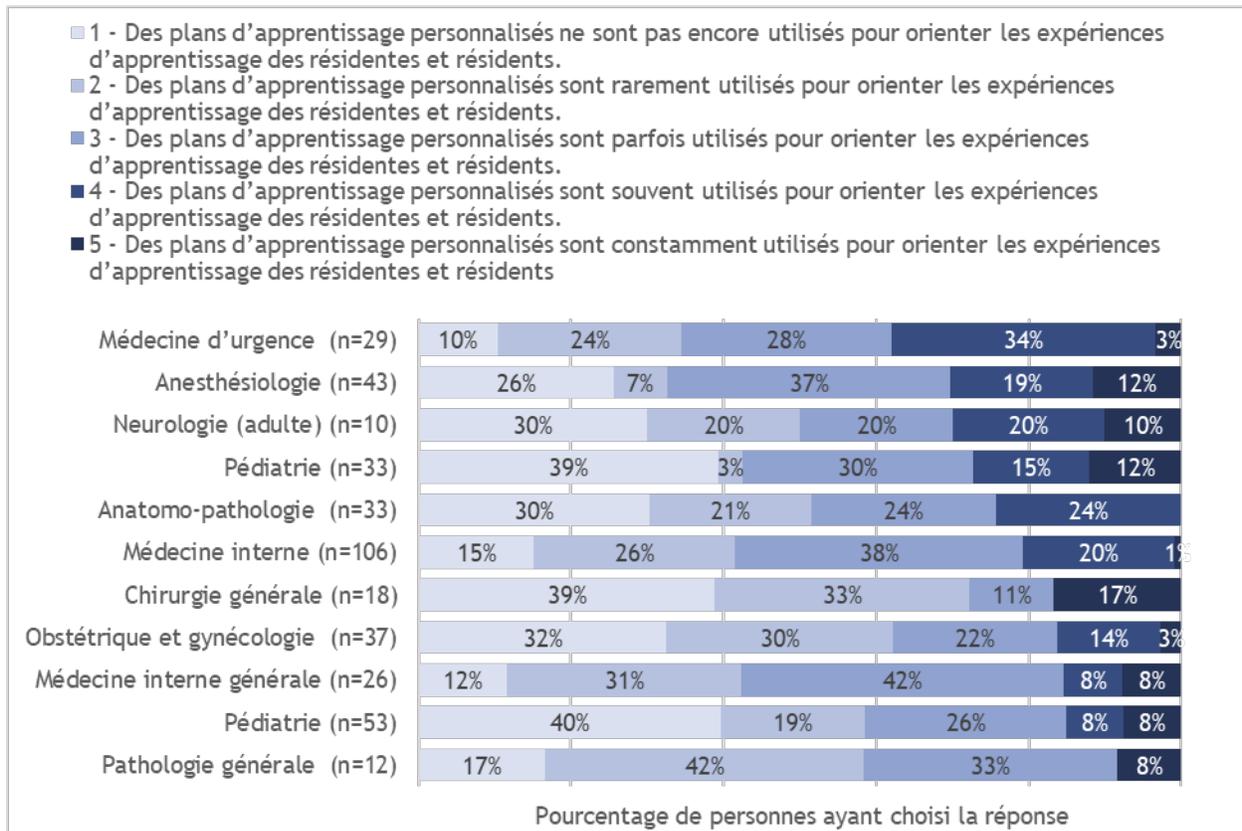
L'approche par compétences en formation médicale reconnaît que l'ensemble des résidentes et résidents peuvent tirer profit de plans d'apprentissage personnalisés et documentés, et d'un soutien à chaque étape. Il peut s'agir de mentors, de lectures ou de stages modifiés pour maximiser le développement et l'apprentissage (Collège royal, 2019a).

Figure 9A : Plans d'apprentissage personnalisés – Niveau de mise en œuvre



n = 502

Figure 9B : Plans d'apprentissage personnalisés – Niveau de mise en œuvre par discipline



Les disciplines sont classées par ordre décroissant, en fonction du pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les disciplines dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que celles du bas du graphique.

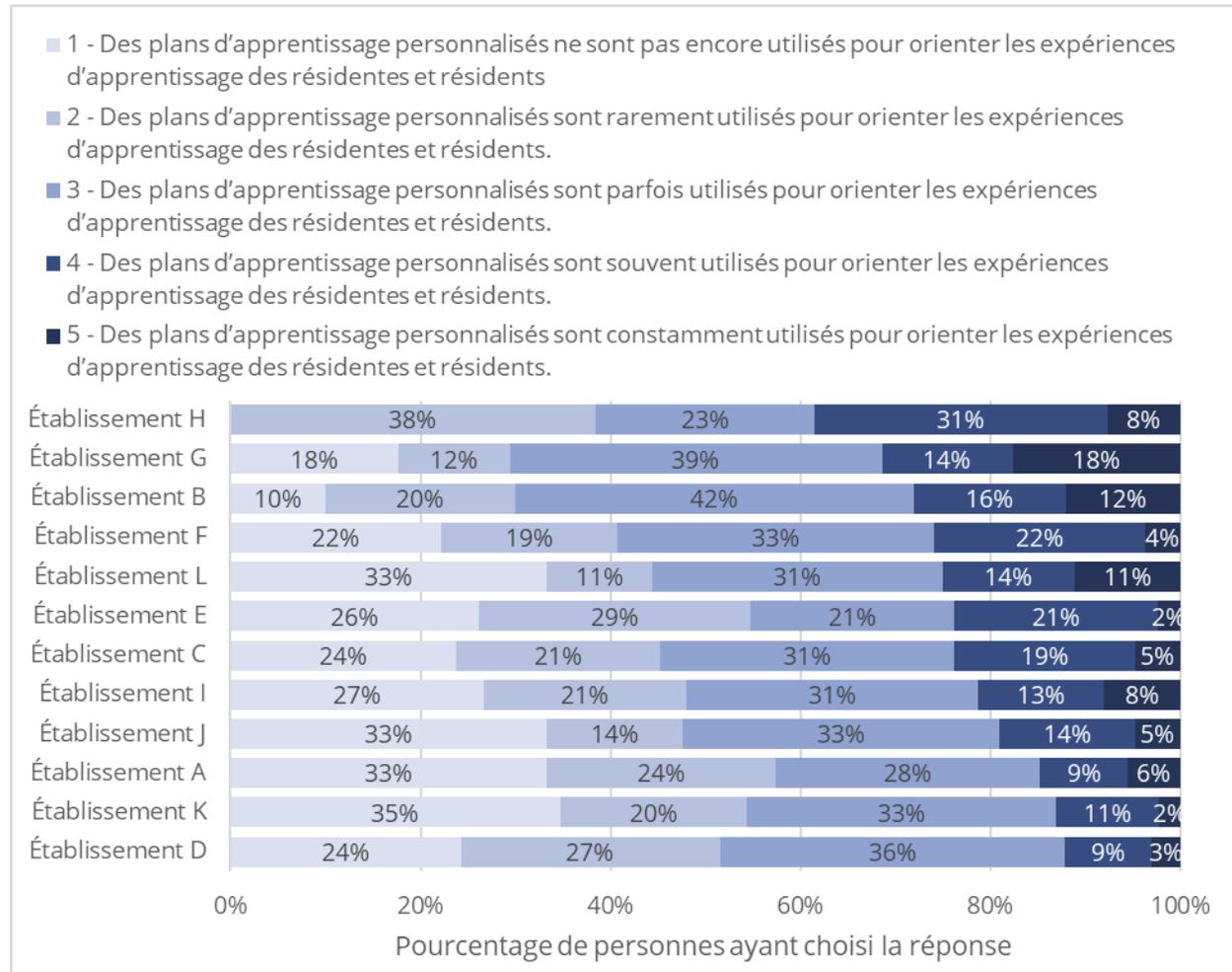
Autres spécialités (médecine) (n=71)	28%	14%	31%	13%	14%
Autres spécialités (chirurgie) (n=26)	19%	12%	38%	15%	15%

Autres disciplines (chirurgie)* : chirurgie cardiaque, chirurgie plastique, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, fondements chirurgicaux, urologie et chirurgie vasculaire

Autres disciplines (médecine)** : médecine de l'adolescence, cardiologie (adulte et pédiatrique), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, immunologie clinique et allergie, pharmacologie clinique et toxicologie, soins intensifs (adulte), gastroentérologie (adulte et pédiatrique), gériatrie, gérontopsychiatrie, oncologie médicale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte et pédiatrique), médecine nucléaire, hématologie-oncologie pédiatrique, médecine physique et réadaptation, radio-oncologie, pneumologie (adulte), rhumatologie (adulte)

