



La Compétence par conception :

Sondage éclair auprès de la communauté résidente

Rapport sur l'étude collaborative de 2023

Table des matières

Table des matières.....	2
Résumé	4
Mise en contexte et fondement.....	12
Méthodes	13
Sondage	13
Consentement et confidentialité	14
Résultats	15
Taux de réponse	15
Taux de réponse global	15
Taux de réponse par discipline	16
Taux de réponse par institution.....	20
Mise en œuvre des composantes clés.....	23
Observation directe	24
Évaluation des APC en milieu de travail.....	27
Coaching en direct	32
Coaching en continu	35
Comité de compétence	38
Plans d'apprentissage personnalisés par étape	42
Résultats.....	46
Mieux-être durant la résidence	59
Aspects de la CPC ayant une incidence sur la qualité de la formation médicale	62
Aspects de la CPC ayant le plus grand effet négatif sur la qualité de la formation	62
Aspects de la CPC ayant le plus grand effet positif sur la qualité de la formation	68
Mesures d'adaptation proposées	72
Mesures d'adaptation / changements constatés.....	78
Analyse.....	80
Annexe A : Questions du sondage	84
Sondage éclair auprès de la communauté résidente de 2023 dans le cadre de la CPC.....	84
Partie 1 – Données démographiques.....	84
Partie 2 – Fidélité à la CPC.....	85

Partie 3 – Résultats.....	88
Partie 4 – Mieux-être durant la résidence.....	89
Partie 5 – Adaptation	89
Annexe B : Équipe de projet	92

Résumé

Introduction

Le rapport présente les résultats du deuxième Sondage éclair auprès de la communauté résidente sur la Compétence par conception (CPC), mené en collaboration par Médecins résidents du Canada (MRC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal) à la fin de 2023.

Le sondage s'appuie sur une approche axée sur l'utilisation et évalue la CPC selon une perspective de développement. Le principal objectif est d'utiliser l'information recueillie pour guider les mesures d'adaptation nécessaires et l'évolution de la CPC. Le premier Sondage éclair auprès de la communauté résidente, mené en 2021, également par MRC et le Collège royal, a permis de recueillir de l'information inestimable sur l'expérience de la CPC. Les données obtenues dans le cadre de ce premier sondage ont grandement contribué aux études et aux discussions ayant éclairé l'évolution de la CPC à l'échelle nationale. Le présent sondage ayant servi à la deuxième mouture de l'étude, il offre également l'occasion d'observer les tendances dans les données et de suivre les changements au fil du temps, dans le but d'apporter des améliorations constantes.

Certaines questions jugées moins pertinentes ont été retirées de ce deuxième sondage, tandis que de nouvelles questions y ont été ajoutées pour obtenir d'autres perspectives. La nouvelle version du sondage visait à recueillir les points de vue sur les aspects suivants : 1) mise en œuvre des composantes clés; 2) résultats; 3) effet sur le mieux-être durant la résidence; 4) aspects de la CPC touchant la qualité de la formation médicale postdoctorale; 5) mesures d'adaptation de la CPC.

Le deuxième Sondage éclair auprès de la communauté résidente est resté accessible d'octobre 2023 à début janvier 2024. Durant cette période de 10 semaines, 845 personnes ont répondu au sondage (13 % de la population ciblée¹) dans les 13 institutions participantes et 47 des 53 disciplines officiellement engagées dans une démarche de CPC au moment du sondage.

Il importe de souligner que le sondage de 2023 s'est déroulé à mi-parcours d'une série de sommets nationaux sur la CPC organisés par le Collège royal du printemps 2023 au printemps 2024. Ce processus collaboratif national a réuni la communauté de la formation médicale pour examiner et concevoir des mesures d'adaptation de la CPC visant à relever les défis qui incombent aux facultés, aux programmes, au corps professoral et aux résident-es. Il a mené à la création du [Plan d'adaptation de la CPC](#), qui présente des façons d'améliorer la mise en œuvre de la CPC, en mettant l'accent sur l'allègement du fardeau de l'évaluation et l'augmentation du coaching et de la rétroaction durant la résidence. Même s'il faudra du temps pour appliquer les mesures d'adaptation prévues dans ce plan et en observer les effets, celles qui étaient envisagées au moment de l'étude

¹ Communauté résidente des programmes ayant adopté la CPC au moment de l'étude. Le sondage n'a pas été mené dans les institutions québécoises, car la représentation y est assurée par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), qui dispose de son propre sondage et n'a pas souhaité participer à la présente étude.

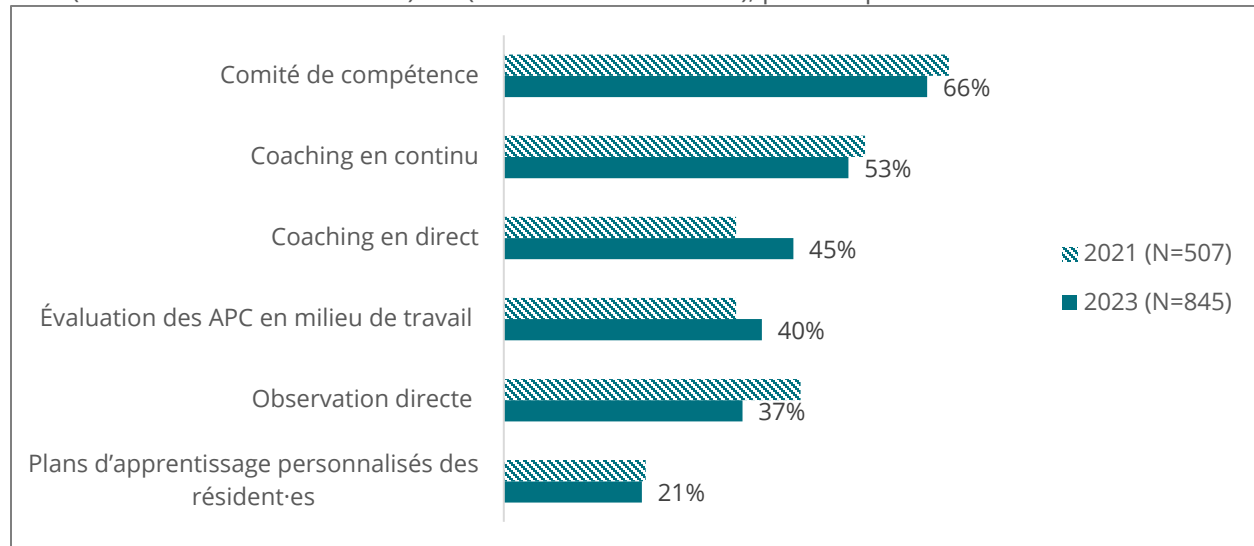
ont été intégrées au sondage afin d'en évaluer les répercussions possibles du point de vue de la communauté résidente.

Principales constatations

Mise en œuvre des composantes clés

Afin de vérifier si certaines des composantes clés de la CPC (observation directe, évaluation en milieu de travail, coaching, comités de compétence, plans d'apprentissage personnalisés) étaient mises en œuvre comme prévu, il a été demandé aux résident-es d'évaluer, d'après leur expérience, la mise en œuvre de ces composantes sur une échelle allant de 1 (mise en œuvre inexistante) à 5 (mise en œuvre idéale). La description des différents niveaux de mise en œuvre est différente pour chaque composante, mais voici les pourcentages de personnes répondantes ayant sélectionné l'un des deux niveaux les plus élevés (4 ou 5) :

Mise en œuvre des composantes clés – pourcentage ayant sélectionné 4 ou 5 sur une échelle allant de 1 (mise en œuvre inexistante) à 5 (mise en œuvre idéale), par composante clé.



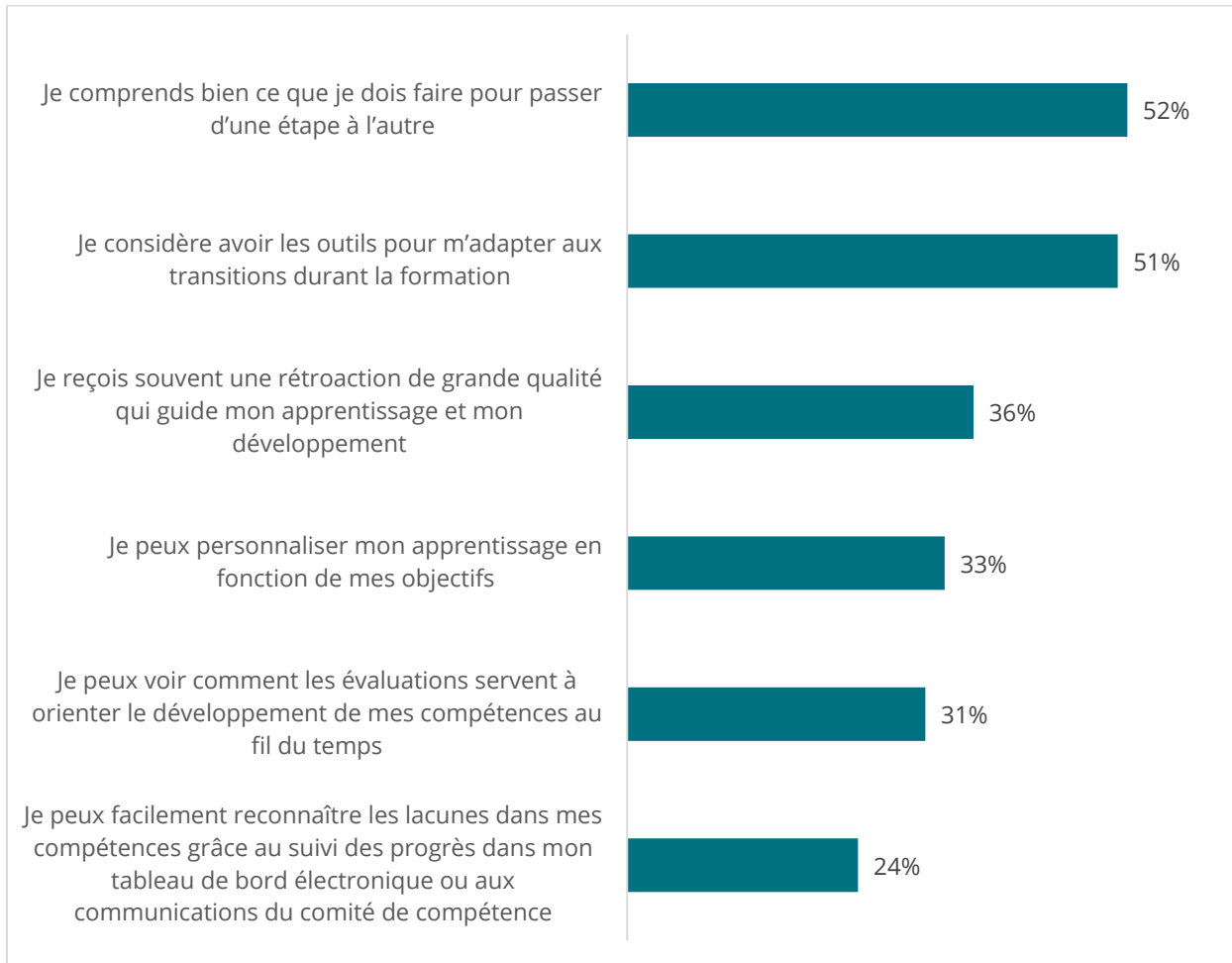
Le rapport complet présente en détail chacune des composantes et leurs descriptions, ainsi que la répartition des réponses selon l'année de l'étude, la discipline et l'institution. De manière générale, les réponses obtenues montrent une grande similitude entre les deux années à l'étude. Toutefois, des variations importantes entre les disciplines et les institutions ont été relevées dans l'évaluation du degré de mise en œuvre de chaque composante, un constat qui avait également été fait lors de l'étude initiale.

Résultats de la CPC

La CPC est une intervention complexe et multifactorielle qui implique l'interaction de nombreuses variables. Par conséquent, l'incidence de la CPC peut être évaluée à partir d'un large éventail de résultats, intentionnels et non intentionnels, allant des effets initiaux pendant la formation aux répercussions possibles à long terme sur les personnes qui apprennent comme celles qui reçoivent les soins.

Afin d'effectuer une évaluation préliminaire de l'atteinte de certains résultats souhaités de la CPC, une série de résultats prévus « en cours de formation » ont été examinés dans le cadre de l'étude. Les personnes répondantes ont indiqué, 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 six énoncés associés aux résultats de la CPC. Les réponses varient grandement pour chaque énoncé et entre les énoncés, comme le montre la figure ci-dessous.

Résultats de la CPC – pourcentage de personnes répondantes en accord (c.-à-d. ayant répondu « D'accord » ou « Tout à fait d'accord ») avec les énoncés associés aux résultats, par énoncé



Tandis que certaines personnes répondantes constatent les effets souhaités, un grand nombre d'autres ne les observent pas. D'importantes variations ont également été relevées entre les disciplines et d'une institution à l'autre, telles que détaillées dans le rapport complet.

Effet de la CPC sur le mieux-être durant la résidence

Les résultats du sondage de 2021 auprès de la communauté résidente ont permis d'apporter des éclairages précieux sur l'incidence de la transition vers la CPC sur la santé et le bien-être des résident·es : 73 % des personnes répondantes ont indiqué que cette transition avait eu un effet

négalif sur leur santé et leur mieux-être. Afin de continuer à mesurer cette tendance, le sondage de 2023 comportait une question d'évaluation similaire (réponse à sélectionner), avec une formulation légèrement différente pour refléter les expériences actuelles des résident-es vis-à-vis de la CPC. Encore une fois, un pourcentage élevé de personnes répondantes ont signalé une incidence négative; 77 % ont répondu que la CPC avait un effet négatif (faible ou important) sur leur santé et leur mieux-être.

Aspects de la CPC ayant une incidence sur la qualité de la formation médicale

Les résultats du sondage éclair de 2021 ont fait ressortir plusieurs difficultés liées à la CPC qui nuisent au mieux-être des médecins en formation. Afin de mieux comprendre l'expérience de formation des résident-es, on leur a demandé, dans le sondage de 2023, de fournir leurs commentaires sur les aspects de la CPC qui ont *actuellement* le plus d'incidence (positive ou négative) sur la qualité de leur formation.

Aspects de la CPC ayant un effet négatif :

À l'instar des défis relevés dans le sondage de 2021, les préoccupations soulevées par les personnes répondantes concernaient le plus souvent la valeur perçue de la CPC. Elles ont évoqué des problèmes tels qu'une charge de travail accrue accompagnée de peu d'avantages, l'impression que l'acquisition des observations des activités professionnelles fiables (APC) n'est qu'une formalité et le sentiment que les APC ne reflètent pas réellement leur pratique et qu'elles ne permettent pas d'évaluer pleinement leur rendement. Par ailleurs, les personnes répondantes ont soulevé des difficultés liées à la réalisation des APC par le corps professoral, notamment l'oubli d'effectuer ces évaluations, le défaut de les réaliser en temps opportun, le fardeau de devoir faire des rappels constants et la responsabilité de s'assurer que les APC sont complètes. Parmi les autres aspects de la CPC fréquemment signalés par comme ayant un effet négatif sur la formation durant la résidence, on retrouve : la charge administrative et cognitive associée au suivi et aux documents à remplir pour les observations des APC; et le manque d'occasions pour les réaliser, soit parce que ces occasions sont rares pour certaines APC, soit parce que le nombre des APC est trop élevé ou les critères contextuels trop stricts ou précis.

Aspects de la CPC ayant un effet positif :

À la question concernant les aspects de la CPC ayant un effet positif sur la qualité de leur formation médicale, de nombreuses personnes n'ont rien répondu (25 %) ou ont répondu qu'aucun aspect de la CPC n'avait un effet positif (27 %). Les aspects positifs les plus souvent soulevés étaient les avantages d'avoir un système de rétroaction, des attentes et des objectifs d'apprentissage clairs et la possibilité de suivre et d'examiner son propre cheminement.

Mesures d'adaptation de la CPC

Le sondage de 2023 comportait une liste de mesures d'adaptation de la CPC proposées. Cette liste a été créée à partir de la contribution d'un groupe diversifié de partenaires du domaine de la formation médicale pendant une série de sommets nationaux sur la CPC. Dans le cadre du sondage, les personnes répondantes devaient indiquer laquelle des mesures d'adaptation proposées aurait le plus grand effet positif sur la qualité de leur formation médicale. De manière générale, voici celles qui se sont placées aux trois premiers rangs :

- 1) Diminuer le nombre total d'évaluations des APC (67 %)
- 2) Éliminer les seuils de réussite (nombre minimal d'évaluations des APC) (50 %)
- 3) Éliminer ou réduire le nombre de variables contextuelles (47 %)

Changements constatés

À la dernière question du sondage, les personnes répondantes étaient appelées à nommer tout changement qu'elles avaient constaté au cours de la dernière année touchant la mise en œuvre de la CPC dans leur programme. Sur un total de 845 personnes répondantes, 117 ont fait part de changements positifs vécus. Un thème récurrent parmi les personnes répondantes était la réduction ou la modification du nombre d'observations des APC ou des exigences liées aux APC, qu'elles jugeaient bénéfique. En outre, plusieurs ont constaté une augmentation de l'engagement des membres du corps professoral, marquée par des taux plus élevés de réalisation des évaluations des APC, une meilleure connaissance et compréhension de la CPC et des APC, ainsi qu'une responsabilisation accrue de leur part quant à la réalisation des évaluations des APC. Des changements positifs ont également été remarqués concernant le soutien apporté par les programmes. De nombreuses personnes répondantes ont déclaré que leur programme était de plus en plus ouvert aux commentaires des résident·es et du corps professoral et qu'il apportait des changements en conséquence.

Discussion

La section suivante vise à fournir des éclairages pour guider l'adaptation et la révision de la CPC, plutôt qu'à justifier les résultats. Ces informations peuvent être utilisées pour évaluer la progression de la CPC et repérer les domaines nécessitant des mesures d'adaptation et des améliorations.

Constance au fil des ans

Dans l'ensemble, il existe une grande similitude entre les deux années d'étude en ce qui a trait à la mise en œuvre des composantes clés. Par exemple, les comités de compétence ont été la composante avec le degré de mise en œuvre le plus élevé pour les deux années, tandis que les plans d'apprentissage personnalisés demeurent la composante avec le degré de mise en œuvre le plus faible.