Disciplines non représentées : pathologie judiciaire, psychiatrie légale, soins intensifs (pédiatriques), neurologie (pédiatrique), chirurgie pédiatrique, pneumologie (pédiatrique), rhumatologie (pédiatrique)

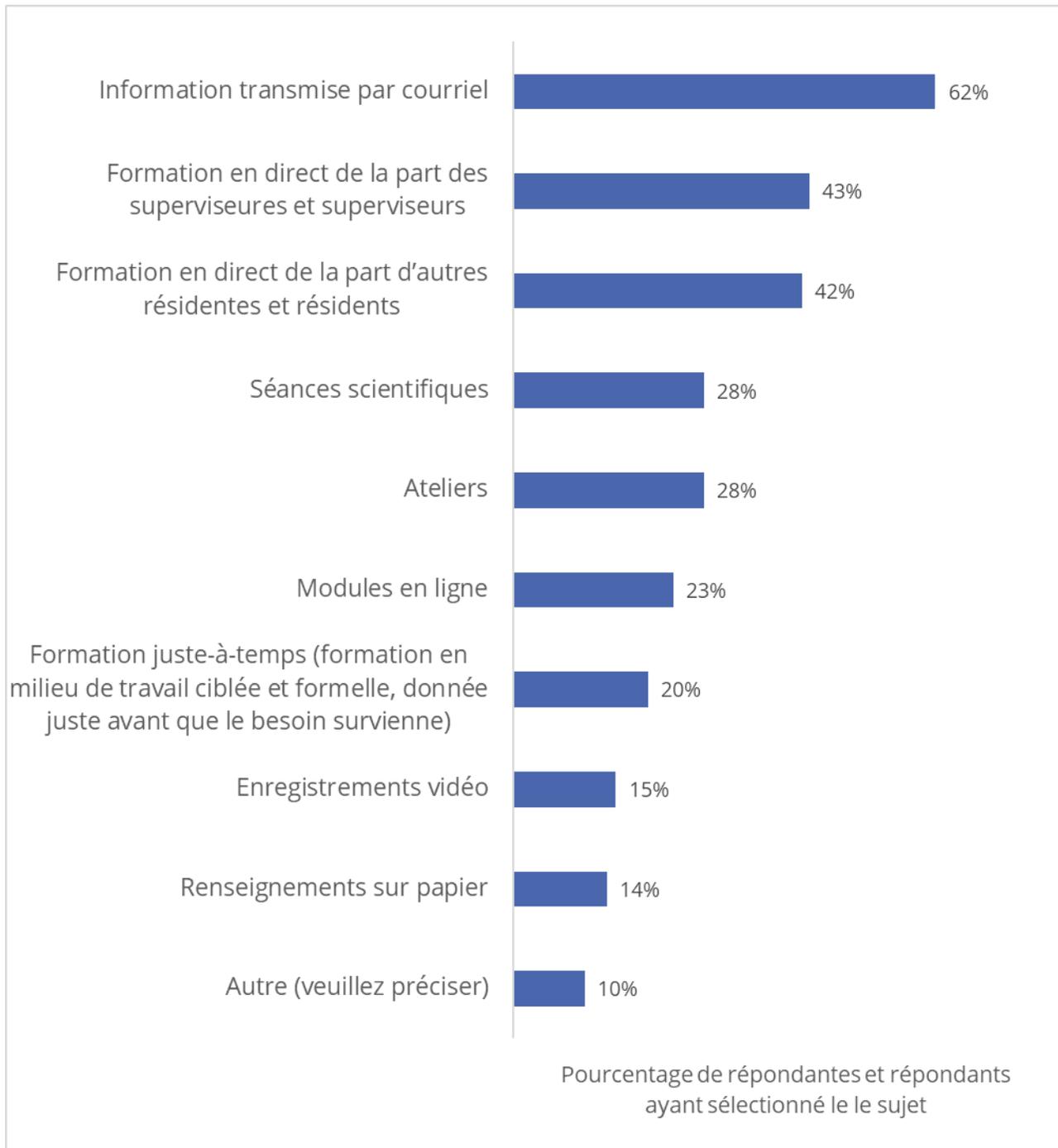
Figure 9C : Plans d'apprentissage personnalisés – Niveau de mise en œuvre par établissement



Les établissements sont classés en ordre décroissant, en fonction du pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de l'échelle de mise en œuvre. Les établissements dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de répondantes et répondants ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que ceux dans le bas du graphique.

Formation des résidentes et résidents sur la CPC

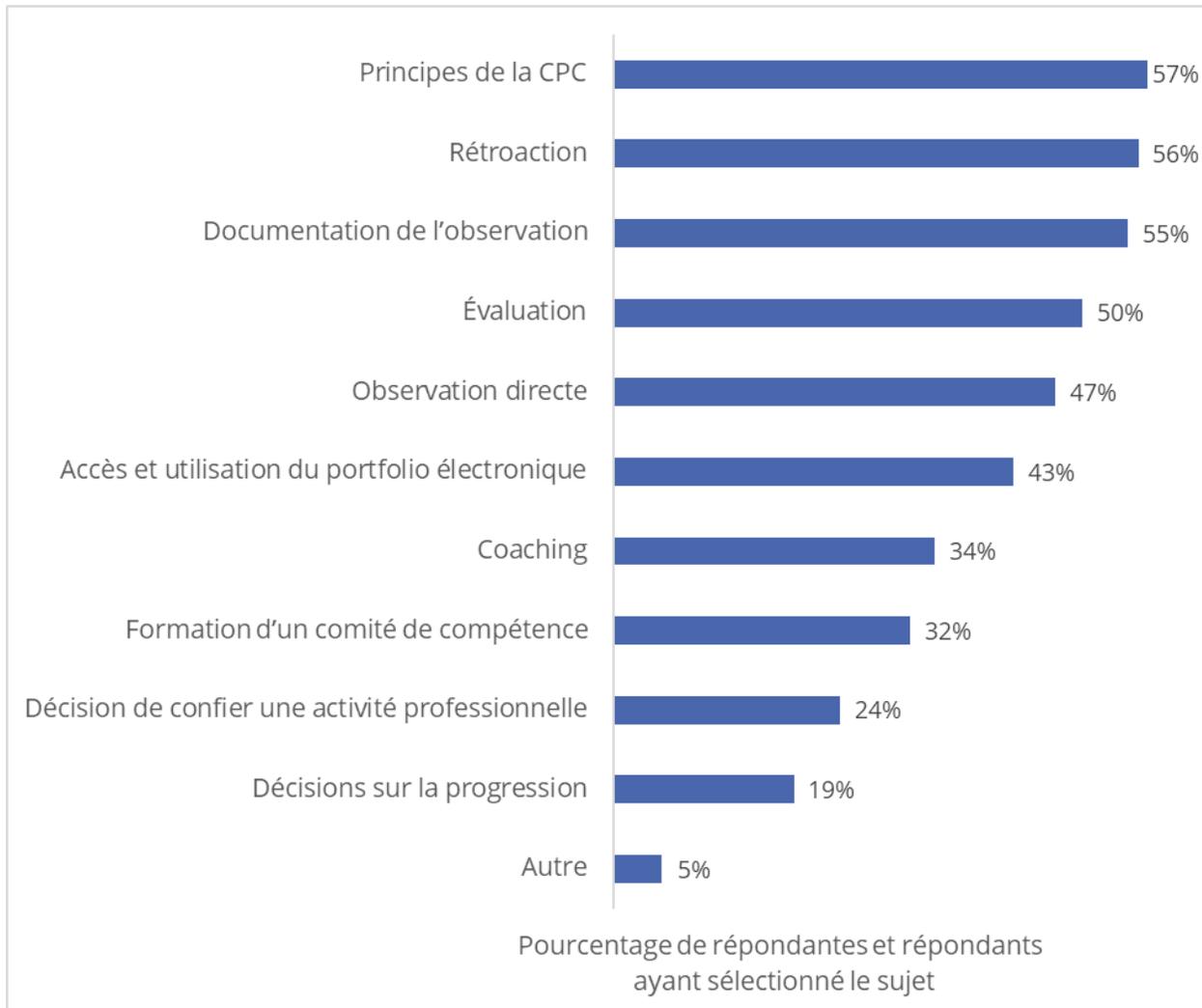
Figure 10 : Méthodes de formation des résidentes et résidents sur la CPC au cours des 12 derniers mois



n = 502



Figure 11 : Sujets liés à la CPC présentés aux résidentes et résidents pendant les 12 derniers mois