Nature de la discipline et facteurs systémiques ou institutionnels

Certaines composantes de la CPC, telles que l'observation directe, peuvent être particulièrement influencées par des caractéristiques propres à la discipline, notamment l'organisation de la supervision clinique. Par exemple, dans certaines disciplines, comme la médecine d'urgence, les résident·es travaillent généralement aux côtés des médecins qui les supervisent, tandis que dans d'autres disciplines, les possibilités d'observation directe sont parfois limitées. De plus, certaines disciplines n'ont pas été conçues de manière à inclure du coaching en direct fréquent. Pour atteindre cet objectif, elles devront donc adapter la structure traditionnelle de leurs programmes. D'autres composantes de la CPC, telles que le coaching en continu, peuvent être davantage influencées par des facteurs institutionnels, par exemple l'exigence d'un bureau des études médicales postdoctorales d'avoir un programme de conseils pédagogiques. En analysant les données réparties par institution et par discipline, il devient possible d'examiner la CPC dans différents contextes et d'explorer les mesures d'adaptation possibles en fonction des spécificités.

Autres facteurs influençant la variété des expériences vécues

Les expériences vécues vis-à-vis de certaines composantes clés peuvent également varier selon l'étape de formation ou l'intervalle passé depuis le passage officiel d'une discipline à la CPC. Par exemple, la quantité d'observations directes peut varier selon le degré d'autonomie. De plus, la fréquence de l'évaluation des APC en milieu de travail peut être influencée par le degré de mise en œuvre de la CPC au sein d'une discipline (c.-à-d. le temps écoulé depuis son lancement officiel dans la discipline). L'examen et l'analyse des données en profondeur permettront de nuancer la compréhension de l'ensemble des variables contribuant à l'hétérogénéité des expériences vécues par rapport à la CPC.

Suivi des résultats

Tout comme pour la mise en œuvre des composantes clés, la perception dans la communauté résidente de l'obtention des résultats souhaités « en cours de formation » varie grandement. Encore une fois, certaines variations pourraient être principalement influencées par la nature de la discipline, alors que d'autres pourraient davantage dépendre de facteurs institutionnels. Par conséquent, l'analyse des données par discipline et par institution pourrait aider les comités de spécialité, les institutions et les programmes à cerner les obstacles potentiels à l'atteinte des résultats souhaités et à déterminer les principaux facteurs de réussite.

Des mesures d'adaptation pour surmonter les défis et remédier aux effets négatifs

La constance observée entre les défis relevés dans l'étude de 2021 et les effets négatifs signalés par les personnes répondantes dans l'étude de 2023 confirme encore davantage que ces problèmes sont généralisés et ne se limitent pas à une période ou à un groupe précis de personnes répondantes.

S'il est préoccupant de savoir que la communauté résidente est aux prises avec de nombreuses difficultés liées à la CPC, il convient de souligner que le Plan d'adaptation de la CPC vise à résoudre bon nombre des problèmes cernés. Les mesures d'adaptation sont donc bien fondées et devront faire l'objet d'une nouvelle évaluation pour voir si elles mènent à des améliorations.

Effet sur le mieux-être durant la résidence

Influencé par de nombreux facteurs, le mieux-être durant la résidence est un concept difficile à mesurer. Il est toutefois évident que certains aspects de la CPC ont un effet négatif, tandis que les effets positifs restent rares jusqu'à présent. Il est important de continuer à surveiller ces effets au fil de l'introduction des mesures d'adaptation, pour veiller à ce qu'elles améliorent vraiment l'expérience durant la résidence plutôt que de causer de nouveaux torts.

À venir

Les informations et perspectives précieuses tirées de ces études sur l'expérience des résident·es, ainsi que les résultats d'autres initiatives d'évaluation de programme, peuvent être utilisées par le Collège royal, les comités de spécialité, les institutions et les programmes pour progresser vers l'objectif commun d'améliorer la CPC.

L'un des aspects principaux du [Plan d'adaptation de la CPC](#) est le renouvellement de l'évaluation des programmes. Le Collège royal met actuellement en œuvre un nouveau cadre d'évaluation des programmes adaptés à la CPC, axé sur les expériences, les résultats et la valeur de la CPC. De plus, dans les prochaines années, des renseignements ciblés sur l'évaluation des programmes, dont des données tirées des études sur l'expérience des résident·es, seront envoyés aux comités de spécialité pour les aider à revoir leurs normes (y compris les APC) afin d'alléger le fardeau de l'évaluation. Il peut s'agir notamment de réduire le nombre des APC à une étape donnée ainsi que le nombre d'observations requises par APC, de simplifier les outils d'évaluation ou de réduire les variables contextuelles pour chaque APC.

Une analyse plus approfondie de cette information, combinée à d'autres données probantes, permettra de mieux comprendre les nombreux facteurs qui contribuent à la variation des expériences vécues par rapport à la CPC, et ainsi repérer les domaines nécessitant plus de soutien ou de changements.

Pour la suite des choses, les sondages éclair auprès de la communauté résidente et d'autres mécanismes continueront à être utilisés pour surveiller la mise en œuvre et l'évolution de la CPC et veiller à ce qu'elle devienne le système qui avait été imaginé au départ, en faisant du bien-être des résident·es l'un de ses principaux facteurs de réussite.

Mise en contexte et fondement

En 2017, le Collège royal a officiellement lancé la Compétence par conception (CPC), un modèle de l'approche par compétences en formation médicale. Ce modèle de formation axé sur les résultats a été conçu pour s'assurer que les médecins en début de pratique possèdent les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la société actuelle. Le passage à la CPC s'est fait graduellement, et un nombre limité de disciplines l'ont adopté chaque année. En date du 1^{er} juillet 2023, la CPC a été adoptée dans 53 des 67 disciplines du Collège royal.

L'évaluation continue des programmes est essentielle durant la mise en œuvre de la CPC au sein du système de médecine spécialisée du Canada. Un grand nombre de partenaires et scientifiques du milieu de la recherche en formation médicale postdoctorale de partout au pays participe activement à d'importants projets d'évaluation en lien avec la CPC.

Les témoignages et points de vue recueillis auprès de parties prenantes diverses permettront d'apporter des améliorations bénéfiques pour toutes et chacun. Dans le même esprit de collaboration, les membres de 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 recueillir les perspectives des résident-es sur leur vécu par rapport à la CPC.

Adapté du sondage du Collège royal auprès des directions de programme, le premier sondage éclair auprès de la communauté résidente a été mené en 2021. Il a permis de recueillir des renseignements sur la façon dont le lancement de la CPC a été vécu par les résident-es, les défis et les avantages perçus, ainsi que les effets de la CPC sur le mieux-être.

Les données précieuses obtenues grâce au sondage de 2021 ont grandement contribué à l'évolution de la CPC.

En 2023, MRC et le Collège royal ont collectivement révisé et organisé la deuxième version du sondage, dans le but :

- d'examiner davantage la conformité de la mise en œuvre de la CPC selon les expériences vécues durant la résidence;
- de surveiller les signaux concernant la santé et le mieux-être qui sont ressortis du premier sondage;
- de comprendre le degré de réalisation des différents résultats souhaités de la CPC;
- d'explorer de possibles mesures d'adaptation de la CPC qui auraient un effet positif sur la qualité de la formation médicale;
- de repérer tout changement récent vécu par les résident-es dans la façon dont la CPC a été mise en œuvre au sein de leur programme.

Il est important de souligner que le Sondage éclair auprès de la communauté résidente de 2023 s'est déroulé à mi-parcours d'une série de sommets nationaux sur la CPC organisés par le Collège royal du printemps 2023 au printemps 2024. Ce processus collaboratif national a réuni la communauté de la formation médicale pour examiner et concevoir des mesures d'adaptation de la CPC visant à

répondre aux défis rencontrés par les écoles, les programmes, le corps professoral et les résident·es. Il a mené à la création du [Plan d'adaptation de la CPC](#), qui présente des façons d'améliorer la mise en œuvre de la CPC, en mettant l'accent sur l'allègement du fardeau de l'évaluation et l'augmentation du coaching et de la rétroaction aux résident·es. Même s'il faudra du temps pour mettre en œuvre les mesures d'adaptation prévues dans ce plan et pour en observer les effets, celles qui étaient envisagées au moment de l'étude ont été intégrées au sondage afin d'en évaluer les répercussions possibles du point de vue de la communauté résidente.

Méthodes

Sondage

Les membres du Collège royal et de MRC ont conjointement œuvré, en 2021, à l'adaptation pour les résident·es du sondage du Collège royal auprès des directions de programme. 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). Pour chaque composante, l'échelle va 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 afin de déterminer la conformité de la mise en œuvre et le niveau d'inclusion des composantes essentielles de la CPC dans chaque 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 et Hord, 2015).

Un processus de collaboration et de réflexion a mené à des changements au sondage original, avant le lancement du Sondage éclair auprès de la communauté résidente de 2023. Les changements visaient notamment à simplifier la structure du sondage en retirant les questions moins pertinentes, à harmoniser la terminologie utilisée dans les échelles de mise en œuvre, à éliminer les questions à double volet et à ajouter de nouvelles questions pour mieux comprendre les expériences durant la résidence en lien avec la CPC.

La nouvelle version du sondage, fournie à l'[Annexe A](#), comporte les cinq sections suivantes :

- 1) Mise en œuvre des composantes clés
- 2) Résultats
- 3) Mieux-être durant la résidence
- 4) Aspects de la CPC ayant une incidence sur la qualité de la formation médicale
- 5) Mesures d'adaptation

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 dispensé le

sondage aux résident·es admissibles. Les associations provinciales sont des membres de MRC et représentent les intérêts de la communauté résidente de leur province.

Le sondage a été diffusé en octobre 2023 dans une première invitation envoyée par courriel par les associations provinciales. MRC et le Collège royal en ont également fait la promotion sur les réseaux sociaux. Un courriel de rappel a été envoyé par les associations provinciales quatre semaines après le lancement pour encourager la participation des personnes ciblées. Le sondage a pris fin à la mi-janvier 2024, après une période d'accessibilité d'environ 10 semaines.

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 institution au début du sondage. Ces données servaient uniquement à :

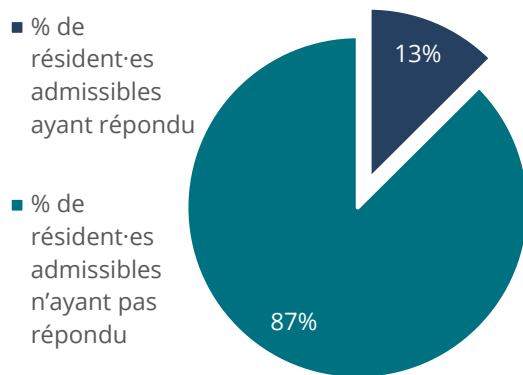
- déterminer la représentativité de l'échantillon;
- permettre des comparaisons croisées dans l'ensemble de données;
- transmettre aux institutions les données agrégées anonymisées les concernant, si le nombre de réponses permet de préserver l'anonymat des personnes répondantes (plus de 10 réponses).

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 = 13 %
(845 réponses/6737 résident·es de la CPC*)

- Réponses provenant de 47 des 53 disciplines ayant officiellement adopté la CPC (en date du 1^{er} juillet 2023)
- Réponses provenant de l'ensemble des 13 institutions visées par l'étude

* Le calcul de ce nombre se base sur les données du recensement du Répertoire canadien sur l'éducation post-MD de 2023-2024.

Sont inclus dans le calcul du nombre de résident·es :

- les cohortes des disciplines où la CPC a été officiellement lancée, conformément au calendrier de déploiement du Collège royal;
- les personnes inscrites dans des institutions et des programmes de résidence au Canada, à l'exception du Québec;
- les cohortes qui ont commencé leur formation pendant le déploiement de la CPC. Par exemple, dans un programme d'anesthésiologie (discipline adaptée à la CPC depuis 2017), le nombre de résident·es de la CPC inclut les R1, les R2, les R3, les R4 et les R5, alors qu'en pédiatrie (discipline adaptée à la CPC depuis 2021), ce nombre n'inclut que les R1.

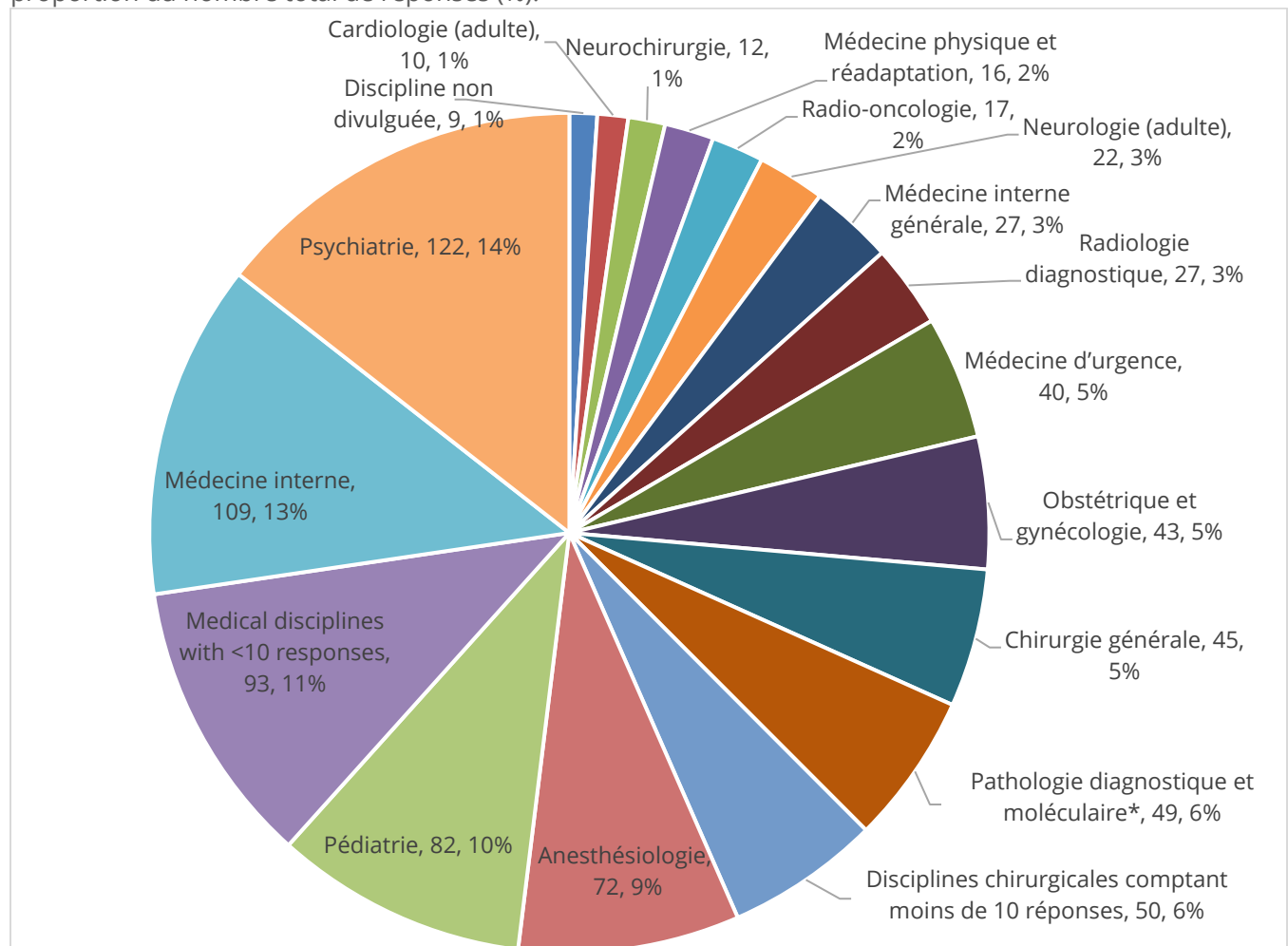
Dans l'ensemble, une représentation significative des disciplines et des institutions a été atteinte, avec des réponses provenant de 89 % des disciplines ayant mis en œuvre la CPC (47/53) et de l'ensemble des 13 institutions participantes.

Taux de réponse par discipline

La psychiatrie est la discipline au plus grand taux de participation, représentant 14 % de l'ensemble des personnes répondantes, suivie par la médecine interne (13 %), la pédiatrie (10 %) et l'anesthésiologie (9 %). Ces résultats sont relativement proportionnels au nombre d'inscriptions à ces programmes. La figure 1A montre la répartition des réponses par discipline.

Figure 1A : Proportion du nombre total de personnes répondantes par discipline

Les étiquettes affichent le nom de la discipline, le nombre de personnes répondantes et la proportion du nombre total de réponses (%).