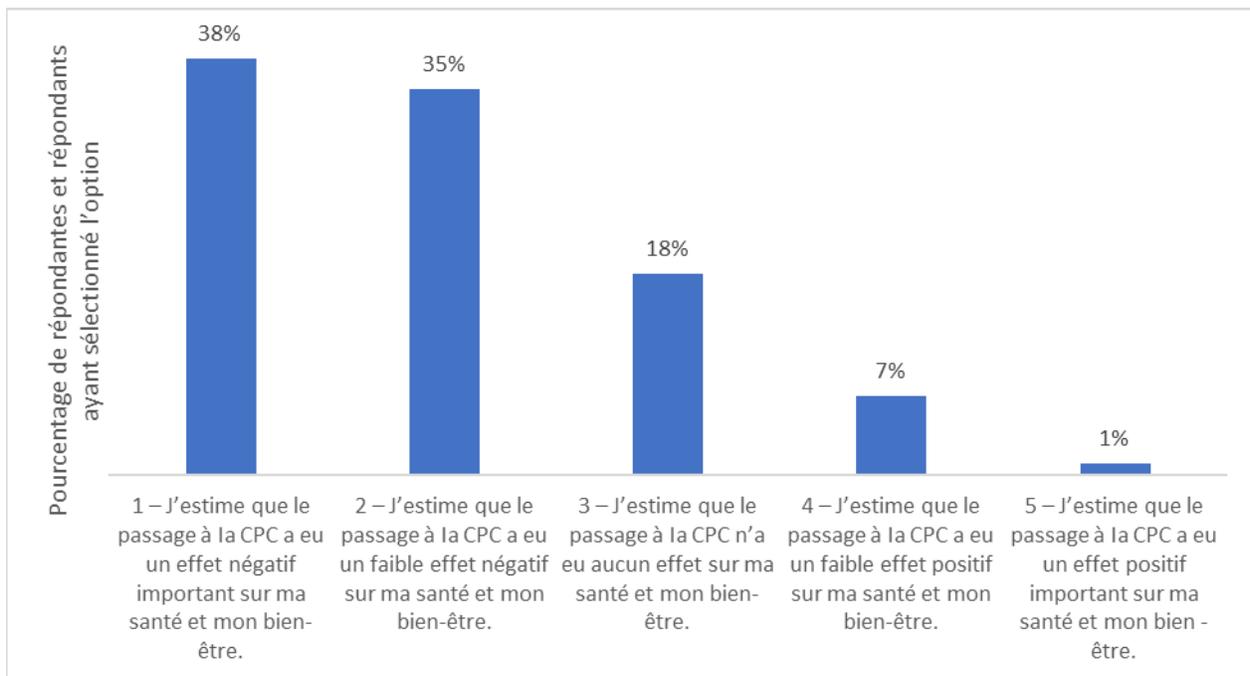
n = 502

Bien-être des résidentes et résidents

La résidence peut constituer une période particulièrement difficile de la carrière d'un médecin; elle peut également se répercuter sur son bien-être. Sachant qu'il existe plusieurs définitions du bien-être, nous le définissons ici comme un état complexe qui dépend de la santé et du bien-être physique, mental et émotionnel (Wallace, Lemaire et Ghali, 2009).

Les personnes répondantes au sondage devaient décrire les effets de la CPC sur leur santé et leur bien-être sur une échelle de 1 à 5, allant de très négatifs à très positifs. La figure 12 montre la répartition des résultats.

Figure 12A : Effets du passage à la CPC sur la santé et le bien-être



n = 507

Figure 12B : Effets du passage à la CPC sur la santé et le bien-être par discipline

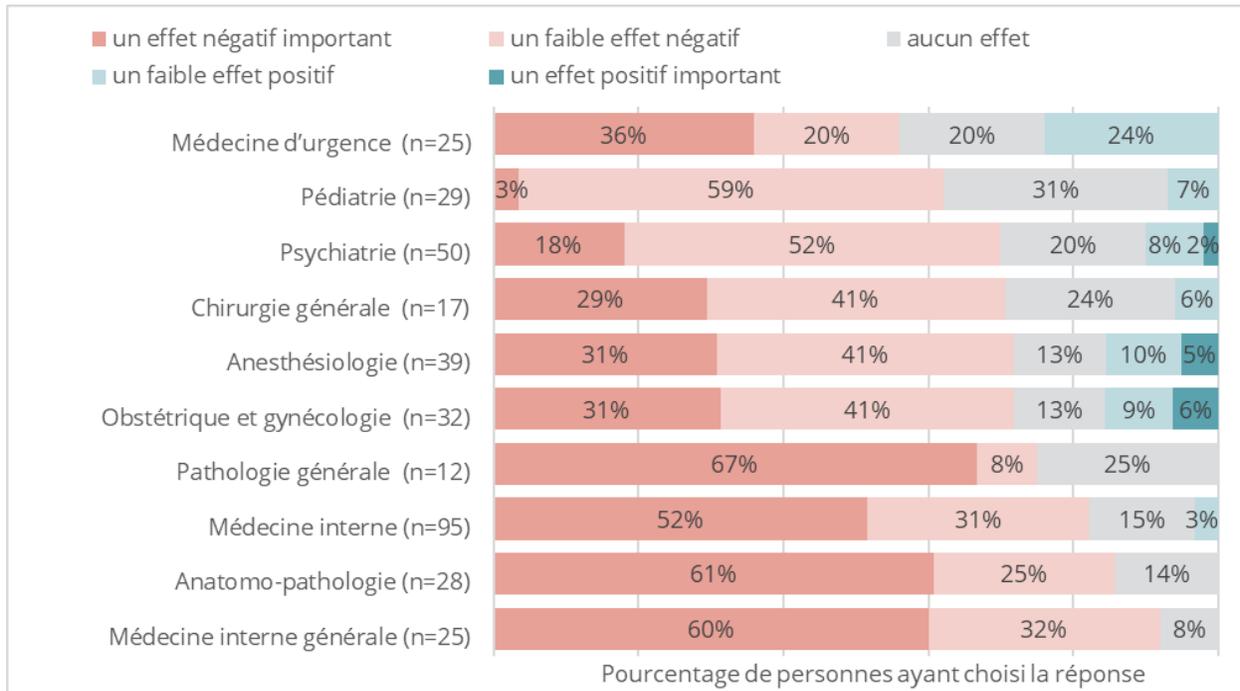
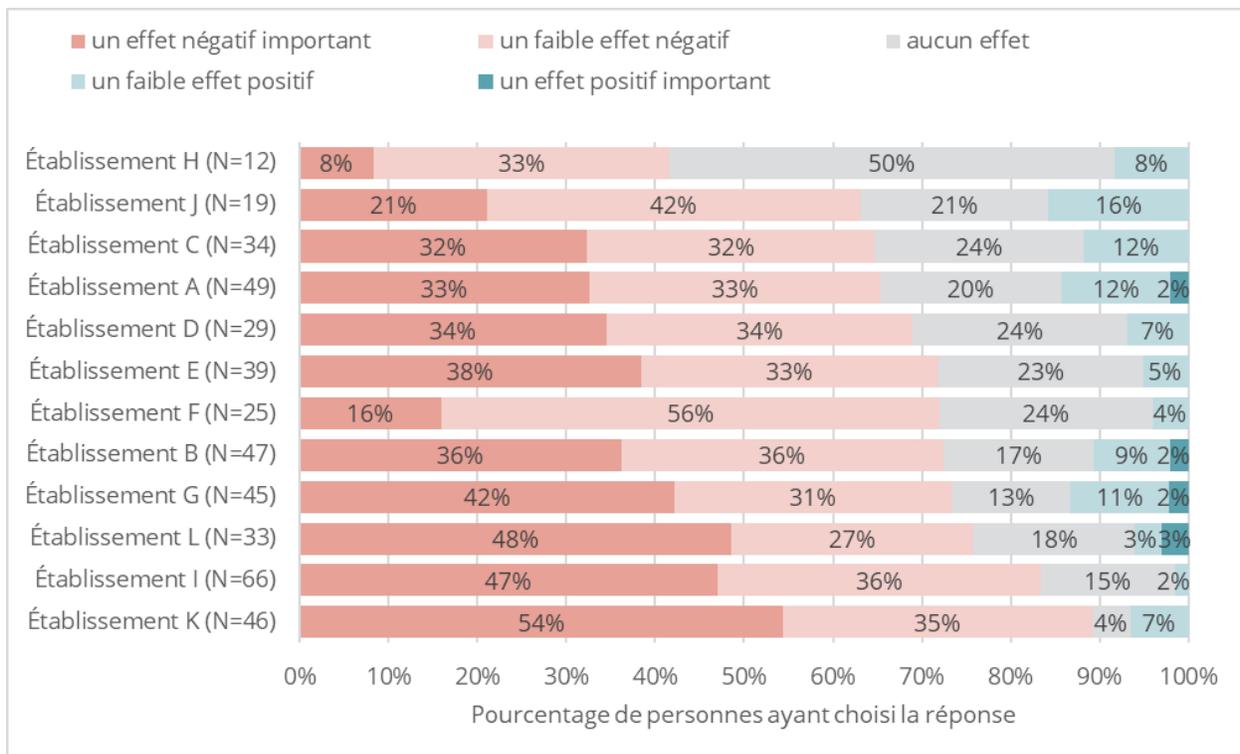


Figure 12C : Effets du passage à la CPC sur la santé et le bien-être par établissement



Défis, avantages et incidence sur la santé et le bien-être

On a demandé aux résidentes et résidents de commenter les défis que pose la mise en œuvre de la CPC et les avantages qui en découlent, et de nommer les aspects du processus ayant eu le plus d'effets négatifs et ceux ayant eu le plus d'effets positifs sur leur santé et leur bien-être. Les tableaux ci-dessous présentent les principaux éléments qui ressortent de cette consultation.