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

Tableau 1 : Taux de réponse par discipline

Discipline	Nbre de réponses / Nbre de résident-es de la CPC	Taux de réponse en 2023
Disciplines comptant au moins 10 personnes répondantes		
Anesthésiologie	72/556	13 %
Cardiologie (adulte)	10/146	7 %
Pathologie diagnostique et moléculaire (anciennement anatomo-pathologie)	49/160	31 %
Radiologie diagnostique	27/127	21 %
Médecine d'urgence	40/345	12 %
Médecine interne générale	27/129	21 %
Chirurgie générale	45/340	13 %
Médecine interne	109/1326	8 %
Neurologie (adulte)	22/198	11 %
Neurochirurgie	12/106	11 %
Obstétrique et gynécologie	43/385	11 %
Pédiatrie	82/427	19 %
Médecine physique et réadaptation	16/102	16 %
Psychiatrie	122/625	20 %
Radio-oncologie	17/97	18 %
Disciplines comptant moins de 10 personnes répondantes		
Disciplines médicales comptant moins de 10 personnes répondantes		
Médecine de l'adolescence	1/8	13 %
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	5/24	21 %
Immunologie clinique et allergie (adulte)	2/20	10 %
Immunologie clinique et allergie (pédiatrie)	2/12	17 %
Médecine de soins intensifs (adulte)	4/78	5 %
Médecine de soins intensifs (pédiatrie)	1/13	8 %
Dermatologie	8/40	20 %
Pédiatrie du développement	2/4	50 %
Pathologie diagnostique et clinique (anciennement pathologie générale)	8/40	20 %
Pathologie judiciaire	1/6	17 %
Gastroentérologie (adulte)	1/80	1 %
Gastroentérologie (pédiatrie)	1/8	13 %
Gériatrie	9/42	21 %
Gérontopsychiatrie	6/16	38 %
Pathologie hématologique	3/8	38 %
Hématologie	6/44	14 %
Médecine maternelle et fœtale	1/17	6 %
Génétique et génomique médicales	4/15	27 %
Oncologie médicale	3/52	6 %
Médecine néonatale et périnatale	1/17	6 %
Néphrologie (adulte)	3/51	6 %
Néphrologie (pédiatrie)	1/41	2 %
Neurologie (pédiatrie)	2/33	6 %

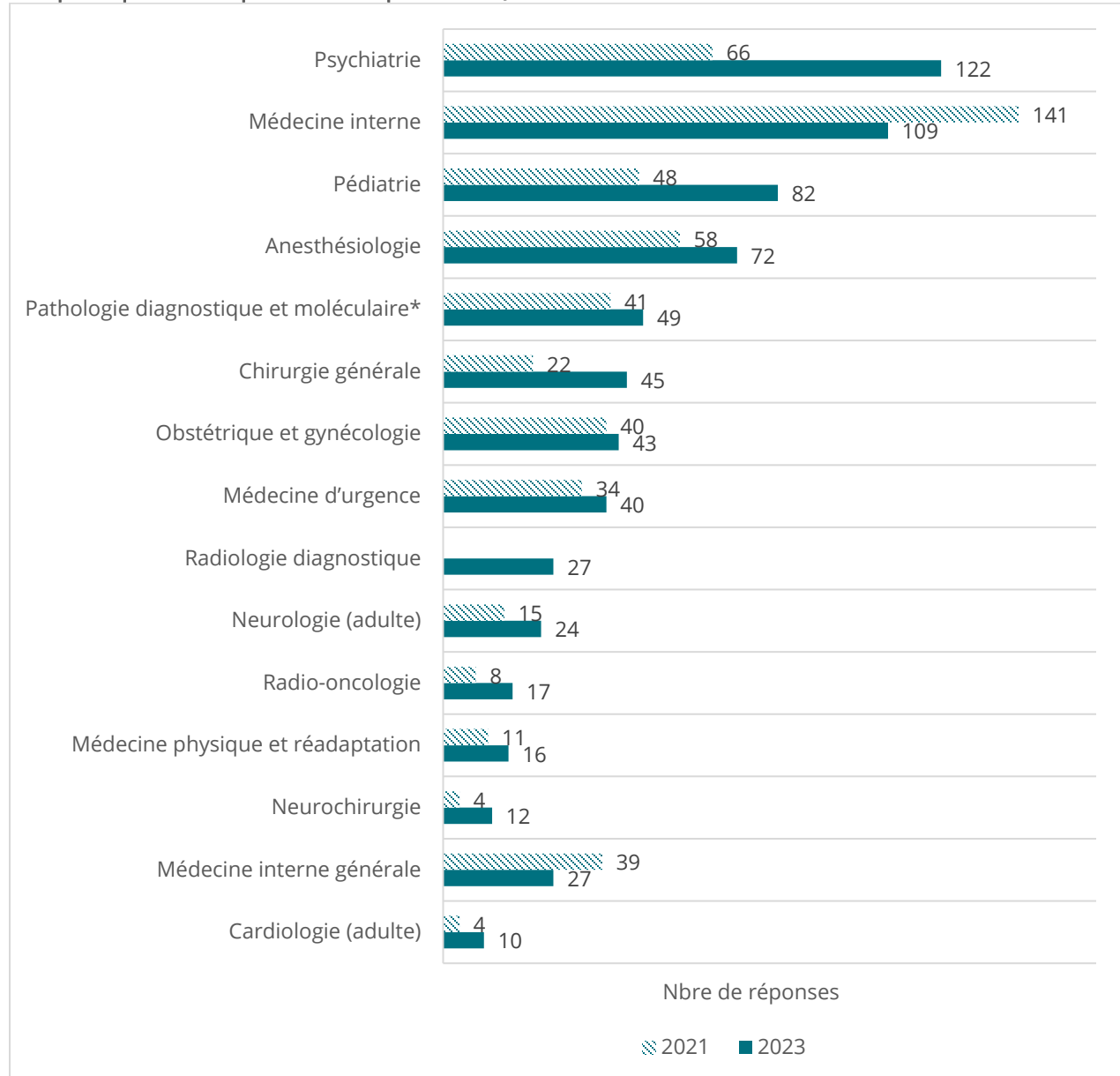


Médecine de la douleur	2/8	25 %
Médecine d'urgence pédiatrique	1/14	7 %
Hématologie-oncologie pédiatrique	4/21	19 %
Disciplines chirurgicales comptant moins de 10 personnes répondantes		
Chirurgie cardiaque	2/53	4 %
Ophtalmologie	7/31	23 %
Chirurgie orthopédique	9/228	4 %
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	7/117	6 %
Chirurgie plastique	9/97	9 %
Fondements chirurgicaux	1/ -	-
Urologie	9/135	7 %
Chirurgie vasculaire	6/63	10 %

Disciplines ne comptant aucune personne répondante :

- Cardiologie (pédiatrie)
- Pharmacologie clinique et toxicologie
- Psychiatrie légale
- Oncologie gynécologique
- Neuropathologie
- Médecine nucléaire
- Médecine palliative
- Chirurgie pédiatrique
- Pneumologie (pédiatrie)
- Rhumatologie (pédiatrie)

Figure 1B : Nombre de personnes répondantes, par discipline, par année d'étude (disciplines comptant plus de 10 personnes répondantes)



Taux de réponse par institution

Figure 2A : Proportion du nombre total de personnes répondantes, par institution

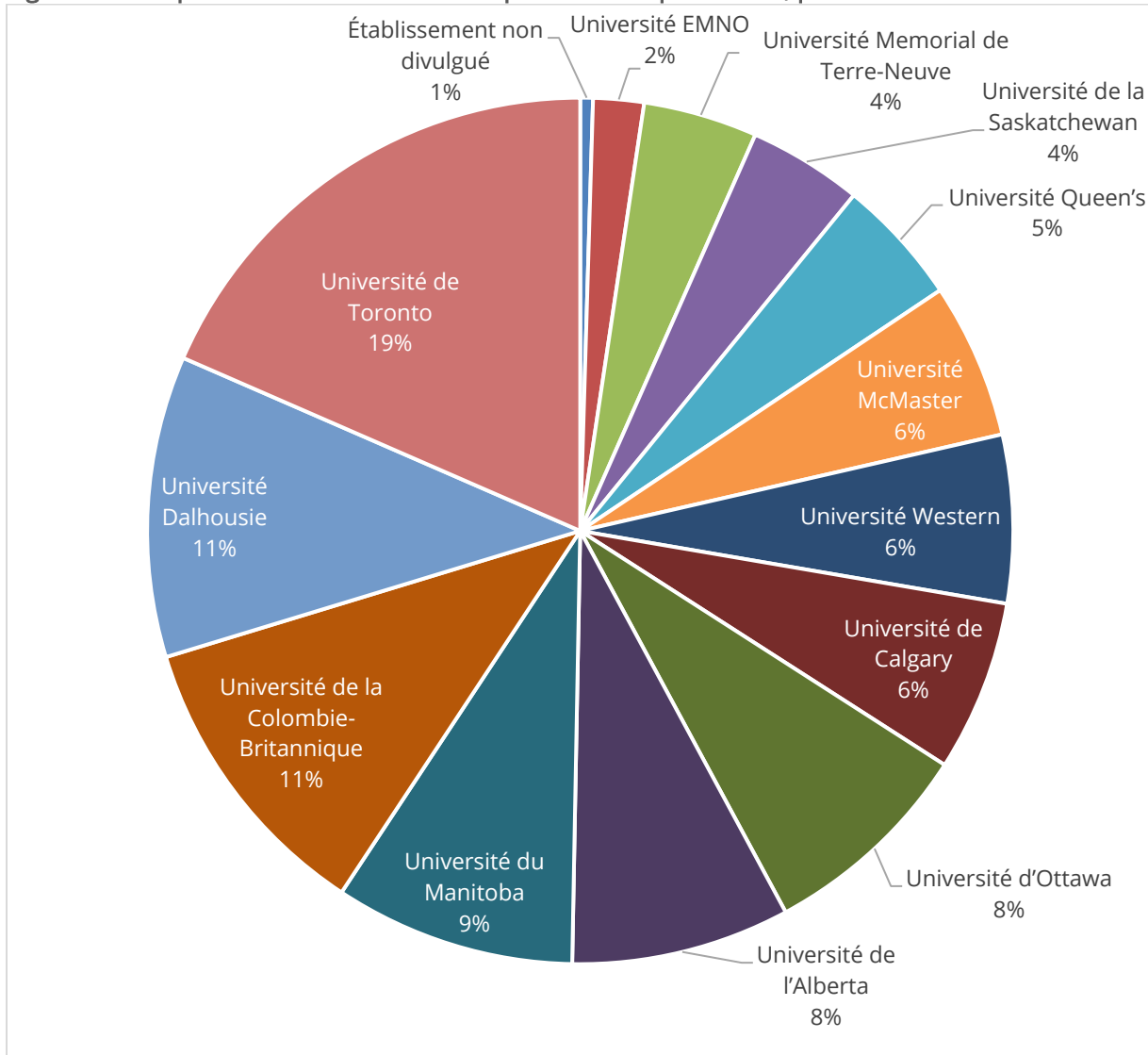
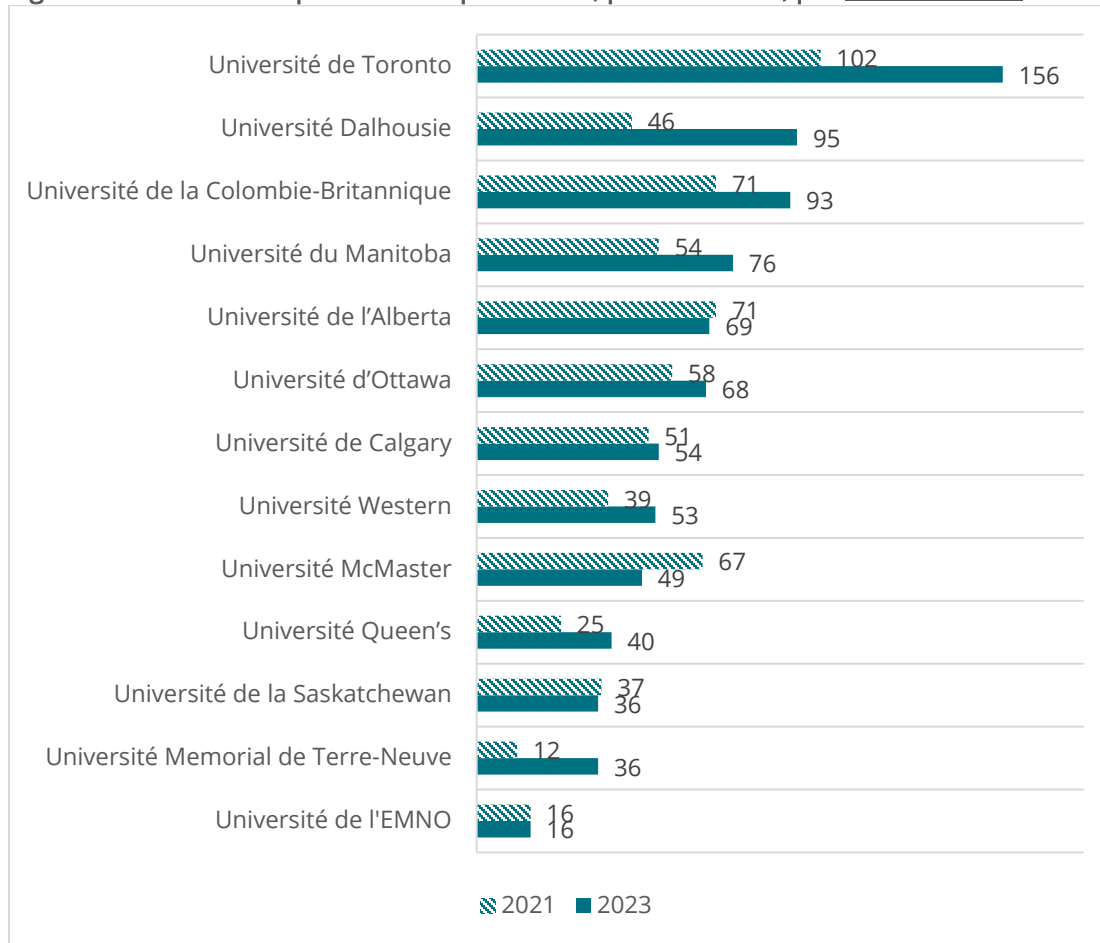


Tableau 2 : Taux de réponse par institution

Faculté de médecine	N ^{bre} de réponses / N ^{bre} de résident·es de la CPC	Taux de réponse en 2023
Université Dalhousie	95/411	23 %
Université McMaster	49/632	8 %
Université Memorial de Terre-Neuve	36/170	21 %
Université EMNO	16/70	23 %
Université Queen's	40/302	13 %
Université de l'Alberta	69/569	12 %
Université de la Colombie-Britannique	93/879	11 %
Université de Calgary	54/529	10 %
Université du Manitoba	76/407	19 %
Université d'Ottawa	68/602	11 %
Université de la Saskatchewan	36/306	12 %
Université de Toronto	156/1331	12 %
Université Western	53/529	10 %

Figure 2B : Nombre de personnes répondantes, par institution, par année d'étude



Mise en œuvre des composantes clés

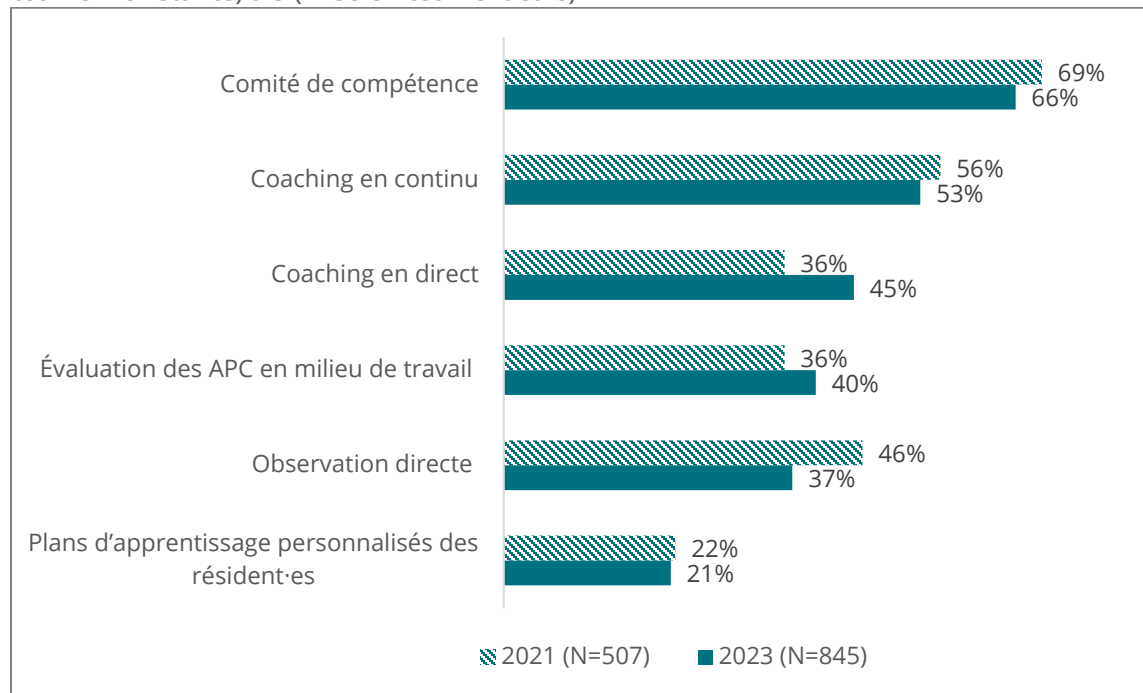
Les personnes répondantes devaient indiquer le degré de mise en œuvre des composantes clés de la CPC au sein de leur programme.

- Observation directe
- Évaluation des APC en milieu de travail
- Coaching en direct
- Coaching en continu
- Comité de compétence
- Plans d'apprentissage personnalisés des résident-es

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 l'explique le rapport sur le [sondage mené auprès de la communauté résidente en 2021](#). Entre 2021 et 2023, les questions ont été modifiées afin de retirer celles qui étaient moins pertinentes, d'harmoniser la terminologie utilisée dans les échelles et d'éliminer l'utilisation de questions à double volet. La figure 4 montre une comparaison des résultats de 2021 et de 2023 sur le degré de mise en œuvre des différentes composantes clés.

Figure 3 : Degré de mise en œuvre des composantes clés, par année d'étude

Pourcentage de personnes répondantes ayant choisi 4 ou 5 sur une échelle* allant de 1 (mise en œuvre inexistante) à 5 (mise en œuvre idéale)



* Les descriptions associées à l'échelle de chaque composante clé sont fournies plus loin dans le rapport.

Dans l'ensemble, il existe une constance entre les résultats des deux sondages en ce qui a trait à la mise en œuvre des composantes clés. Pour les deux années, les comités de compétence ont été la

composante avec le degré de mise en œuvre le plus élevé, et les plans d'apprentissage personnalisés, la composante avec le degré de mise en œuvre le plus faible. Cependant, il est important de tenir compte des modifications apportées aux échelles au moment d'interpréter ces données.

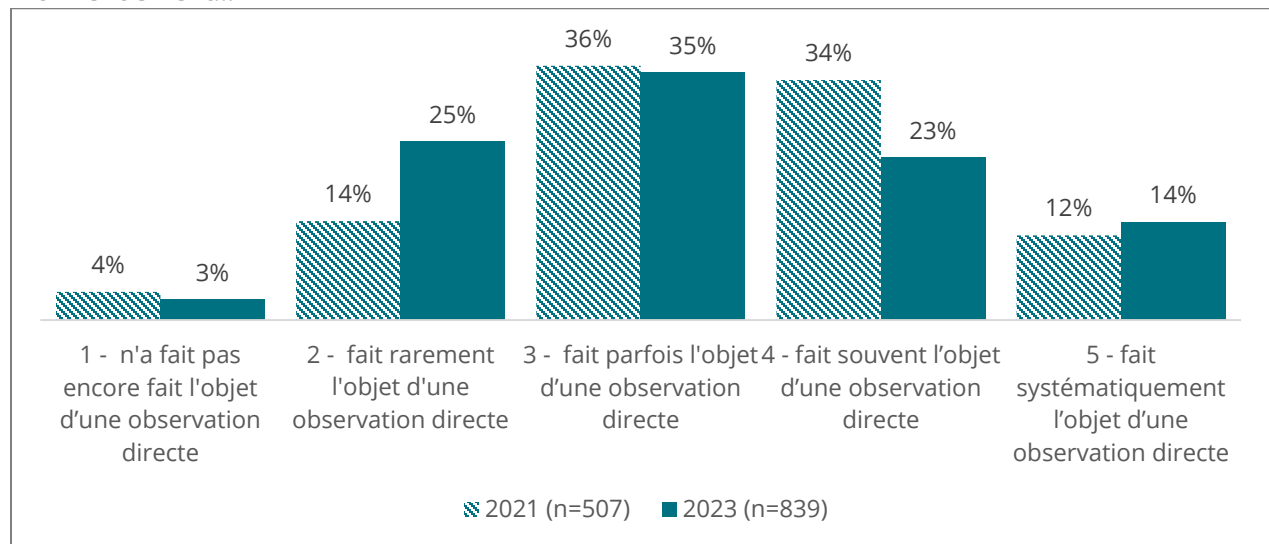
Les composantes clés sont présentées de manière individuelle dans les figures 4 à 8, à la fois par année (figure A), par discipline (figure B) et par institution (figure C).

Observation directe

On parle d'observation directe quand les médecins qui supervisent les résident·es les observent pendant la prestation de soins ou l'exécution d'activités cliniques importantes, réalistes et authentiques (Kogan, Hatala, Hauer et Holmboe, 2017).

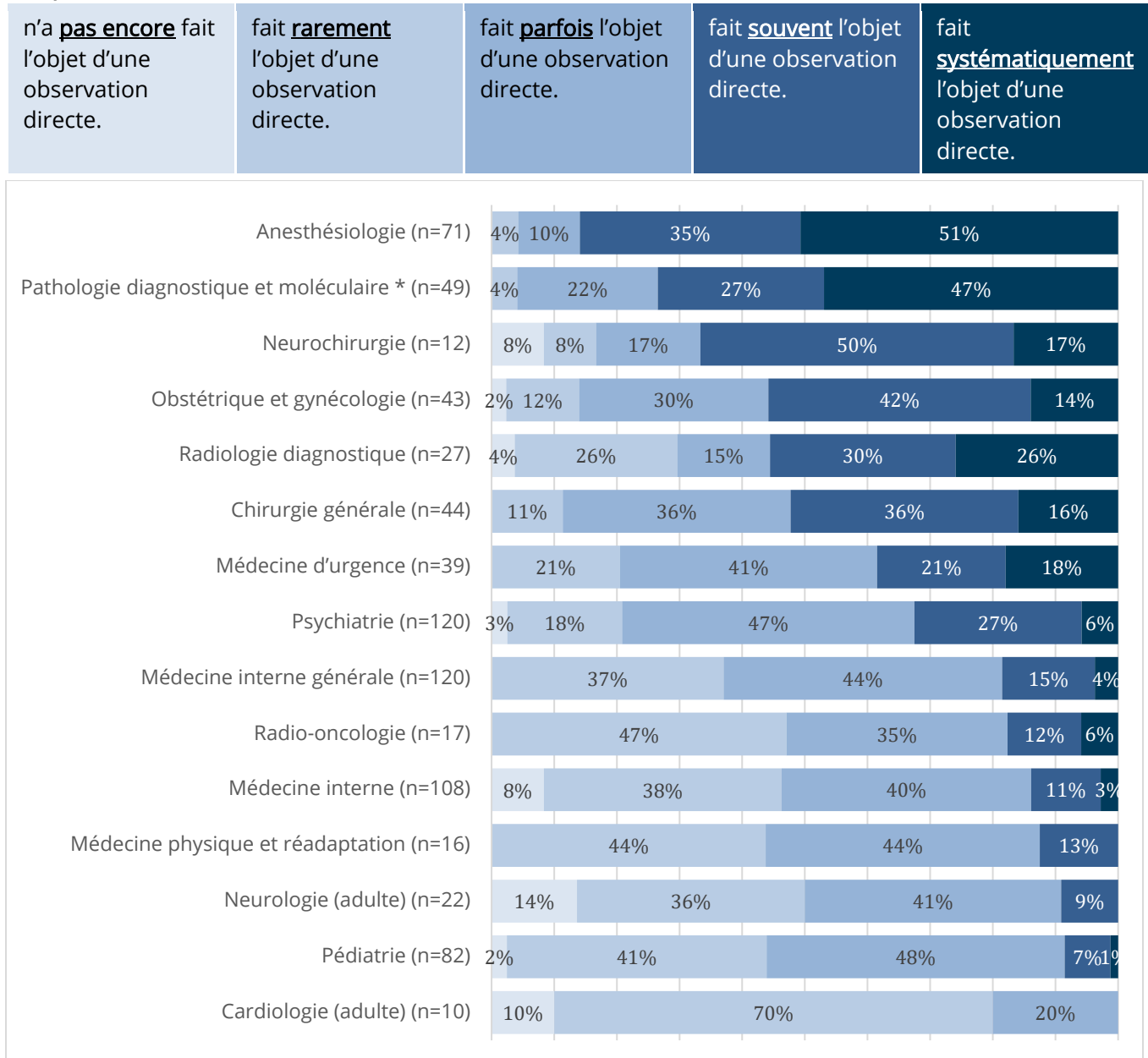
Figure 4A : Observation directe – Degré de mise en œuvre, par année d'étude

Mon rendement...



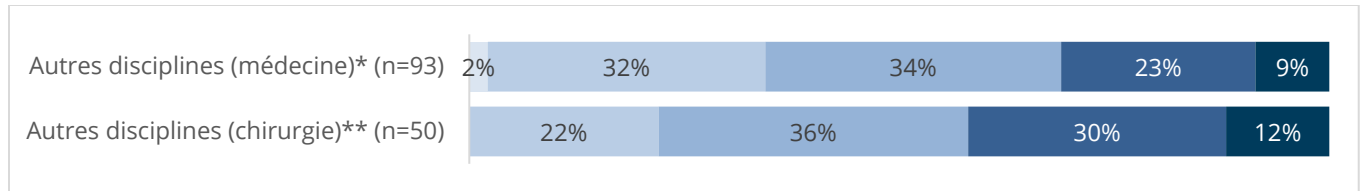
Modification : Dans la version de 2021, l'échelle d'évaluation des observations directes incluait deux éléments : les *observations directes* et la *documentation* des observations directes. Le deuxième élément a été retiré dans la version de 2023, car le niveau de « documentation » était déjà mesuré dans la composante de l'évaluation des APC en milieu de travail.

Figure 4B : Observation directe – Degré de mise en œuvre, par discipline Mon rendement...



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

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

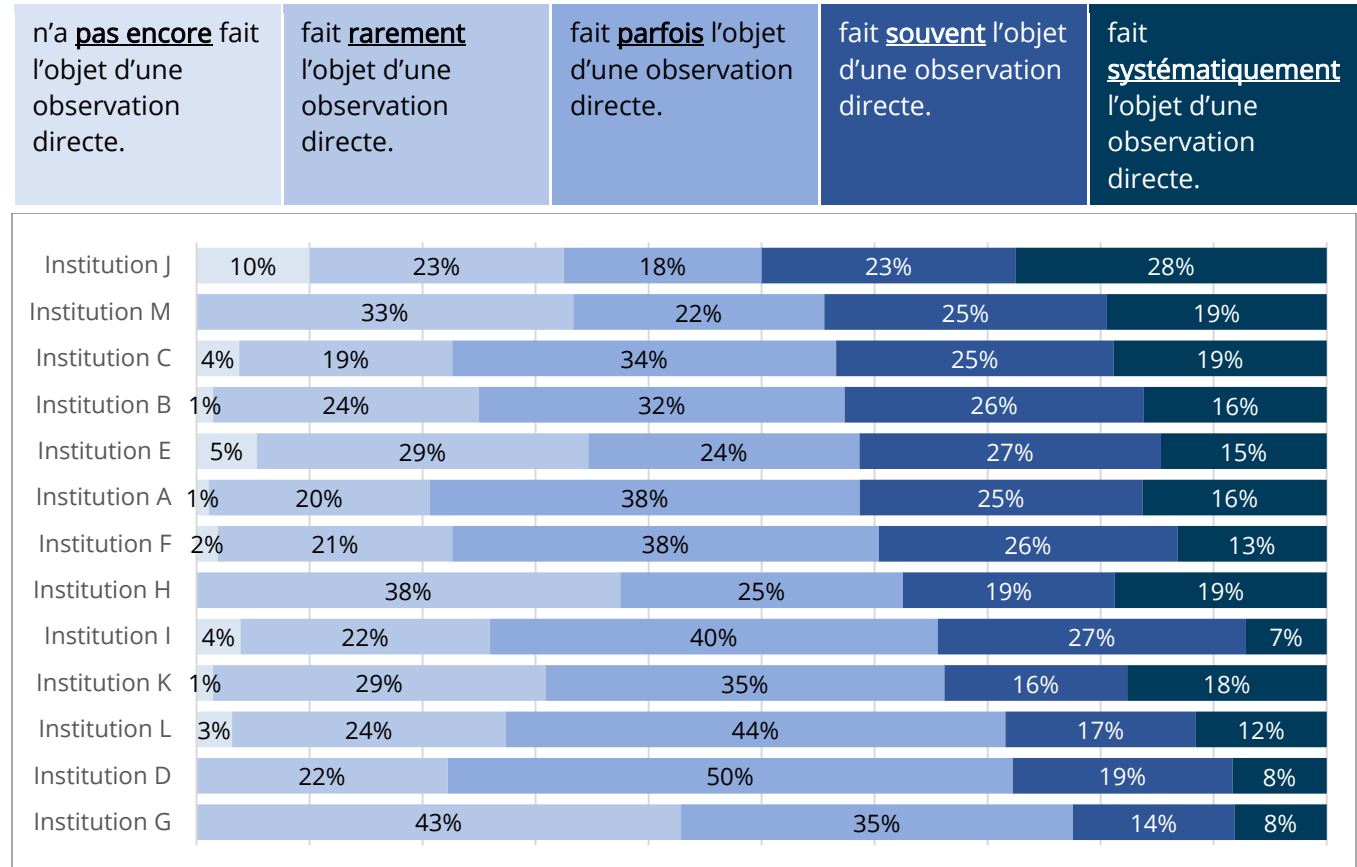


Autres disciplines (médecine)* : dermatologie, gastroentérologie (adulte), gastroentérologie (pédiatrie), génétique et génomique médicales, gériatrie, gérontopsychiatrie, hématologie, immunologie clinique et allergie (adulte), hématologie-oncologie pédiatrique, immunologie clinique et allergie (pédiatrie), médecine de l'adolescence, médecine de la douleur, médecine de soins intensifs (adulte), médecine de soins intensifs (pédiatrie), médecine d'urgence pédiatrique, médecine maternelle et fœtale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte), néphrologie (pédiatrie), neurologie (pédiatrie), oncologie médicale, pathologie diagnostique et clinique (anciennement pathologie générale), pathologie hématologique, pathologie judiciaire, pédiatrie du développement, pneumologie (adulte), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, rhumatologie (adulte)

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

Disciplines non représentées : médecine nucléaire, médecine palliative, neuropathologie, oncologie gynécologique

Figure 4C : Observation directe – Degré de mise en œuvre, par institution Mon rendement...

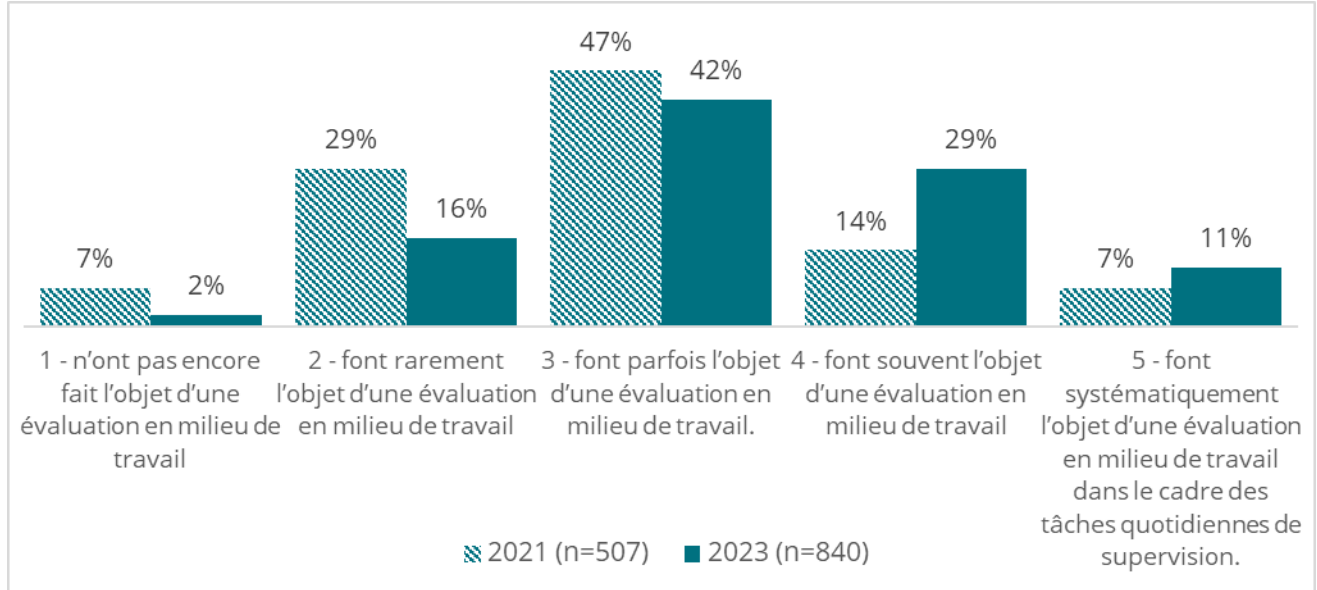


Les institutions sont classées par ordre décroissant, en fonction du pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de mise en œuvre. Les institutions dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de personnes répondantes ayant témoigné d'un processus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

Évaluation des APC en milieu de travail

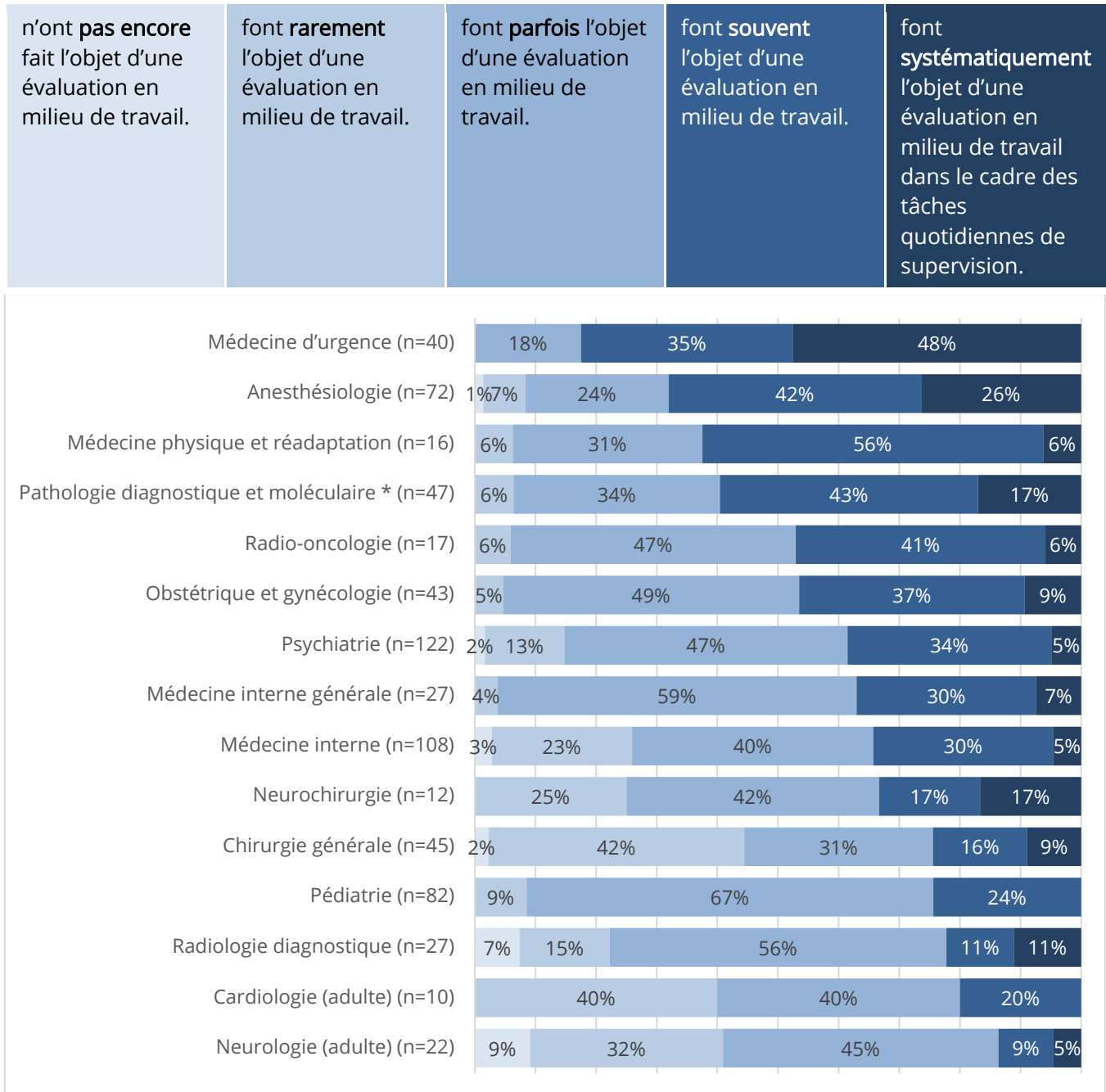
L'évaluation en milieu de travail comprend la documentation de la rétroaction des médecins responsables de la supervision provenant de leurs observations cliniques réalisées pour le perfectionnement des stagiaires et les décisions relatives à la réussite des APC. Les APC reflètent les tâches concrètes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

Figure 5A : Évaluation des APC en milieu de travail – Degré de mise en œuvre, par année d'étude Mes APC...