Tableau 4A – Défis posés par la mise en œuvre de la CPC

Défis posés par la mise en œuvre de la CPC	
Thème	Sous-thèmes
Réalisation des APC par le corps professoral (61 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité à réaliser les APC en temps opportun • Actes qui ne suivent pas les paroles • Manque de volonté ou refus de participer
Remise en question de la pertinence (22 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Exercice qu'on fait pour la forme • Charge de travail supplémentaire qui apporte peu ou pas d'avantage
Manque d'occasions pour réaliser les APC (21 %)	<ul style="list-style-type: none"> • APC représentant des situations rarement rencontrées • Occasions limitées d'observation directe • Quantité irréaliste • Critères trop stricts ou précis
Charge de travail administrative (18 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Quantité élevée de « paperasse » et de documents à remplir • Activité très chronophage
Lacunes en matière de rétroaction (17 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de rétroaction immédiate ou au moment opportun • Manque de rétroaction constructive
Responsabilité plus lourde pour les résidentes et résidents (15 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de solliciter une plage dans l'emploi du temps bien rempli des enseignantes et enseignants pour réaliser les APC • Suivi des APC réalisées et des critères de compétence associés • Responsabilité pour des APC non exécutées, même lorsque la résidente ou le résident a déployé des efforts pour les réaliser
Difficultés technologiques (13 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Plateforme peu conviviale et inefficace • Navigation difficile • Difficultés d'accès
Incohérences dans l'interprétation et la pondération des APC (13 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de consensus quant aux exigences requises pour réussir une APC • Mauvaise compréhension de ce qui distingue l'énoncé 4 de l'énoncé 5.

Tableau 4B – Défis posés par la mise en œuvre de la CPC par discipline

	Toutes disciplines confondues	Anatomo-pathologie	Anesthésiologie	Médecine d'urgence	Médecine interne générale	Pathologie générale	Chirurgie générale	Médecine interne	Obstétrique et gynécologie	Pédiatrie	Psychiatrie	Autres disciplines (médecine)	Autres disciplines (chirurgie)
Nombre total de réponses	395	27	31	22	23	12	16	76	31	28	42	66	21
Défis liés à l'évaluation des APC par le corps professoral	61%	52%	38%	41%	48%	50%	69%	51%	42%	39%	43%	32%	67%
Manque d'occasions d'effectuer des APC	21%	41%	6%	23%	22%	50%	0%	19%	26%	43%	5%	21%	19%
Remise en cause de la pertinence des APC	22%	22%	31%	32%	39%	0%	44%	19%	26%	7%	24%	17%	5%
Responsabilité plus lourde pour les résidentes et résidents	15%	15%	6%	0%	13%	17%	19%	18%	13%	11%	10%	21%	24%
Défis technologiques	13%	7%	16%	0%	4%	17%	19%	14%	10%	11%	14%	18%	14%
Rétroactions inadéquates	17%	11%	3%	32%	26%	8%	19%	18%	16%	21%	14%	18%	19%
Fardeau administratif	18%	26%	31%	14%	30%	8%	44%	21%	10%	4%	7%	17%	10%
Méconnaissance de la CPC/des APC	11%	19%	3%	14%	4%	8%	6%	9%	10%	14%	19%	12%	10%
Incohérences dans l'interprétation et la notation des APC	13%	26%	16%	14%	9%	17%	13%	11%	19%	11%	7%	14%	5%
Coûts d'opportunité (chronophage/détourne d'autres activités)	5%	11%	3%	14%	4%	8%	0%	4%	0%	4%	2%	6%	0%
Manque de transparence	3%	0%	6%	0%	9%	0%	0%	5%	3%	4%	2%	2%	0%

Table 4C – Défis posés par la mise en œuvre de la CPC par établissement

	Établissement A	Établissement B	Établissement C	Établissement D	Établissement E	Établissement F	Établissement G	Établissement I	Établissement J	Établissement K	Établissement L
Nombre total de réponses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Défis liés à l'évaluation des APC par le corps professoral	64%	55%	91%	70%	58%	79%	60%	39%	85%	61%	50%
Manque d'occasions d'effectuer des APC	33%	10%	27%	0%	8%	13%	10%	13%	9%	12%	30%
Remise en cause de la pertinence des APC	26%	17%	33%	44%	4%	16%	25%	34%	11%	44%	40%
Responsabilité plus lourde pour les résidentes et résidents	21%	26%	3%	15%	0%	8%	5%	24%	2%	10%	25%
Défis technologiques	5%	21%	21%	19%	27%	11%	5%	8%	9%	15%	10%
Rétroactions inadéquates	21%	26%	9%	41%	42%	18%	30%	29%	4%	22%	75%
Fardeau administratif	21%	43%	15%	37%	15%	26%	20%	37%	6%	34%	20%
Méconnaissance de la CPC/des APC	0%	0%	33%	19%	31%	29%	20%	16%	2%	7%	5%
Incohérences dans l'interprétation et la notation des APC	36%	17%	27%	15%	23%	37%	0%	18%	9%	12%	15%
Coûts d'opportunité (chronophage/détourne d'autres activités)	7%	0%	0%	0%	12%	11%	10%	5%	0%	15%	5%
Manque de transparence	5%	0%	3%	11%	8%	11%	0%	0%	2%	2%	10%

Le nombre de réponses par établissement n'est pas indiqué pour des raisons de confidentialité. Les données provenant d'établissements qui ont fourni moins de 10 réponses ne sont pas présentées.

Tableau 5A – Avantages de la mise en œuvre de la CPC

Avantages de la mise en œuvre de la CPC	
Thème	Sous-thèmes
Rétroaction (20 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Rétroaction fréquente • Rétroaction ciblée permettant d’orienter l’apprentissage • Rétroaction immédiate ou en temps opportun
Parcours d’apprentissage structuré et clarté des attentes (15 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Exigences et objectifs d’apprentissage clairs • Parcours d’apprentissage clair et structuré
Suivi (documentation) de la progression (15 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Documentation des interventions et des expériences réalisées • Identification des lacunes • Réflexion personnelle sur sa progression
Corps professoral mobilisé pour favoriser l’apprentissage (7 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignantes et enseignants réceptifs aux demandes liées aux APC et à la rétroaction • Participation des enseignantes et enseignants à la recherche d’occasions d’APC • Bienfaits découlant de l’encadrement et du mentorat
Flexibilité (2 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de personnaliser les stages à option en tenant compte de ses objectifs d’apprentissage • Réduction des stages hors du service d’attache • Souplesse dans la conciliation des apprentissages et des obligations personnelles
Sentiment d’accomplissement et de confiance (2 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d’accomplissement après la réussite d’une tâche • Confiance en ses compétences

Tableau 5B – Avantages de la mise en œuvre de la CPC par discipline

	Toutes disciplines confondues	Anatomo-pathologie	Anesthésiologie	Médecine d'urgence	Médecine interne générale	Pathologie générale	Chirurgie générale	Médecine interne	Obstétrique et gynécologie	Pédiatrie	Psychiatrie	Autres disciplines (médecine)	Autres disciplines (chirurgie)
Nombre total de réponses	327	24	22	19	23	11	11	69	16	21	33	57	21
Apprentissage structuré	15%	13%	14%	21%	22%	36%	9%	13%	13%	14%	3%	16%	19%
Suivi des progrès grâce aux APC	15%	21%	18%	16%	17%	9%	18%	12%	19%	14%	12%	18%	10%
Donne de la souplesse	2%	13%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	2%	0%
Participation du corps professoral	7%	4%	5%	11%	13%	9%	9%	4%	13%	14%	3%	5%	5%
Rétroactions régulières	2%	0%	14%	0%	4%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	2%	0%
Sentiment d'accomplissement/confiance	2%	0%	14%	0%	4%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	2%	0%
Peu ou pas d'avantages	57%	63%	45%	53%	70%	55%	73%	71%	56%	43%	42%	53%	52%