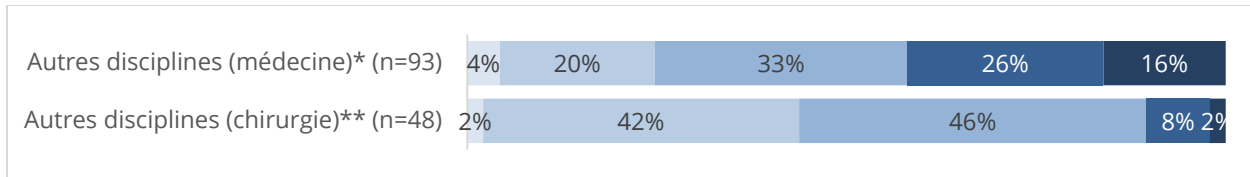
⚠ Des changements ont été apportés aux énoncés de l'échelle d'évaluation entre les sondages de 2021 et de 2023.

Figure 5B : Évaluation des APC en milieu de travail – Degré de mise en œuvre, par discipline Mes APC...



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

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

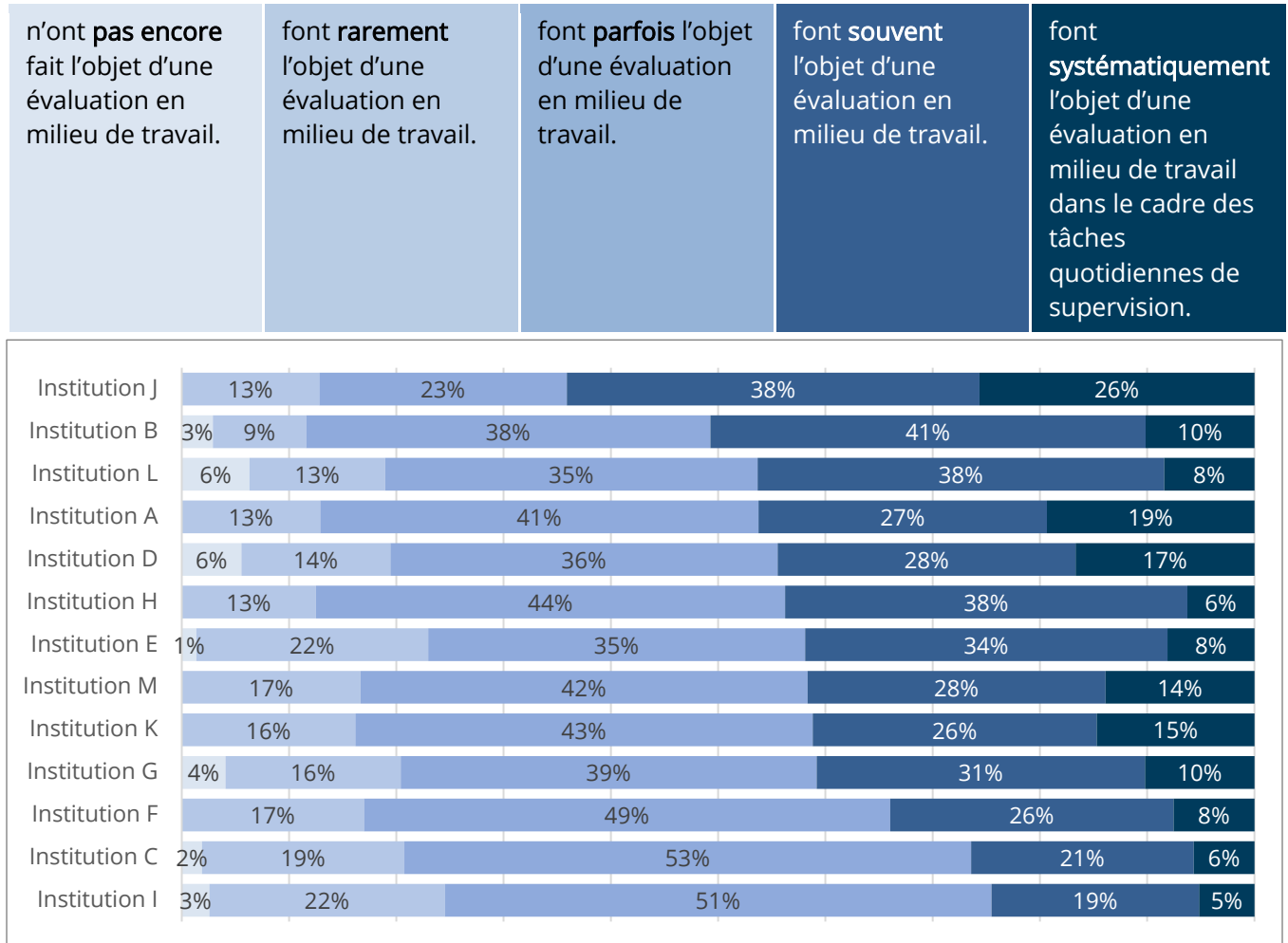


Autres disciplines (médecine)* : dermatologie, gastroentérologie (adulte), gastroentérologie (pédiatrie), génétique et génomique médicales, gériatrie, gérontopsychiatrie, hématologie, immunologie clinique et allergie (adulte), hématologie-oncologie pédiatrique, immunologie clinique et allergie (pédiatrie), médecine de l'adolescence, médecine de la douleur, médecine de soins intensifs (adulte), médecine de soins intensifs (pédiatrie), médecine d'urgence pédiatrique, médecine maternelle et foetale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte), néphrologie (pédiatrie), neurologie (pédiatrie), oncologie médicale, pathologie diagnostique et clinique (anciennement pathologie générale), pathologie hématologique, pathologie judiciaire, pédiatrie du développement, pneumologie (adulte), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, rhumatologie (adulte)

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

Disciplines non représentées : fondements chirurgicaux, médecine nucléaire, médecine palliative, neuropathologie, oncologie gynécologique

Figure 5C : Évaluation des APC en milieu de travail – Degré de mise en œuvre, par institution Mes APC...



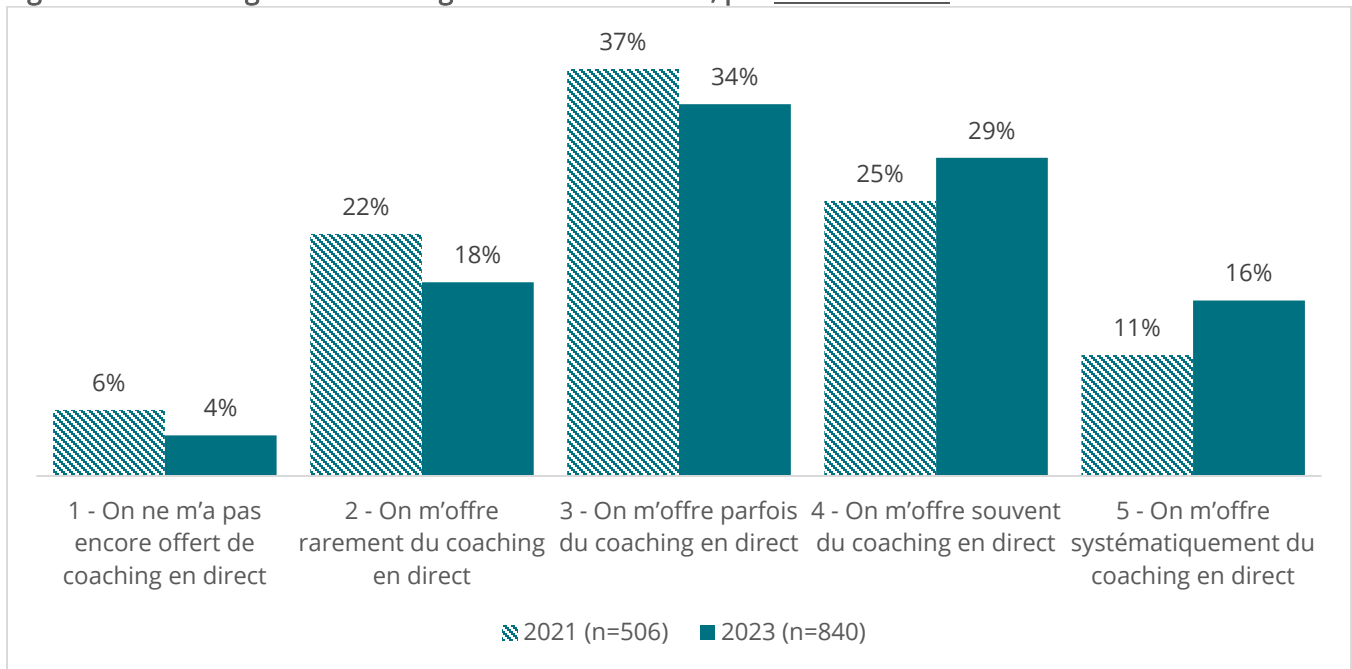
Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

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

Coaching en direct

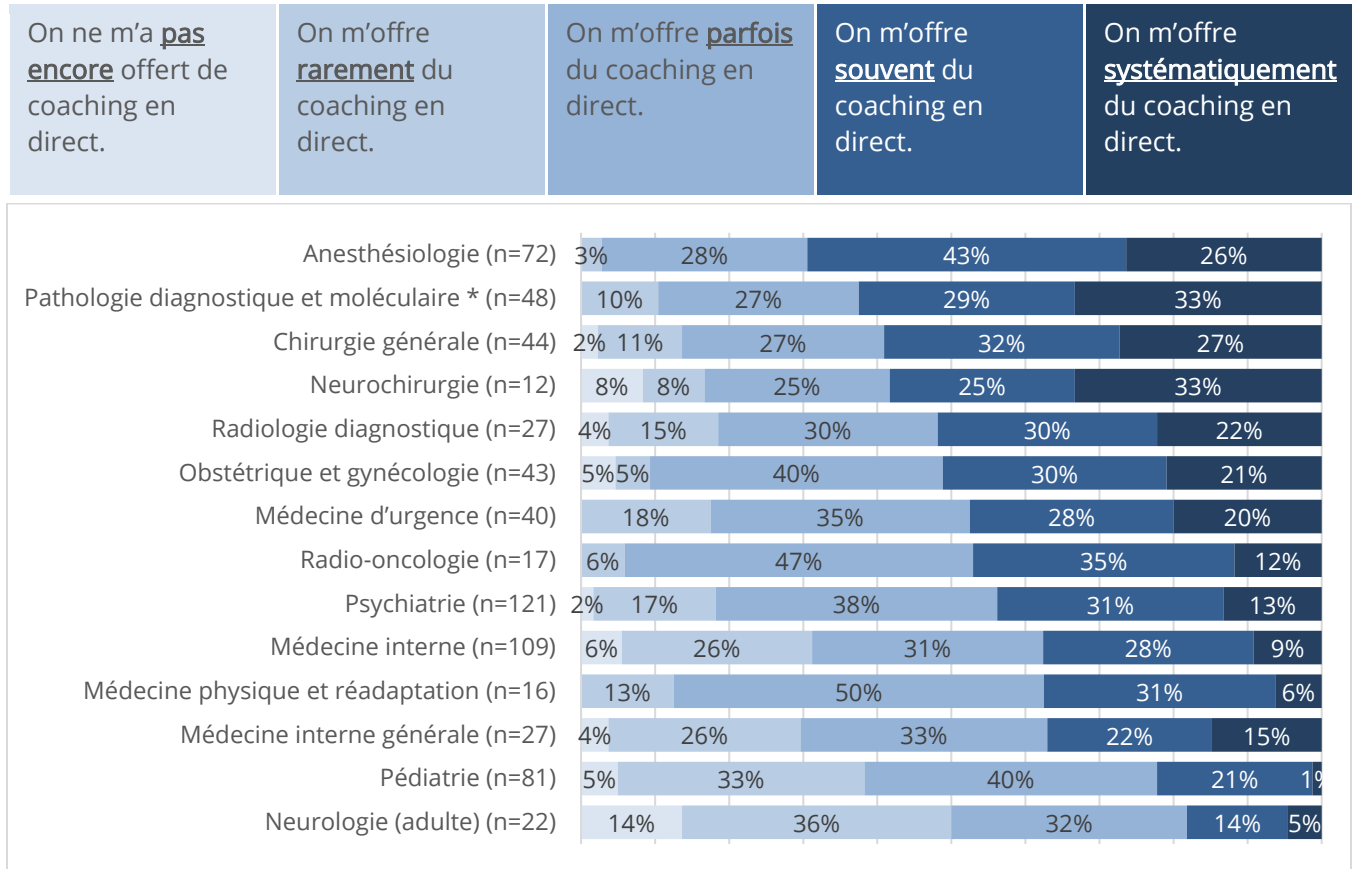
Dans la CPC, l'ensemble des médecins responsables de la supervision offrent du coaching en milieu clinique. Ils et elles doivent fournir une rétroaction précise et concrète aux résident-es en fonction des observations réalisées dans le but de les aider à progresser et à améliorer leur rendement. Ce « coaching en direct » est offert durant les tâches quotidiennes et au cours d'une expérience d'apprentissage (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2018).

Figure 6A : Coaching en direct – Degré de mise en œuvre, par année d'étude



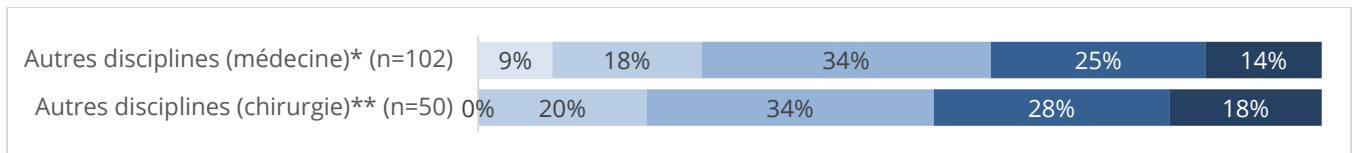
⦿ De légers changements ont été apportés aux énoncés de l'échelle d'évaluation entre les sondages de 2021 et de 2023.

Figure 6B : Coaching en direct – Degré de mise en œuvre, par discipline



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

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



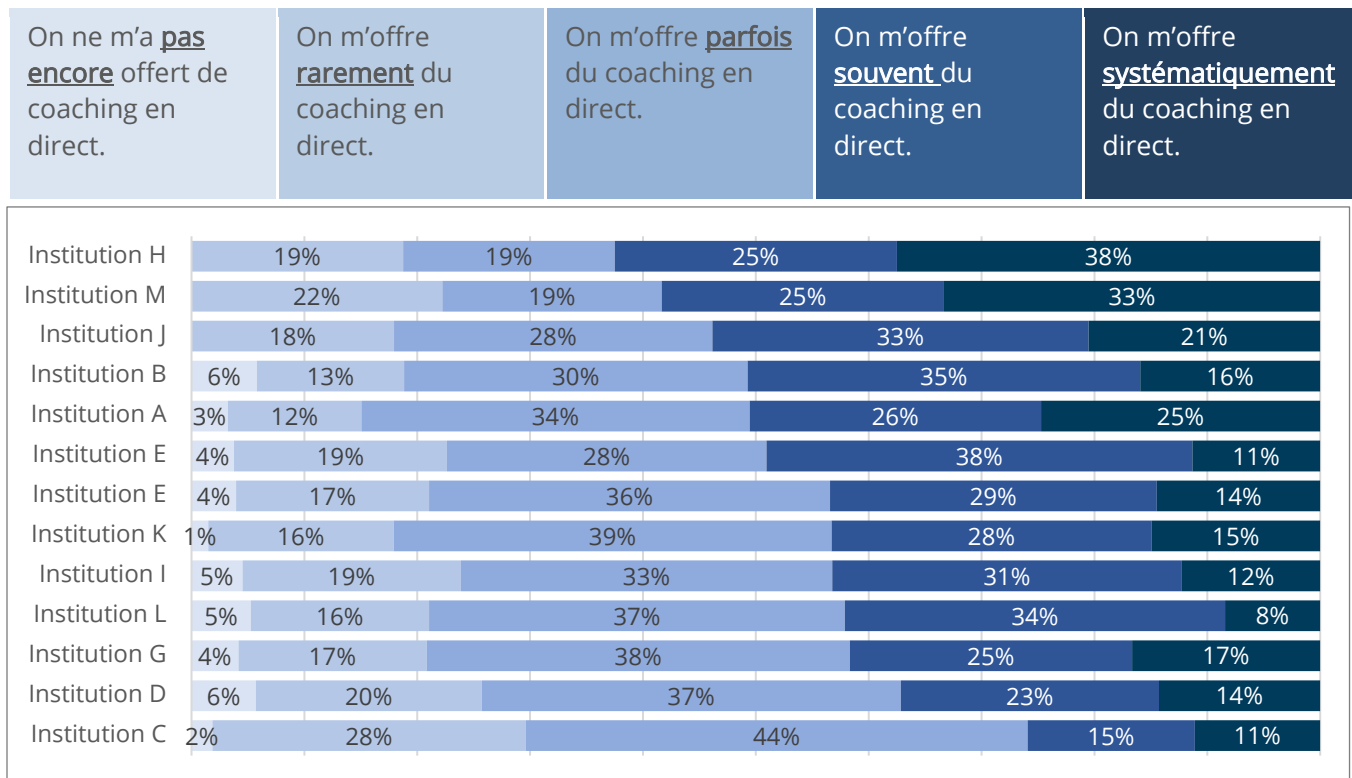
Autres disciplines (médecine) :** cardiologie (adulte), dermatologie, gastroentérologie (adulte), gastroentérologie (pédiatrie), génétique et génomique médicales, gériatrie, gérontopsychiatrie, hématologie, hématologie-oncologie pédiatrique, immunologie clinique et allergie (adulte), immunologie clinique et allergie (pédiatrie), médecine de l'adolescence, médecine de la douleur, médecine de soins intensifs (adulte), médecine de soins intensifs (pédiatrie), médecine d'urgence pédiatrique, médecine maternelle et fœtale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte), néphrologie (pédiatrie), neurologie (pédiatrie), oncologie médicale, pathologie diagnostique et clinique (anciennement pathologie générale), pathologie hématologique, pathologie judiciaire,

pédiatrie du développement, pneumologie (adulte), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, rhumatologie (adulte)

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

Disciplines non représentées : fondements chirurgicaux, médecine nucléaire, médecine palliative, neuropathologie, oncologie gynécologique, pédiatrie du développement,