Tableau 5C – Avantages de la mise en œuvre de la CPC par établissement

	Établissement A	Établissement B	Établissement C	Établissement D	Établissement E	Établissement F	Établissement G	Établissement I	Établissement J	Établissement K	Établissement L
Nombre total de réponses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Apprentissage structuré	3%	6%	3%	10%	14%	6%	7%	3%	0%	6%	7%
Suivi des progrès grâce aux APC	3%	10%	6%	0%	5%	6%	7%	9%	2%	0%	10%
Donne de la souplesse	0%	0%	3%	0%	0%	0%	7%	6%	2%	6%	0%
Participation du corps professoral	3%	10%	0%	0%	5%	0%	7%	3%	7%	0%	2%
Rétroactions régulières	20%	10%	19%	10%	9%	3%	7%	3%	7%	11%	0%
Sentiment d'accomplissement/confiance	0%	0%	3%	0%	5%	0%	0%	6%	5%	6%	7%
Peu ou pas d'avantages	77%	58%	45%	76%	50%	62%	71%	75%	65%	56%	73%

Le nombre de réponses par établissement n'est pas indiqué pour des raisons de confidentialité. Les données provenant d'établissements qui ont fourni moins de 10 réponses ne sont pas présentées.

Tableau 6A – Aspects de la CPC ayant le plus d’effets négatifs sur la santé et le bien-être

Aspects de la CPC ayant le plus d’effets <u>négatifs</u> sur la santé et le bien-être	
Thème	Sous-thèmes
Stress lié à la nécessité de solliciter les enseignantes et enseignants pour observer les APC (32 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Stress et pression d’avoir à toujours solliciter les enseignantes et enseignants pour réaliser les APC • Crainte d’« importuner », d’« énerver », de « déranger », d’« être un fardeau » pour les enseignantes et enseignants qui doivent observer, remplir et approuver les APC.
Fardeau administratif (31 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Quantité « excessive » de paperasse, de documents à remplir et de tâches administratives à réaliser • Activité chronophage • Souci supplémentaire de plus dans un contexte déjà bien chargé
Inquiétudes quant à l’atteinte des exigences (26 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Pression occasionnée par l’idée d’avoir à réaliser « assez » d’APC • Peur de ne pas passer à la prochaine étape ou de ne pas recevoir son diplôme à temps
Remise en question de la pertinence (9 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Exercice qu’on fait pour la forme ou loterie • Incohérences entre la pondération des APC et d’autres mesures du rendement
Charge cognitive (9 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin constant de jauger si une rencontre satisfait aux exigences des APC • Effort cognitif pour se rappeler toutes les APC et leurs sous-catégories
Anxiété d’évaluation et de performance (7 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d’être toujours observé ou évalué • Peur d’être comparé aux autres
Préoccupations liées aux APC (2 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de l’attention disponible pour d’autres occasions d’apprentissage • Pensée orientée sur les APC plutôt que sur les patients

Tableau 6B – Aspects de la CPC ayant le plus d’effets négatifs sur la santé et le bien-être par discipline

	Toutes disciplines confondues	Anatomo-pathologie	Anesthésiologie	Médecine d’urgence	Médecine interne générale	Pathologie générale	Chirurgie générale	Médecine interne	Obstétrique et gynécologie	Pédiatrie	Psychiatrie	Autres disciplines (médecine)	Autres disciplines (chirurgie)
Nombre total de réponses	364	24	28	19	20	11	13	79	29	21	37	63	20
Stress lié à la nécessité de solliciter les enseignantes et enseignants pour observer les APC	32%	21%	32%	16%	22%	27%	55%	30%	52%	25%	43%	35%	45%
Inquiétudes quant à l’atteinte des exigences	26%	46%	14%	42%	26%	36%	36%	16%	24%	35%	31%	37%	5%
Fardeau administratif	31%	33%	32%	21%	43%	55%	55%	30%	29%	25%	14%	33%	55%
Charge cognitive	9%	4%	0%	11%	13%	0%	0%	11%	14%	20%	9%	10%	5%
Anxiété d’évaluation et de performance	7%	4%	9%	5%	13%	9%	9%	6%	14%	15%	0%	10%	5%
Préoccupations liées aux APC	2%	0%	0%	0%	0%	18%	9%	4%	0%	5%	3%	0%	0%
Remise en question de la pertinence	9%	8%	5%	11%	0%	9%	0%	10%	19%	10%	11%	8%	20%

Tableau 6C – Aspects de la CPC ayant le plus d’effets négatifs sur la santé et le bien-être par établissement

	Établissement A	Établissement B	Établissement C	Établissement D	Établissement E	Établissement F	Établissement G	Établissement I	Établissement J	Établissement K	Établissement L
Nombre total de réponses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fardeau administratif	33%	43%	38%	62%	45%	44%	47%	49%	39%	52%	42%
Charge cognitive	10%	7%	8%	8%	0%	9%	11%	6%	8%	5%	0%
Remise en question de la pertinence de la CPC	12%	7%	13%	8%	9%	9%	0%	6%	10%	5%	21%
Anxiété ou fatigue liée à l’évaluation	14%	11%	13%	15%	5%	6%	11%	9%	10%	7%	0%
Préoccupations liées aux APC	0%	4%	0%	15%	5%	0%	0%	9%	8%	5%	0%
Stress lié à la nécessité de solliciter les enseignantes et enseignants pour observer les APC	33%	50%	36%	19%	50%	44%	37%	26%	35%	33%	26%
Inquiétudes quant à l’atteinte des exigences	52%	32%	33%	35%	45%	44%	16%	54%	37%	21%	53%
Aucune	2%	0%	3%	8%	5%	6%	5%	0%	0%	2%	16%

Le nombre de réponses par établissement n’est pas indiqué pour des raisons de confidentialité. Les données provenant d’établissements qui ont fourni moins de 10 réponses ne sont pas présentées.

Tableau 7A – Aspects de la CPC ayant le plus d’effets positifs sur la santé et le bien-être

Aspects de la CPC ayant le plus d’effets positifs sur la santé et le bien-être	
Thème	Sous-thèmes
Conscience des progrès personnels et des attentes (17 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance de sa progression permettant la réflexion et l’établissement d’objectifs • Rétroaction fréquente informant les résidentes et résidents de leurs améliorations dans le temps et entretenant la motivation • Diminution des incertitudes et du stress causés par la progression
Sentiment de soutien de la part du programme (16 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Mentorat et encadrement de la part des conseillères et conseillers pédagogiques • Enseignantes et enseignants encouragés à viser l’apprentissage des résidentes et résidents et à fournir de la rétroaction • Diminution de l’anxiété que causent les demandes de rétroaction
Sentiment d’accomplissement (4 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Réussite des APC et atteinte des cibles • Sentiment d’accomplissement après la réussite d’une APC et en progressant dans la formation
Confiance accrue (3 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure confiance en ses compétences après avoir reçu une rétroaction positive • Rétroaction et encadrement ciblés améliorant les compétences avec le temps

Tableau 7B – Aspects de la CPC ayant le plus d’effets positifs sur la santé et le bien-être par discipline

	Toutes disciplines confondues	Anatomo-pathologie	Anesthésiologie	Médecine d’urgence	Médecine interne générale	Pathologie générale	Chirurgie générale	Médecine interne	Obstétrique et gynécologie	Pédiatrie	Psychiatrie	Autres disciplines (médecine)	Autres disciplines (chirurgie)
Nombre total de réponses	280	14	16	14	22	11	11	73	19	16	31	53	18
Confiance accrue	3%	0%	6%	0%	0%	0%	9%	3%	5%	6%	3%	0%	0%
Sentiment d’accomplissement	4%	7%	0%	0%	0%	9%	0%	5%	0%	0%	10%	4%	6%
Diminution des incertitudes et du stress causés par la progression	17%	7%	25%	14%	14%	9%	9%	7%	37%	19%	13%	23%	28%
Sentiment de soutien de la part du programme	16%	7%	0%	21%	14%	18%	9%	12%	16%	44%	19%	19%	0%
Peu ou pas d’effets positifs	71%	86%	69%	64%	77%	64%	82%	74%	53%	38%	71%	58%	67%

Tableau 7C – Aspects de la CPC ayant le plus d’effets positifs sur la santé et le bien-être par établissement

	Établissement A	Établissement B	Établissement C	Établissement D	Établissement E	Établissement F	Établissement G	Établissement I	Établissement J	Établissement K	Établissement L
Nombre total de réponses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Conscience des progrès personnels et des attentes	16%	17%	12%	15%	26%	6%	15%	18%	20%	29%	5%
Sentiment de soutien de la part du programme et des enseignantes et enseignants	3%	14%	4%	0%	5%	6%	0%	3%	7%	0%	5%
Sentiment d’accomplissement	8%	7%	12%	5%	5%	6%	4%	5%	13%	0%	13%
Confiance accrue	3%	3%	12%	0%	5%	6%	4%	3%	0%	7%	3%
Peu ou pas d’effets positifs	73%	62%	56%	80%	58%	73%	78%	75%	67%	71%	74%

Le nombre de réponses par établissement n’est pas indiqué pour des raisons de confidentialité. Les données provenant d’établissements qui ont fourni moins de 10 réponses ne sont pas présentées.