Figure 6C : Coaching en direct – Degré de mise en œuvre, par institution



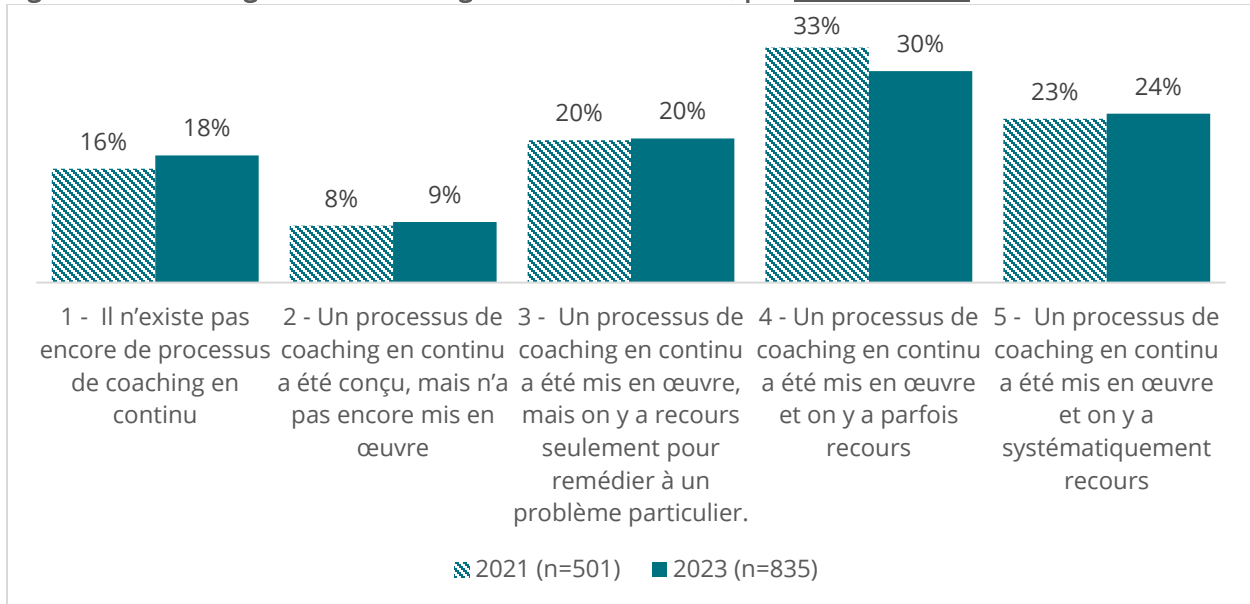
Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

Les institutions sont classées par ordre décroissant, en fonction du pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de mise en œuvre. Les institutions dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de personnes répondantes ayant témoigné d'un processus de mise en œuvre avancé des composantes clés que celles dans le bas du graphique. Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

Coaching en continu

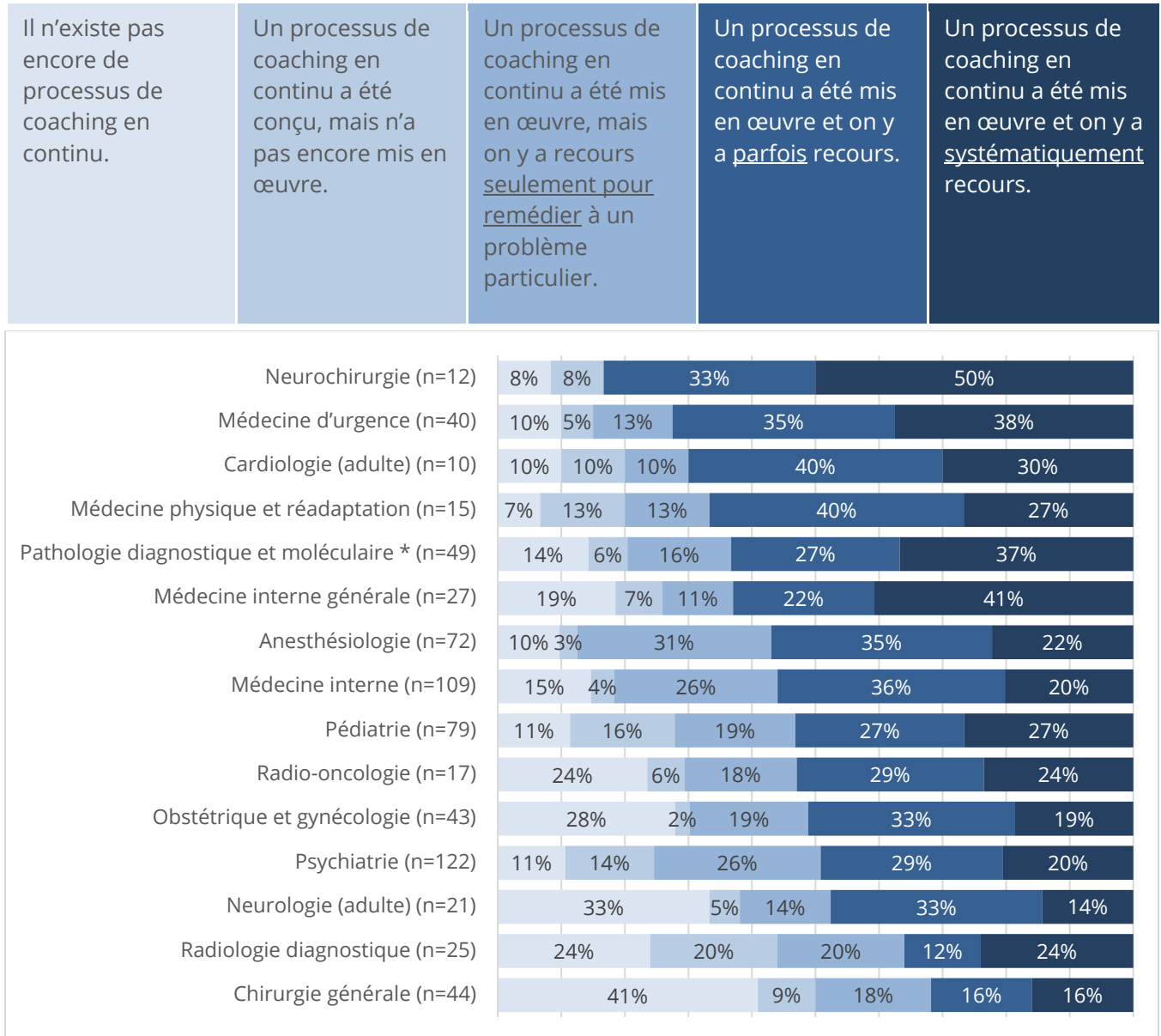
Dans les programmes adaptés à la CPC, on a désigné des membres du corps professoral pour offrir du « coaching en continu ». Ce processus longitudinal implique des rencontres régulières entre les résident-es et les membres du corps professoral responsables d'examiner les données du portfolio d'apprentissage et d'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 7A : Coaching en continu – Degré de mise en œuvre, par année d'étude



⚠ Des changements ont été apportés aux énoncés de l'échelle d'évaluation entre les sondages de 2021 et de 2023.

Figure 7B : Coaching en continu – Degré de mise en œuvre, par discipline



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

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

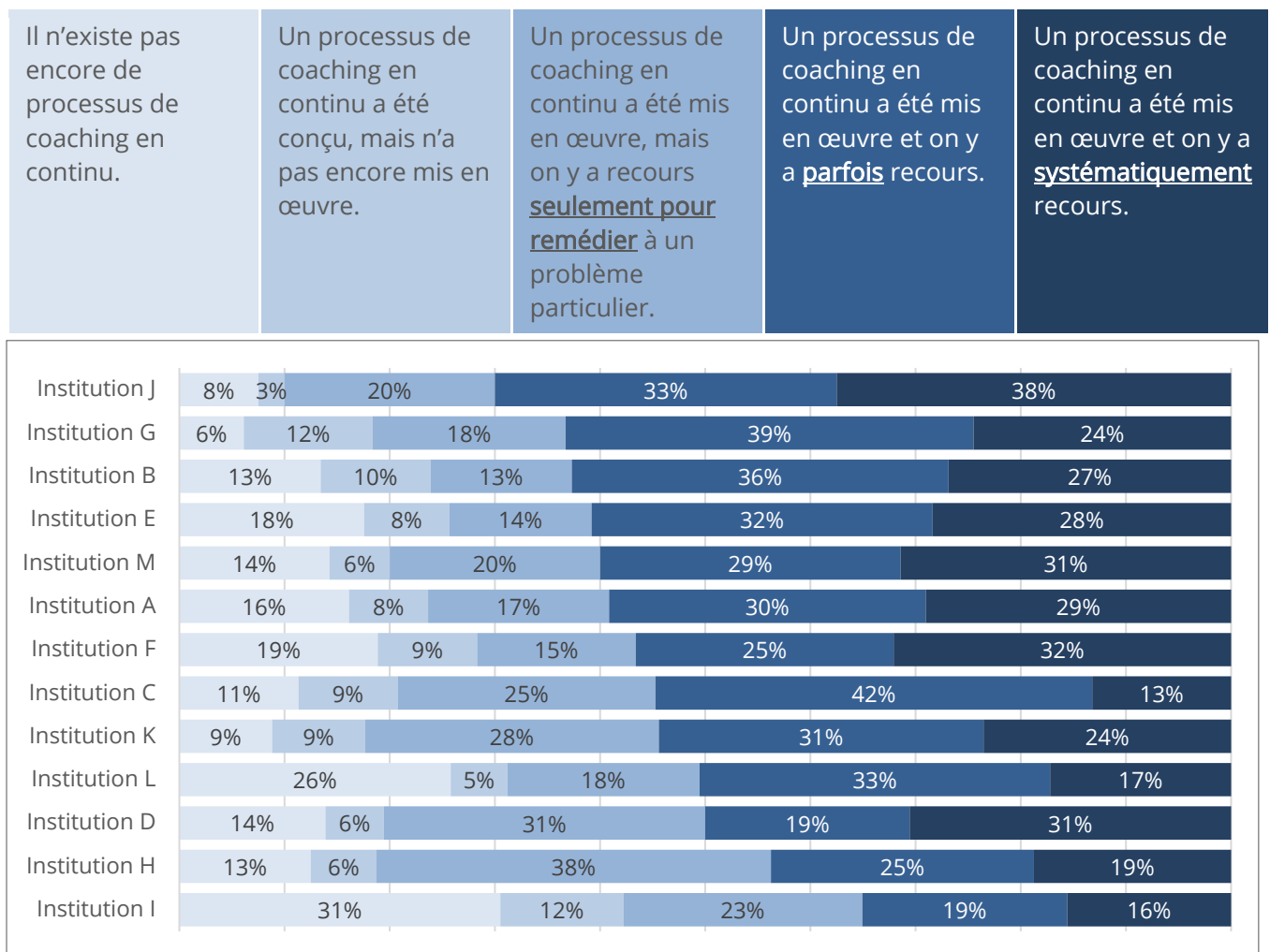
Autres disciplines (médecine)* (n=92)	23%	9%	16%	29%	23%
Autres disciplines (chirurgie)** (n=49)	35%	6%	20%	24%	14%

Autres disciplines (médecine) :** cardiologie (adulte), dermatologie, gastroentérologie (adulte), gastroentérologie (pédiatrie), génétique et génomique médicales, gériatrie, gérontopsychiatrie, hématologie, hématologie-oncologie pédiatrique, immunologie clinique et allergie (adulte), immunologie clinique et allergie (pédiatrie), médecine de l'adolescence, médecine de la douleur, médecine de soins intensifs (adulte), médecine de soins intensifs (pédiatrie), médecine d'urgence pédiatrique, médecine maternelle et fœtale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte), néphrologie (pédiatrie), neurologie (pédiatrie), oncologie médicale, pathologie diagnostique et clinique (anciennement pathologie générale), pathologie hématologique, pathologie judiciaire, pédiatrie du développement, pneumologie (adulte), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, rhumatologie (adulte)

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

Disciplines non représentées : fondements chirurgicaux, médecine nucléaire, médecine palliative, neuropathologie, pédiatrie du développement, oncologie gynécologique

Figure 7C : Coaching en continu – Degré de mise en œuvre, par institution



Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

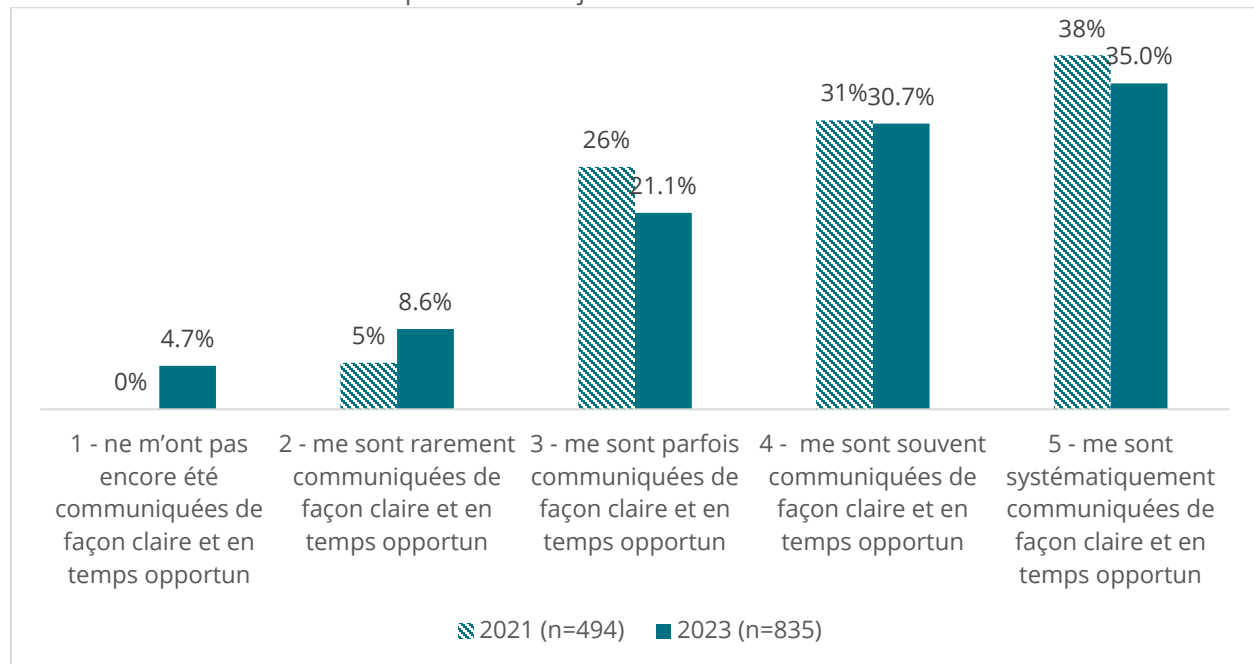
Les institutions sont classées par ordre décroissant, en fonction du pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de mise en œuvre. Les institutions dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de personnes répondantes ayant témoigné d'un processus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

Comité de compétence

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 résident-es dans l'acquisition de la compétence. Les processus du comité doivent être transparents, et ses décisions doivent être transmises de façon claire et en temps opportun aux stagiaires faisant l'objet de l'évaluation (Collège royal, 2019a).

Figure 8A : Comité de compétence – Degré de mise en œuvre, par année d'étude

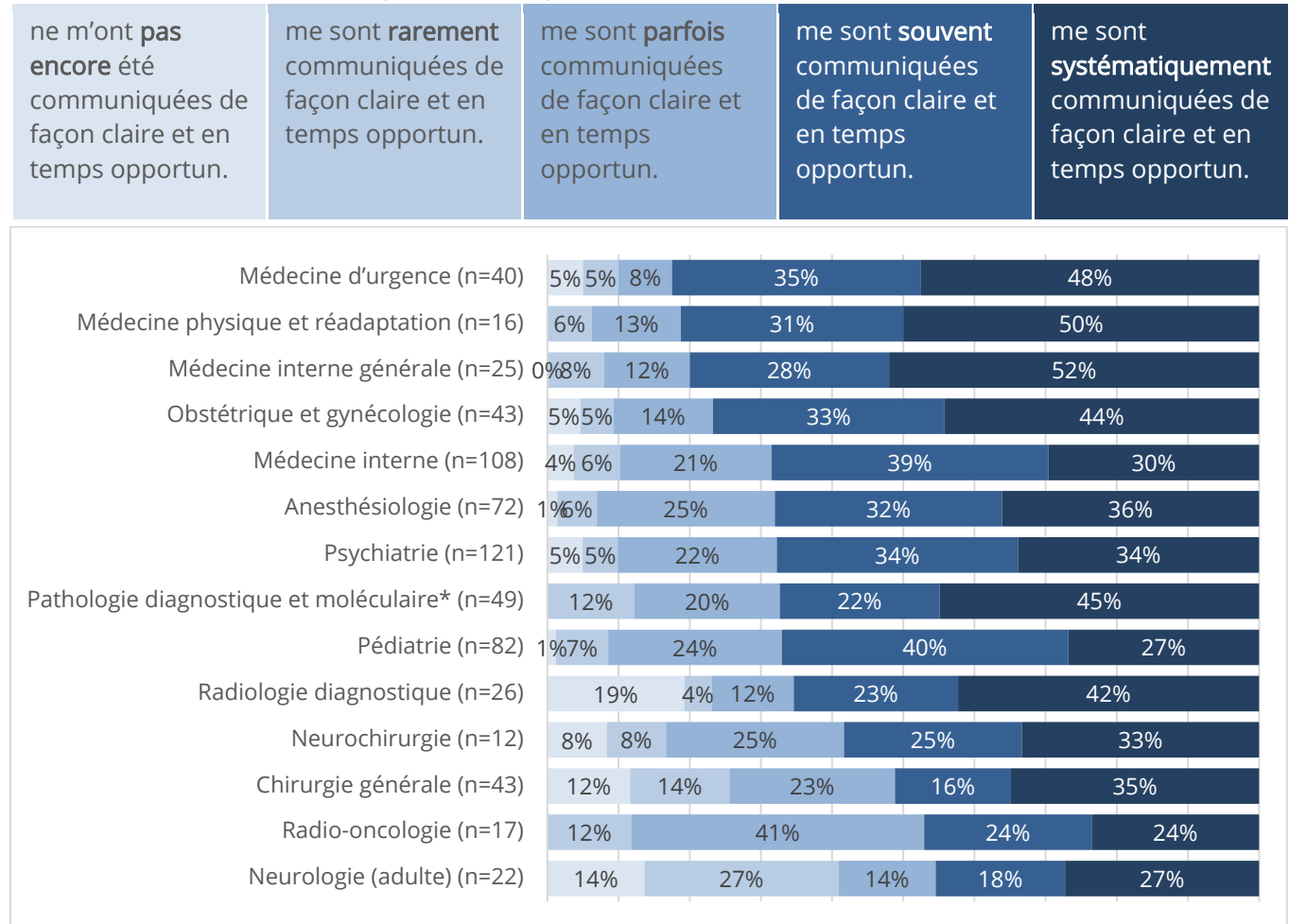
Les décisions du comité de compétence au sujet de l'évolution de ma formation...