Soutien du programme

On a demandé l'avis des résidentes et résidents sur les améliorations à apporter au soutien des programmes en matière de santé et de bien-être. Le tableau 8 présente les principaux thèmes qui se dégagent des commentaires recueillis.

Tableau 8 – Suggestions pour améliorer le soutien fourni par le programme

Inciter les enseignantes et enseignants à réaliser les APC	<ul style="list-style-type: none"> ● Offrir des incitatifs pour la réalisation d'APC ● Prévoir des pénalités pour les professeures et professeurs qui ne réalisent pas d'APC ● Instaurer un seuil obligatoire de réalisation d'APC par enseignante ou enseignant
Donner du temps aux résidentes et résidents	<ul style="list-style-type: none"> ● Militer pour une augmentation du temps protégé ● Réduire le nombre de périodes de garde ● Offrir davantage de soutien et de flexibilité en ce qui concerne les temps libres
Adapter les APC	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduire le nombre d'APC obligatoires ● Proposer des variables plus générales
Faire preuve d'indulgence et de flexibilité	<ul style="list-style-type: none"> ● Faire preuve de clémence en ce qui concerne la réalisation des APC ● Permettre le transfert d'APC d'une étape de formation à l'autre
Écouter les résidentes et résidents	<ul style="list-style-type: none"> ● Écouter les résidentes et résidents et tenir compte de leurs commentaires ● Effectuer un suivi régulier auprès des résidentes et résidents ● Organiser plus d'activités, de retraites et de rassemblements visant le bien-être des résidentes et résidents
Améliorer la plateforme	<ul style="list-style-type: none"> ● Faire en sorte que l'exécution complète des APC puisse se faire en une fois ● Améliorer la fonction de suivi des APC de la plateforme
Réduire le nombre de systèmes d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduire le nombre de formulaires à remplir ● Éliminer les redondances
Apporter des changements au système	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduire le nombre d'APC ou les éliminer complètement ● Revenir au système traditionnel ● Reconnaître la nécessité d'un remaniement complet du système



Discussion

Variabilité de la mise en œuvre

Mise en œuvre globale

À la question « Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : "De façon générale, la mise en œuvre de la CPC se déroule bien dans mon programme"? », 36 % des résidentes et résidents ont répondu qu'ils étaient en désaccord, alors que 63 % se disaient en accord ou sans opinion. L'analyse des réponses par discipline montre cependant une grande hétérogénéité des opinions : on constate par exemple 15 % de désaccord chez les résidentes et résidents en pédiatrie et 54 % de désaccord chez celles et ceux en anatomo-pathologie. On constate le même écart de l'expression du désaccord (de 17 % à 57 %) entre les établissements et selon les régions. Ces résultats montrent que des facteurs contextuels, tant au sein des disciplines que des établissements, influent sur la mise en œuvre de la CPC, et qu'une réflexion en profondeur s'impose pour trouver les améliorations à apporter.

Mise en œuvre des composantes clés

Le degré de mise en œuvre des composantes clés s'est avéré extrêmement variable selon les personnes répondantes. Certaines composantes, comme les comités de compétence et les portfolios électroniques, ont obtenu des résultats très conformes, c'est-à-dire que les évaluations des personnes répondantes étaient comparables ou identiques aux objectifs de mise en œuvre. En revanche, les composantes comme le coaching en direct, l'évaluation des APC en milieu de travail et l'observation directe, moins susceptibles d'être évaluées comme complètement mises en œuvre, ont obtenu des niveaux de conformité moins élevés. Dans la première phase, les programmes d'études étaient probablement axés sur les composantes opérationnelles essentielles de la CPC, comme les comités de compétence et les portfolios électroniques. Cependant, à présent que ces composantes clés sont en place, il conviendrait d'insister de manière continue sur les éléments moins structurels, comme le coaching en direct, dans le cadre du perfectionnement des corps professoraux.

La section du présent rapport sur les défis que pose la mise en œuvre explique les causes de cette faible conformité. Par exemple, les résidentes et résidents rapportent qu'il est souvent compliqué de faire en sorte que les enseignantes et enseignants remplissent les observations des APC à temps. Cette difficulté est imputable à la mise en œuvre incomplète de composantes comme l'observation directe, l'évaluation des APC en milieu de travail et le coaching en direct subséquent. Cette difficulté est imputable à la mise en œuvre incomplète de composantes comme l'observation directe, l'évaluation d'APC en milieu de travail et le coaching en direct subséquent. Des études complémentaires sur les liens entre les difficultés rencontrées et le niveau de mise en œuvre des composantes clés pourraient permettre de cibler des interventions d'amélioration.

Comme pour la mise en œuvre globale, on observe des écarts importants dans la mise en œuvre des composantes clés de la CPC entre les disciplines et les établissements. Dans certains cas, les résidentes et résidents indiquent avoir l'impression que les composantes clés sont presque parfaitement mises en place, tandis que dans d'autres cas, ils rapportent des progrès plus lents et des difficultés de mise en œuvre. Cette disparité pourrait être le reflet du degré de proximité de chaque discipline ou établissement avec la démarche de la CPC avant la transition, plutôt qu'un indicateur de réussite de la mise en œuvre. Par exemple, il est possible que certaines composantes de la CPC (comme l'observation directe ou le coaching) étaient déjà intégrées à la routine quotidienne dans certaines disciplines. Les écarts peuvent aussi venir du déploiement progressif de la CPC, qui est à l'origine de l'échelonnement des dates de lancement par discipline, ou de l'adoption précoce d'aspects de la CPC par certains établissements. Ici aussi, une étude approfondie des facteurs de disparité dans le degré de mise en œuvre sera essentielle pour déterminer quel soutien apporter aux établissements ou disciplines qui en ont besoin, et quelles mesures d'adaptation sont nécessaires.

Effets sur la santé et le bien-être

Des études antérieures montrent que la CPC a une incidence sur la santé physique et mentale des résidentes et résidents (rapports sur le Sondage éclair auprès des directeurs, rapports de la FMRQ et Sondage national de MRC, entre autres). Le Sondage éclair auprès des résidentes et résidents leur donne l'occasion d'exprimer directement la nature et les causes de cette incidence. L'analyse des résultats confirme que la transition vers la CPC a eu un effet néfaste sur la santé physique et mentale de nombreuses personnes répondantes.

On constate ici aussi des écarts importants entre les disciplines et les établissements concernés, certainement pour des raisons très variées. Les commentaires narratifs permettent cependant de distinguer les sept aspects ayant eu la plus grande incidence sur la santé et le bien-être des résidentes et résidents dans le contexte de transition vers la CPC :

- Stress lié à la nécessité de solliciter les enseignantes et enseignants pour observer les APC
- Fardeau administratif
- Inquiétudes quant à l'atteinte des exigences
- Inquiétudes quant à la pertinence de la CPC ou des APC
- Charge cognitive
- Anxiété d'évaluation et de performance
- Préoccupations liées aux APC

La récurrence de certaines réponses et le degré de détails fournis par les résidentes et résidents pour caractériser ces éléments fournissent des avenues non seulement pour approfondir les enquêtes, mais aussi pour cibler les actions. Les moyens de soulager le stress et les inquiétudes et d'alléger la charge de travail associée à la mise en œuvre de la CPC sont au cœur des discussions en cours. Les renseignements qui se dégagent de cette étude aideront à orienter les discussions et à trouver des manières d'améliorer l'expérience des résidentes et résidents.

Récolter les avantages

Les résultats de cette étude ne font pas que révéler les défis liés à la CPC; ils mettent en lumière les réussites associées à la conformité de la mise en œuvre, en plus d'apporter des éléments qui laissent croire à l'intégrité de l'opération. Les commentaires narratifs indiquent que des résidentes et résidents voient des avantages à la venue de la CPC. La reconnaissance et la diffusion de ces avantages ainsi que des expériences positives vécues par les résidentes et résidents pourraient permettre de comprendre quels aspects de la mise en œuvre ont permis à des résidentes et résidents de vivre une transition plus fructueuse que d'autres.

Limites

Bien que les résultats de ce sondage se veulent représentatifs des avis des résidentes et résidents de tout le Canada, plusieurs limites subsistent. Par exemple, le taux de réponse était de 15,1 % : bien que ce taux soit satisfaisant et similaire à

ceux de précédents sondages de MRC, il implique que beaucoup de résidentes et résidents n'ont pas fait part de leur expérience et de leur point de vue. On ignore si le groupe des personnes répondantes est représentatif des résidentes et résidents sondés, ce qui pourrait ouvrir la voie à un biais de sélection.

De plus, au moment du sondage, la pandémie de COVID-19 faisait des ravages, affectait la santé physique et mentale des médecins, la qualité des soins, et les centres de formation faisaient face à de nombreuses limites aux causes diverses. Il n'existe pas de solution simple à ces problèmes complexes; la crise sanitaire pourrait avoir exacerbé certaines des difficultés rencontrées.

Une partie de l'équation

Le Sondage éclair auprès des résidentes et résidents est l'une de nombreuses initiatives et évaluations menées dans tout le Canada visant à mieux comprendre l'expérience des futurs médecins avec la mise en œuvre de la CPC. Sachant que ce sondage ne constitue qu'une partie de l'équation, les résultats qui en émanent seront évalués en conjugaison avec les données provenant d'autres sources, à mesure que des plans pour l'avenir seront élaborés et adoptés.

La santé, le bien-être et la formation des résidentes et résidents sont au cœur des préoccupations de MRC et du Collège royal, qui sont résolus à travailler, de manière indépendante et en collaboration, pour améliorer l'expérience de formation. La section suivante présente certaines des prochaines étapes pour les deux organisations, dont certaines sont en cours d'examen et d'autres, en cours d'adoption.

Prochaines étapes

Le Collège royal a l'intention :

- de se concentrer davantage sur le bien-être des résidentes et résidents dans le cadre de la CPC par des sondages plus nombreux et une meilleure collaboration;
- de mieux expliquer les différences entre les disciplines et les établissements dans l'expérience de la mise en œuvre, afin de cibler les secteurs où il faut améliorer les processus et apporter plus de soutien;
- de cibler les composantes clés qui, selon les résidentes et résidents, présentent une faible conformité de mise en œuvre;



- de se lancer immédiatement dans l'élaboration de stratégies pour surmonter les défis vécus par les résidentes et résidents, afin d'améliorer à la fois la conformité de la mise en œuvre et le bien-être des résidentes et résidents;
- de poursuivre l'élaboration de plans d'action qui visent les difficultés que pose l'évaluation en milieu de travail.

MRC a l'intention :

- de réunir une équipe d'experts qui évaluera et analysera rigoureusement les données issues du Sondage éclair et d'autres sources, dans l'optique de brosser un portrait fidèle de l'expérience vécue par les résidentes et résidents;
- de préparer un exposé de position sur la CPC qui permettra d'orienter la justification des stratégies mises en place pour améliorer l'expérience des résidentes et résidents;
- de donner la priorité aux stratégies qui ont le meilleur potentiel d'amélioration du bien-être des résidentes et résidents tout en multipliant les occasions de faire progresser leur formation médicale.

Ensemble, les organisations veulent :

- reconnaître l'importance de la collaboration pour perfectionner la formation des résidentes et résidents et favoriser leur bien-être, visée qui est chère aux deux organisations;
- mener un sondage éclair cycliquement afin d'observer les changements dans le temps, de suivre l'évolution de nouveaux défis et d'évaluer les effets des stratégies mises en place;
- collaborer dans le cadre de projets et d'interventions visant l'amélioration de l'expérience des résidentes et résidents (sur les plans éducatif et psychologique).

Annexe A : Équipe de projet

Médecins résidents du Canada (MRC)	Collège royal
<p>Direction de l'étude</p> <p>Dre Kimberly Williams, MD, M. Sc., FRCPC Ancienne présidente, Médecins résidents du Canada</p> <p>Employés de MRC</p> <p>Mme Leslie Cuthbertson, directrice exécutive</p> <p>Mme Victoria Clarke, directrice de programmes, Bien-être, EDI et communications</p> <p>M. Scott Murray, directeur de programmes, Formation médicale</p> <p>Mme Samantha Lovegrove, responsable du soutien aux comités et gestionnaire du soutien aux programmes</p>	<p>Direction de l'étude</p> <p>Dr Andrew K. Hall, MD, FRCPC, MMed DRCPC Éducateur clinicien, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada</p> <p>Dr Tim Dalseg, MD, MMed, FRCPC Éducateur clinicien, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada</p> <p>Employés du Collège royal</p> <p>Mme Lisa Gorman, gestionnaire, Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation</p> <p>Mme Stacey Brzezina, analyste en évaluation de programmes, Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation</p> <p>Mme Sinthiya Selvaratnam, analyste en évaluation de programmes, Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation</p> <p>Mme Christina Baird, conseillère principale en communications, Communications et Marketing</p>

Appendix B – Survey Questions

Sondage éclair auprès des résidents sur La compétence par conception

Partie 1 – Données démographiques

Veillez sélectionner votre spécialité/surspécialité actuelle :

- Menu déroulant des spécialités/surspécialités du Collège royal

Veillez sélectionner votre institution actuelle :

- Université de la Colombie-Britannique
- Université de l'Alberta
- Université de Calgary
- Université du Manitoba
- Université de la Saskatchewan
- Université Western
- Université McMaster
- Université de Toronto
- Université Queen's
- Université d'Ottawa
- École de médecine du Nord de l'Ontario
- Université Dalhousie
- Université Memorial de Terre-Neuve

À quand remonte l'adoption officielle de la CPC du Collège royal par votre programme?

- ≤ 6 mois
- De 6 mois à 1 an
- De 1 à 2 ans
- De 2 à 3 ans

- De 3 à 4 ans

En quelle année de résidence êtes-vous actuellement?

- R1
- R2
- R3
- R4
- R5
- R6
- R7

Autre (veuillez préciser)

Partie 2 – Mise en œuvre de la CPC

À partir de l'échelle ci-dessous, veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec l'énoncé :

De façon générale, la mise en œuvre de la CPC se déroule bien dans mon programme.

Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord
-------------------------	--	--	--	-------------------------

Partie 3 – Caractéristiques de la mise en œuvre de la CPC

Veuillez choisir votre réponse selon le déroulement actuel de l'activité dans votre programme.

Schéma tutoriel – Un schéma tutoriel indique les liens entre les composantes d'un programme d'études. Dans la CPC, il relie les compétences à des expériences d'apprentissage (p. ex., les stages), à des outils d'évaluation (p. ex., les examens) et à des rôles CanMEDS à toutes les étapes de la formation (Ladhani et Writer, 2014). Un schéma tutoriel peut être présenté de plusieurs façons et sert de parcours éducatif pour les résidents.

Schéma tutoriel

1	2	3	4	5
Je ne suis pas du tout au courant de la manière dont les éléments de mon programme d'études sont interreliés.	La manière dont les éléments de mon programme d'études sont interreliés n'a pas été adaptée à la CPC.	Je suis au courant de la manière dont les compétences sont associées à certaines expériences d'apprentissage, pratiques d'évaluation, rôles CanMEDS ou étapes de la CPC.	Je suis au courant de la manière dont les compétences sont associées à la plupart des expériences d'apprentissage, pratiques d'évaluation, rôles CanMEDS ou étapes de la CPC.	Je suis au courant de la manière dont les compétences sont associées à l'ensemble des expériences d'apprentissage, pratiques d'évaluation, rôles CanMEDS ou étapes de la CPC.

Observation directe – Les superviseurs observent les résidents pendant la prestation de soins aux patients ou l'exécution d'activités cliniques importantes, réalistes et authentiques (Kogan, Hatala, Hauer et Holmboe, 2017).

Observation directe

1	2	3	4	5
Les apprenants ne font pas encore	Les apprenants ne font pas souvent l'objet	Les apprenants ne font pas souvent	Les apprenants font régulièrement	L'observation directe et la documentation du rendement

l'objet d'une observation directe.	d'une observation directe, et celle-ci n'est pas encore documentée.	l'objet d'une observation directe, et celle-ci n'est pas souvent documentée.	l'objet d'une observation directe, mais celle-ci n'est pas souvent documentée.	des apprenants font partie intégrante des activités quotidiennes.
------------------------------------	--	---	---	--

Évaluation des activités professionnelles fiables (APC) en milieu de travail –

L'évaluation en milieu de travail comprend la documentation de la rétroaction des superviseurs provenant des observations cliniques réalisées pour le perfectionnement des stagiaires et les décisions relatives à la réussite des APC. Les APC reflètent les tâches concrètes des médecins et donnent des objectifs clairs pour l'enseignement aux résidents, ainsi que pour leur apprentissage et leur évaluation (Gofton, Dudek, Barton et Bhanji, 2017).

Évaluation des APC en milieu de travail

1	2	3	4	5
Les superviseurs n'ont pas encore commencé à évaluer l'exécution des APC en milieu de travail.	Les superviseurs évaluent rarement l'exécution des APC en milieu de travail.	Les superviseurs évaluent parfois l'exécution des APC en milieu de travail.	Les superviseurs évaluent souvent l'exécution des APC en milieu de travail.	Les superviseurs évaluent constamment les APC en milieu de travail dans le cadre des activités quotidiennes.

Coaching en direct

Dans la CPC, tous les superviseurs sont chargés d’offrir du coaching en milieu clinique. Les superviseurs doivent fournir une rétroaction précise et concrète aux résidents en fonction des observations réalisées dans le but de les aider à progresser et à améliorer leur rendement. Ce « coaching en direct » doit être offert durant les tâches quotidiennes et au cours d’une expérience d’apprentissage (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2018).

Coaching en direct

1	2	3	4	5
La plupart des superviseurs n’offrent pas encore de coaching en direct.	La plupart des superviseurs offrent rarement du coaching en direct.	La plupart des superviseurs offrent parfois du coaching en direct.	La plupart des superviseurs offrent souvent du coaching en direct.	La plupart des superviseurs offrent constamment du coaching en direct.

Coaching en continu

Dans les programmes adaptés à la CPC, certains membres du corps professoral ont été désignés pour offrir du « coaching en continu ». Ce processus longitudinal implique des rencontres régulières entre les résidents et les membres du corps professoral désignés pour examiner les données du portfolio d’apprentissage et y réfléchir afin d’orienter l’acquisition des compétences, de personnaliser les objectifs d’apprentissage et de guider le développement des compétences en matière d’apprentissage à vie autorégulé (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2018).

Coaching en continu

1	2	3	4	5
Mon programme n'a pas encore mis en œuvre un processus de coaching en continu pour les résidents.	Mon programme a élaboré un processus de coaching en continu pour les résidents, mais il ne l'a pas encore mis en œuvre.	Mon programme a mis en œuvre un processus de coaching en continu pour les résidents, mais il n'y a recours que pour remédier à un problème.	Mon programme a mis en œuvre un processus de coaching en continu pour les résidents et il y a recours de façon sporadique.	Mon programme a mis en œuvre un processus de coaching en continu pour les résidents et il y a recours de façon systématique.

Portfolio électronique – Dans la CPC, il s’agit d’un outil d’apprentissage qui permet la saisie électronique d’observations, l’archivage de données sur l’apprentissage des résidents, la production d’analyses et de rapports, et l’évaluation de la progression des résidents par les comités de compétence (Collège royal, 2019b).

Portfolio électronique

1	2	3	4	5
Un portfolio électronique n’est pas encore utilisé pour consigner les observations au sujet des résidents.	Un portfolio électronique est parfois utilisé pour consigner les observations au sujet des résidents et parfois pour éclairer leur progression dans la formation.	Un portfolio électronique est régulièrement utilisé pour consigner les observations au sujet des résidents et parfois pour éclairer leur progression dans la formation.	Un portfolio électronique est constamment utilisé pour consigner les observations au sujet des résidents et parfois pour éclairer leur progression dans la formation.	Un portfolio électronique est constamment utilisé pour consigner les observations au sujet des résidents et constamment pour éclairer leur progression dans la formation.

Quelle plateforme électronique utilisez-vous? Veuillez fournir tout commentaire que vous pourriez avoir à ce sujet.

Comité de compétence – Un comité de compétence résume et évalue des données qualitatives et quantitatives découlant de multiples observations documentées afin d’avoir une idée globale de la progression des résidents dans l’atteinte de la compétence. Les processus du comité doivent être transparents et ses décisions – fondées sur les résultats – doivent être partagées avec les résidents évalués de façon claire et en temps opportun (Collège royal, 2019a).

Comité de compétence

1	2	3	4	5
Un comité de compétence n’a pas encore été formé.	Un comité de compétence a bien été formé, mais il ne communique pas les processus ou les résultats aux résidents évalués.	Un comité de compétence examine régulièrement le rendement des résidents et communique généralement les résultats aux résidents évalués, mais pas les processus.	Un comité de compétence examine régulièrement le rendement des résidents et communique généralement les processus et les résultats aux résidents évalués.	Un comité de compétence examine régulièrement le rendement des résidents, partage de manière transparente les processus du comité et communique constamment les résultats aux résidents évalués, de manière efficace et en temps opportun.

Plans d’apprentissage personnalisé par étape – L’approche par compétences en formation médicale reconnaît que tous les résidents peuvent tirer profit de plans d’apprentissage personnalisés et documentés, et d’un soutien à chaque étape. Il peut s’agir de mentors, de lectures ou de stages modifiés pour maximiser le développement et l’apprentissage (Collège royal, 2019a).

Plans d’apprentissage personnalisé par étape

1	2	3	4	5
Des plans d'apprentissage personnalisés ne sont pas encore utilisés pour orienter les expériences d'apprentissage des résidents.	Des plans d'apprentissage personnalisés sont rarement utilisés pour orienter les expériences d'apprentissage des résidents.	Des plans d'apprentissage personnalisés sont parfois utilisés pour orienter les expériences d'apprentissage des résidents.	Des plans d'apprentissage personnalisés sont souvent utilisés pour orienter les expériences d'apprentissage des résidents.	Des plans d'apprentissage personnalisés sont constamment utilisés pour orienter les expériences d'apprentissage des résidents.

Partie 4 – Formation des résidents sur la CPC

1. Au cours des 12 derniers mois, quelles méthodes ont été utilisées pour offrir de la formation aux résidents de votre programme sur des sujets liés à la CPC?

(Cochez tout ce qui s'applique.)

- A. Ateliers
- B. Modules en ligne
- C. Enregistrements vidéo
- D. Formation juste-à-temps (formation en milieu de travail ciblée et formelle, donnée juste avant que le besoin survienne)
- E. Séances scientifiques
- F. Information transmise par courriel
- G. Renseignements sur papier
- H. Formation en direct de la part des superviseurs
- I. Formation en direct de la part d'autres résidents
- J. Autres (veuillez préciser)



2. Au cours des 12 derniers mois, avec quels sujets liés à la CPC les résidents de votre programme ont-ils eu la chance de se familiariser? (Cochez tout ce qui s'applique.)

- A. Principes liés à la CPC
- B. Observation directe
- C. Documentation de l'observation
- D. Évaluation
- E. Coaching
- F. Rétroaction
- G. Décision de confier une activité professionnelle
- H. Formation d'un comité de compétence
- I. Décisions sur la progression
- J. Accès et utilisation du portfolio électronique
- K. Autres (veuillez préciser)

Partie 5 – Avantages et défis

Question 5a – Décrivez brièvement vos **défis** à ce jour dans le cadre de la mise en œuvre de la CPC.

Question 5b – Décrivez brièvement ce que votre programme a fait pour **surmonter** les **défis** que vous avez rencontrés.

Question 6 – Décrivez brièvement les **avantages** que la mise en œuvre de la CPC a apportés à ce jour dans votre programme.

Question 7 Mieux-être des résidents – La résidence peut être une période particulièrement difficile de la carrière d’un médecin, et les difficultés rencontrées peuvent se répercuter sur son mieux-être. Sachant qu’il existe plusieurs définitions du mieux-être, nous le définissons ici comme un état complexe qui dépend de la santé et du bien-être physique, mental et émotionnel (Wallace, Lemaire et Ghali, 2009).

Mieux-être des résidents

1	2	3	4	5
J’estime que le passage à la CPC a eu un effet négatif important sur ma santé et mon mieux-être.	J’estime que le passage à la CPC a eu un faible effet négatif sur ma santé et mon mieux-être.	J’estime que le passage à la CPC n’a eu aucun effet sur ma santé et mon mieux-être.	J’estime que le passage à la CPC a eu un faible effet positif sur ma santé et mon mieux-être.	J’estime que le passage à la CPC a eu un effet positif important sur ma santé et mon mieux-être.

Question X – Quels aspects de la CPC ont le plus grand effet **négatif** sur votre santé et votre mieux-être?

Question Y – Quels aspects de la CPC ont le plus grand effet **positif** sur votre santé et votre mieux-être?

Question 8 – Comment votre programme pourrait-il favoriser davantage votre santé et votre mieux-être?



Question 9 – Veuillez inscrire ici tout commentaire d’ordre général.