Dans la version de 2021, l'échelle d'évaluation des comités de compétence incluait plusieurs éléments, notamment la fréquence à laquelle le comité de compétence examine le rendement des résident-es ainsi que le degré de transparence et d'efficacité dans la façon dont les processus du comité de compétence et les résultats sont communiqués. La version de 2023 a été modifiée pour mettre davantage l'accent sur la façon dont les décisions du comité de compétence sur la progression durant la résidence sont communiquées aux personnes concernées.

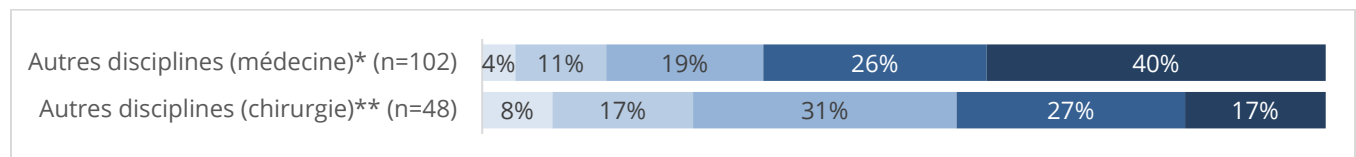
Figure 8B : Comité de compétence – Degré de mise en œuvre, par discipline

Les décisions du comité de compétence au sujet de l'évolution de ma formation...



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

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



Autres disciplines (médecine) :** cardiologie (adulte), dermatologie, gastroentérologie (adulte), gastroentérologie (pédiatrie), génétique et génomique médicales, gériatrie, gérontopsychiatrie, hématologie, hématologie-oncologie pédiatrique, immunologie clinique et allergie (adulte), immunologie clinique et allergie (pédiatrie), médecine de l'adolescence, médecine de la douleur, médecine de soins intensifs (adulte), médecine de soins intensifs (pédiatrie), médecine d'urgence

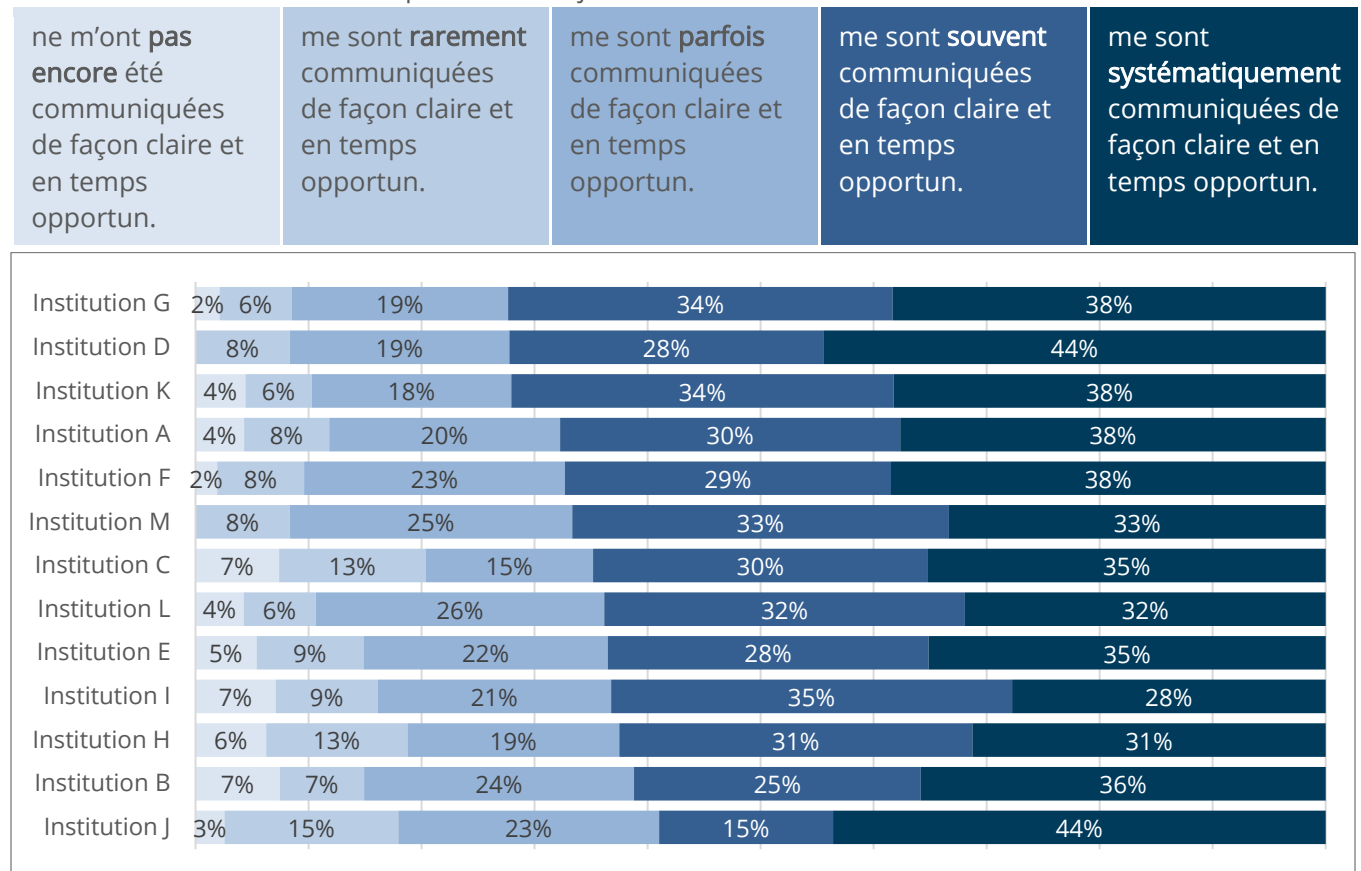
pédiatrique, médecine maternelle et fœtale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte), néphrologie (pédiatrie), neurologie (pédiatrie), oncologie médicale, pathologie diagnostique et clinique (anciennement pathologie générale), pathologie hématologique, pathologie judiciaire, pédiatrie du développement, pneumologie (adulte), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, rhumatologie (adulte)

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

Disciplines non représentées : fondements chirurgicaux, médecine nucléaire, médecine palliative, neuropathologie, oncologie gynécologique

Figure 8C : Comité de compétence – Degré de mise en œuvre, par institution

Les décisions du comité de compétence au sujet de l'évolution de ma formation...



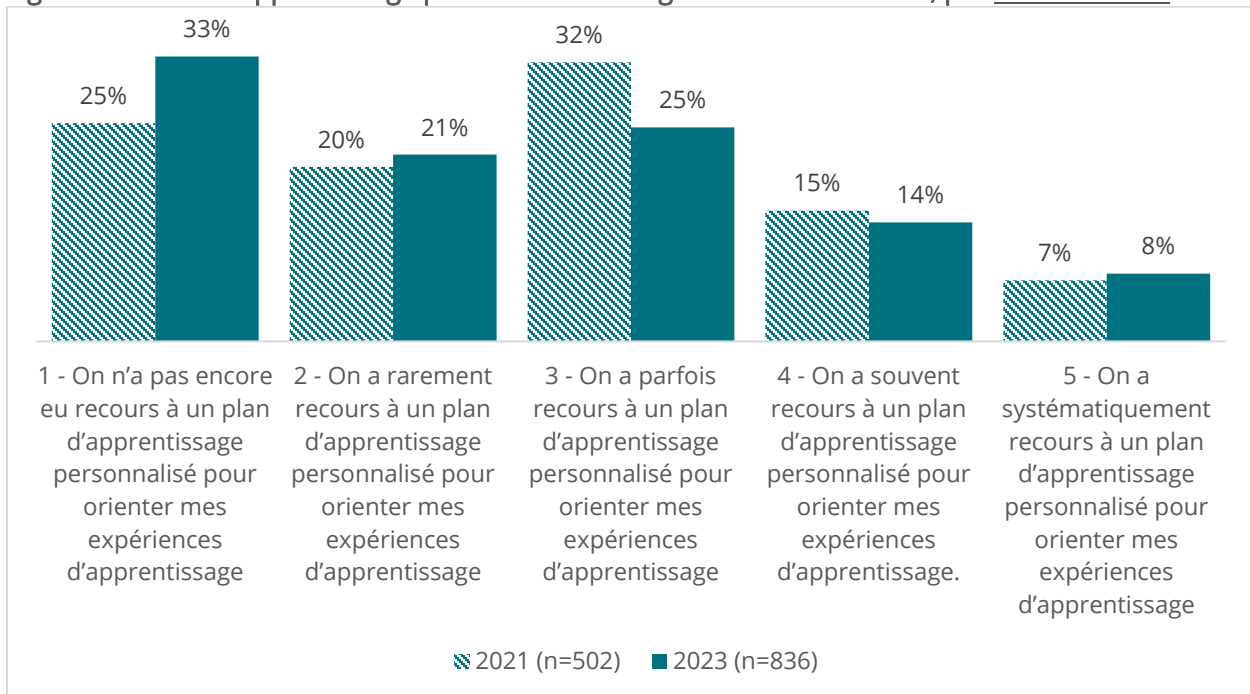
Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

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

Plans d'apprentissage personnalisés par étape

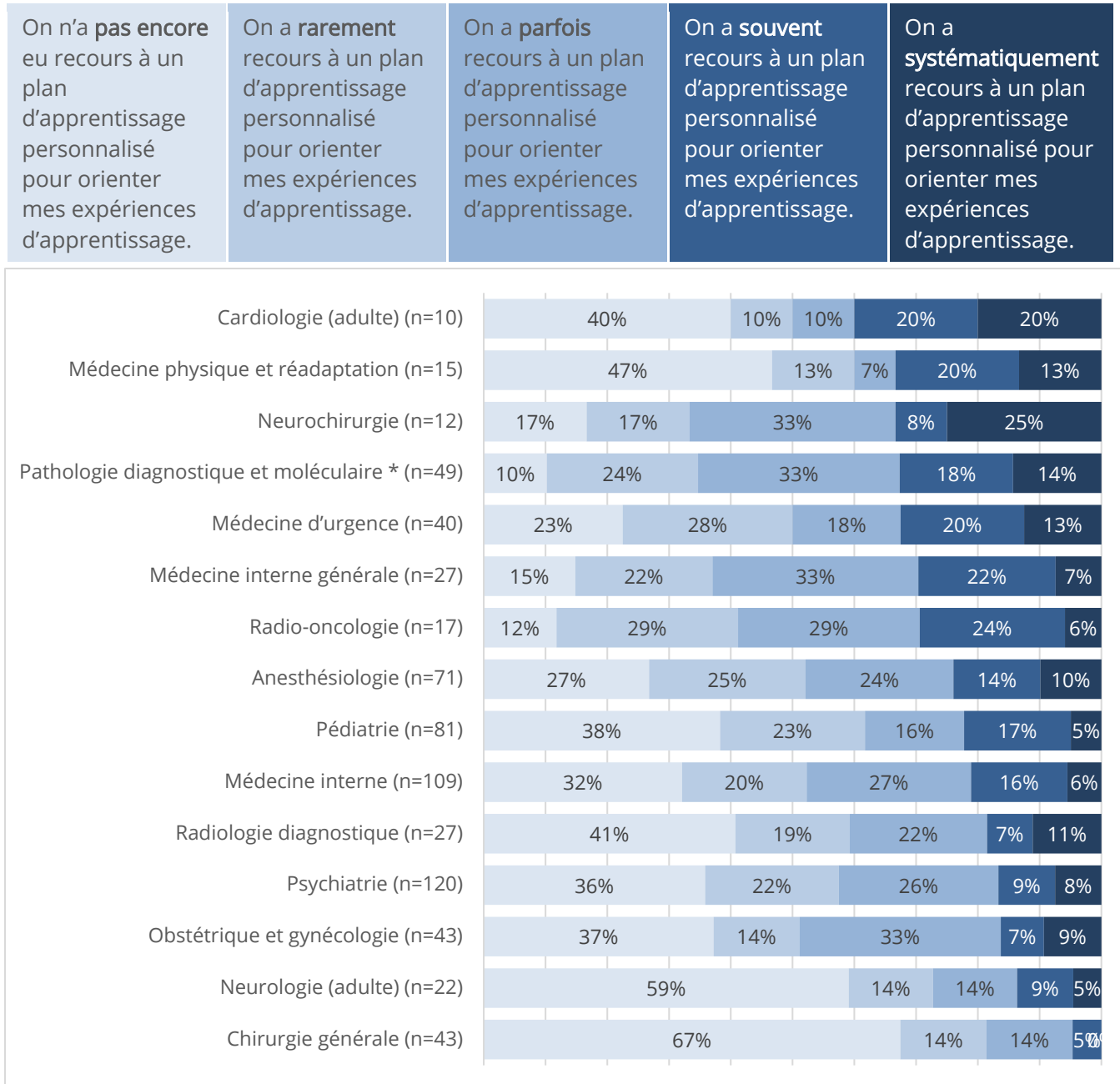
Plans d'apprentissage personnalisés par étape – L'approche par compétences en formation médicale reconnaît que l'ensemble des résident·es peuvent tirer profit de plans d'apprentissage personnalisés et documentés, et d'un soutien à chaque étape. Il peut s'agir de mentorat, de lectures ou de stages modifiés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

Figure 9A : Plans d'apprentissage personnalisés – Degré de mise en œuvre, par année d'étude



⊛ De légers changements ont été apportés aux énoncés de l'échelle d'évaluation entre les sondages de 2021 et de 2023.

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



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

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

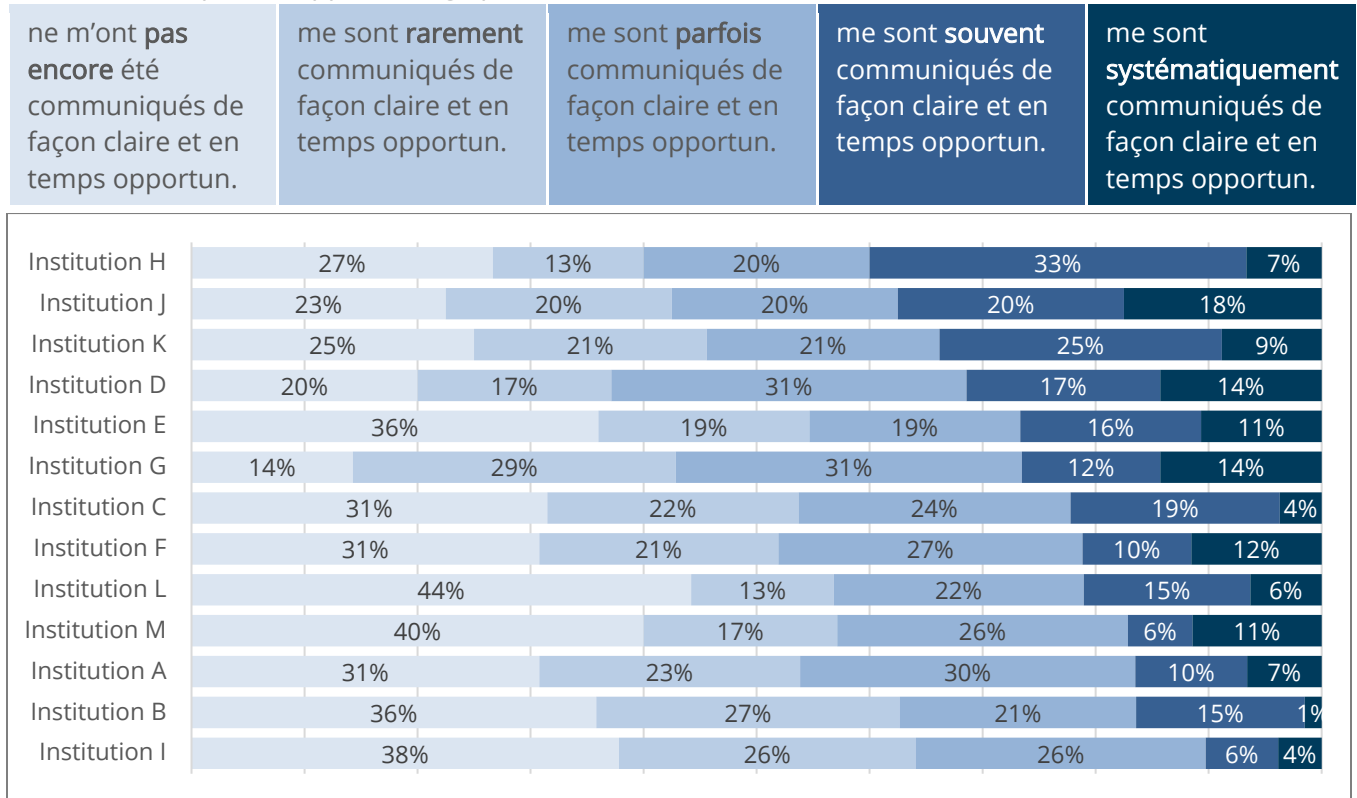
Autres disciplines (médecine)* (n=92)	23%	20%	28%	21%	9%
Autres disciplines (chirurgie)** (n=49)	39%	35%	24%	2%	

Autres disciplines (médecine) :** dermatologie, immunologie clinique et allergie (adulte), gastroentérologie (adulte), gastroentérologie (pédiatrie), génétique et génomique médicales, gériatrie, gérontopsychiatrie, hématologie, hématologie-oncologie pédiatrique, immunologie clinique et allergie (pédiatrie), médecine de l'adolescence, médecine de la douleur, médecine de soins intensifs (adulte), médecine de soins intensifs (pédiatrie), médecine d'urgence pédiatrique, médecine maternelle et fœtale, médecine néonatale et périnatale, néphrologie (adulte), néphrologie (pédiatrie), neurologie (pédiatrie), oncologie médicale, pathologie diagnostique et clinique (anciennement pathologie générale), pathologie hématologique, pathologie judiciaire, pédiatrie du développement, pneumologie (adulte), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, rhumatologie (adulte)

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

Disciplines non représentées : fondements chirurgicaux, médecine nucléaire, médecine palliative, neuropathologie, oncologie gynécologique

Figure 9C : Plans d'apprentissage personnalisés – Degré de mise en œuvre, par institution Des plans d'apprentissage personnalisés...



Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

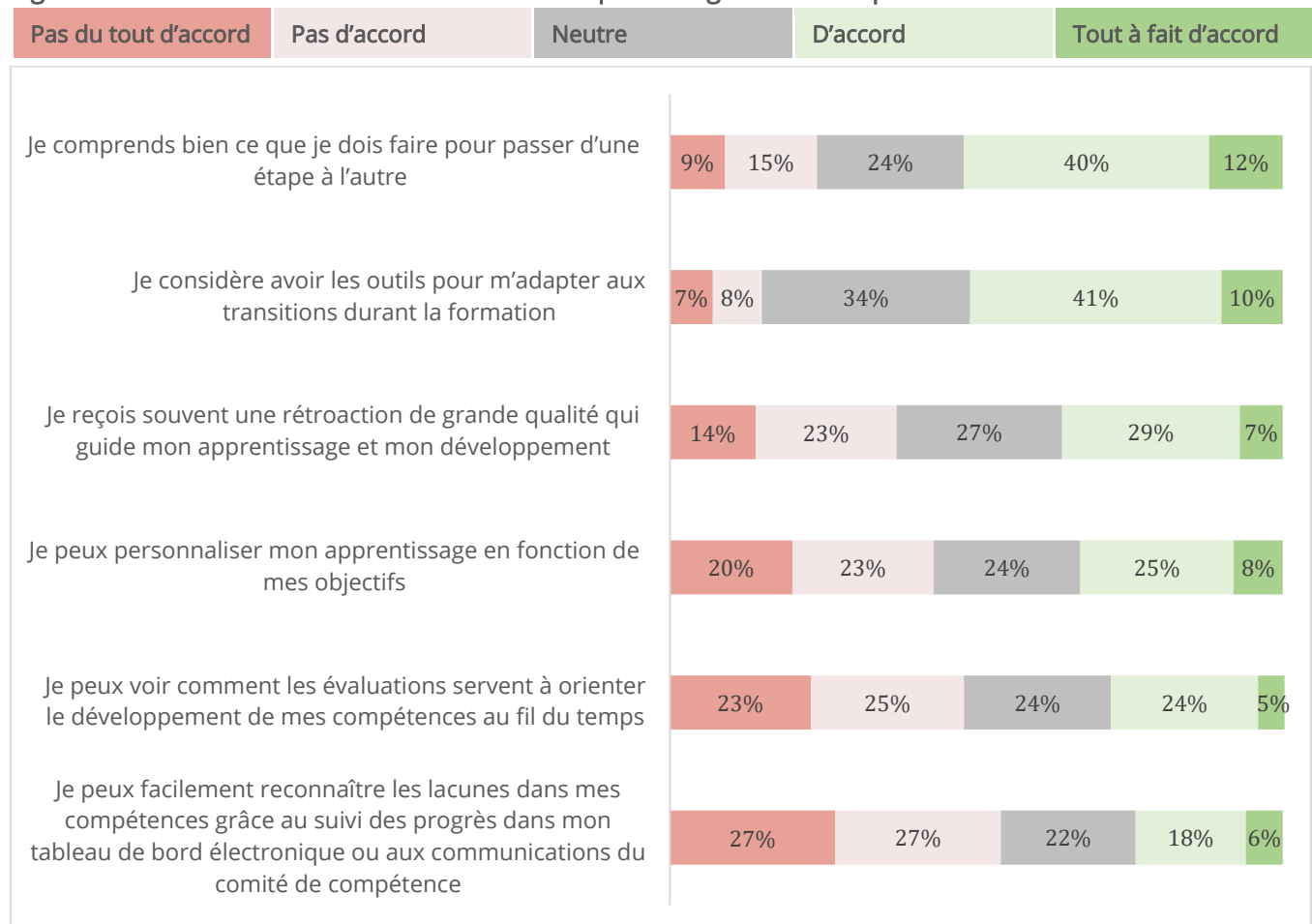
Les institutions sont classées par ordre décroissant, en fonction du pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné l'un des deux derniers échelons de mise en œuvre. Les institutions dans le haut du graphique présentent un plus grand pourcentage de personnes répondantes ayant témoigné d'un processus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

Résultats

La CPC est une intervention complexe et multifactorielle qui implique l'interaction de nombreuses variables. Par conséquent, l'incidence de la CPC peut être évaluée à partir d'un large éventail de résultats, intentionnels et non intentionnels, allant des effets initiaux pendant la formation aux répercussions possibles à plus long terme sur les chez les personnes qui apprennent, comme celles qui obtiennent les soins. Dans le cadre de l'évaluation nationale de la CPC, des efforts continus ont été menés afin d'élaborer une stratégie permettant de mesurer de manière efficace et tangible les différents résultats de la CPC, et ce travail se poursuit encore à ce jour ([Hall et coll. 2024](#)).

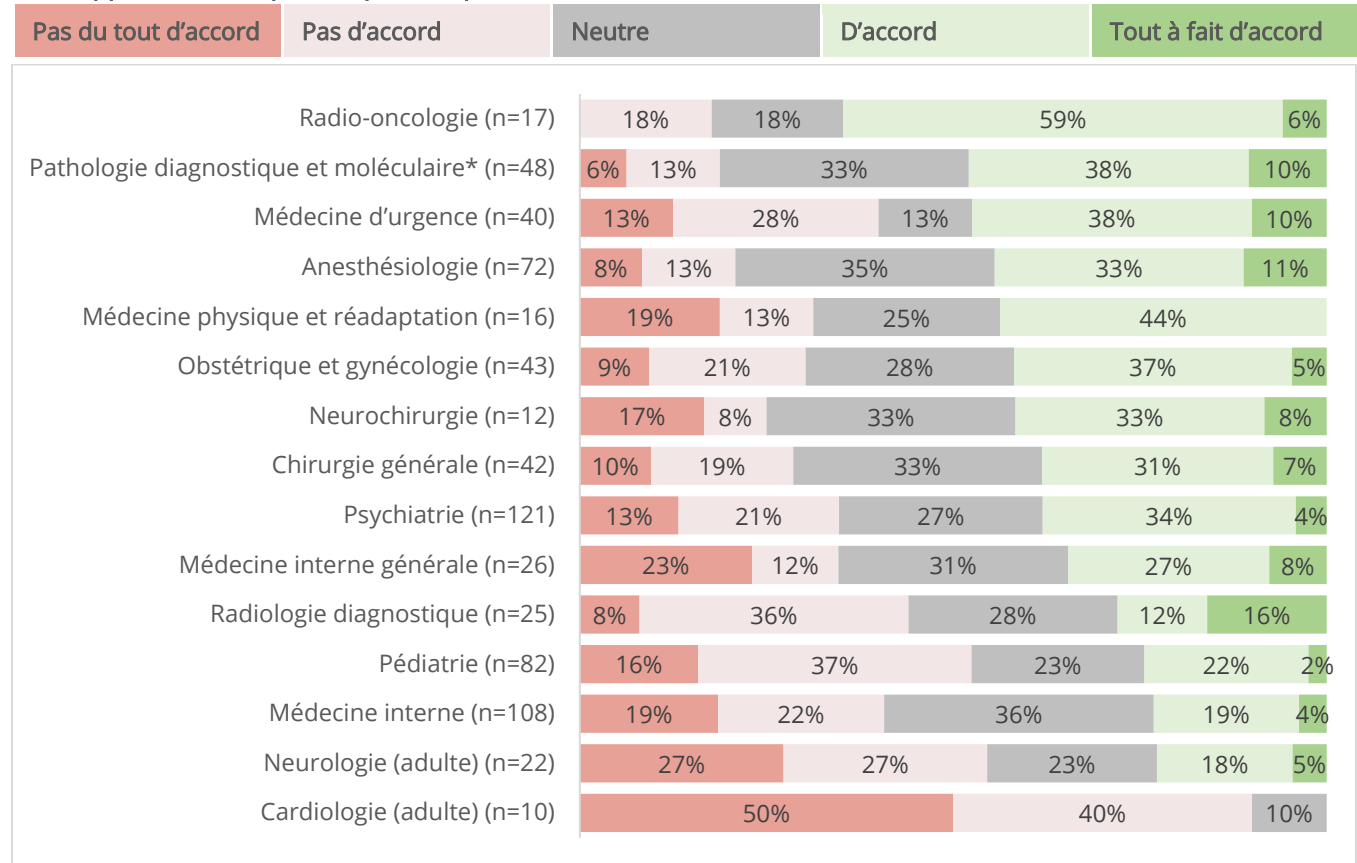
Dans le but de mieux cerner le degré d'atteinte de certains des résultats souhaités de la CPC, les personnes répondantes devaient indiquer dans quelle mesure elles étaient d'accord avec six énoncés associés à ces résultats, sur une échelle de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). La répartition des réponses pour ces six énoncés est présentée à la figure 10.

Figure 10: Énoncés sur les résultats de la CPC – Répartition globale des réponses



Les figures 11 à 16 montrent la répartition des réponses pour chaque énoncé, par discipline (A) et par institution (B).

Figure 11A : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé sur les résultats suivant – « Je reçois souvent une rétroaction de grande qualité qui guide mon apprentissage et mon développement »? (réponses par discipline)



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

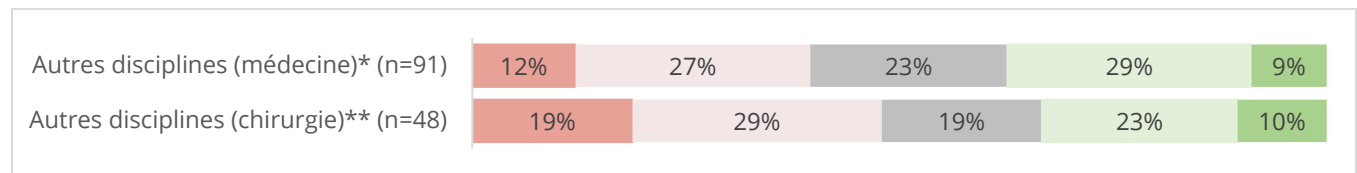
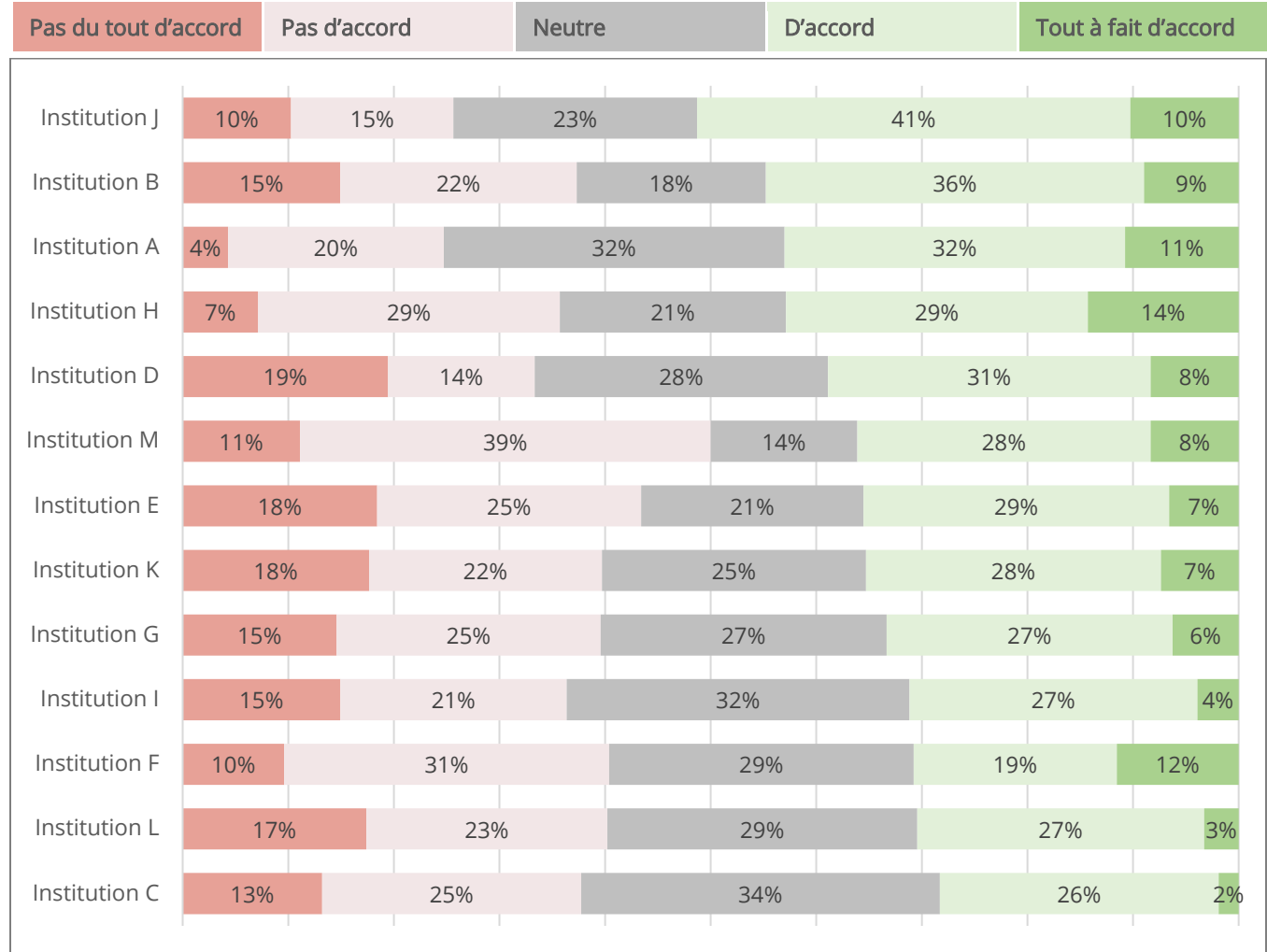
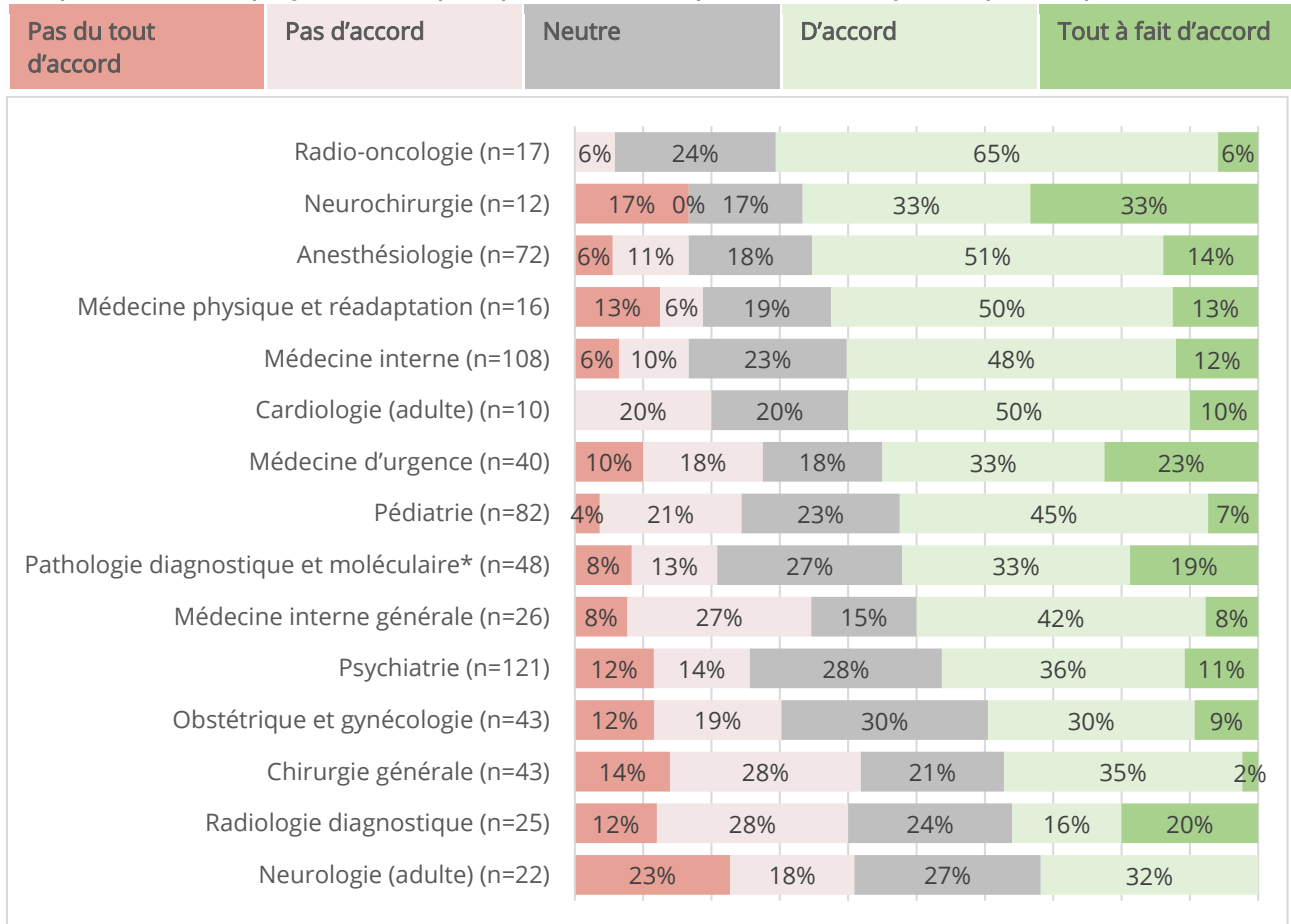


Figure 11B : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé sur les résultats suivant – « Je reçois souvent une rétroaction de grande qualité qui guide mon apprentissage et mon développement »? (réponses par institution)



Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

Figure 12A : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé sur les résultats suivant – « Je comprends bien ce que je dois faire pour passer d'une étape à l'autre »? (réponses par discipline)



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

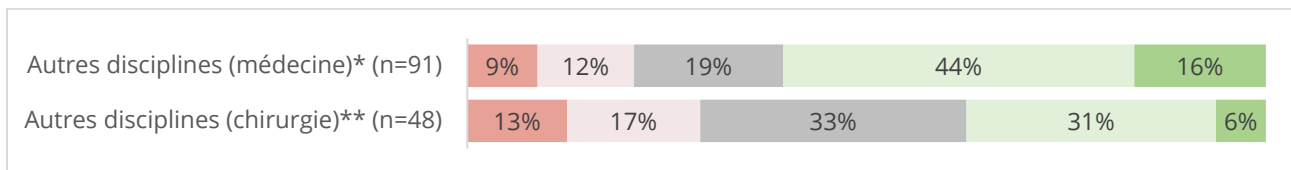
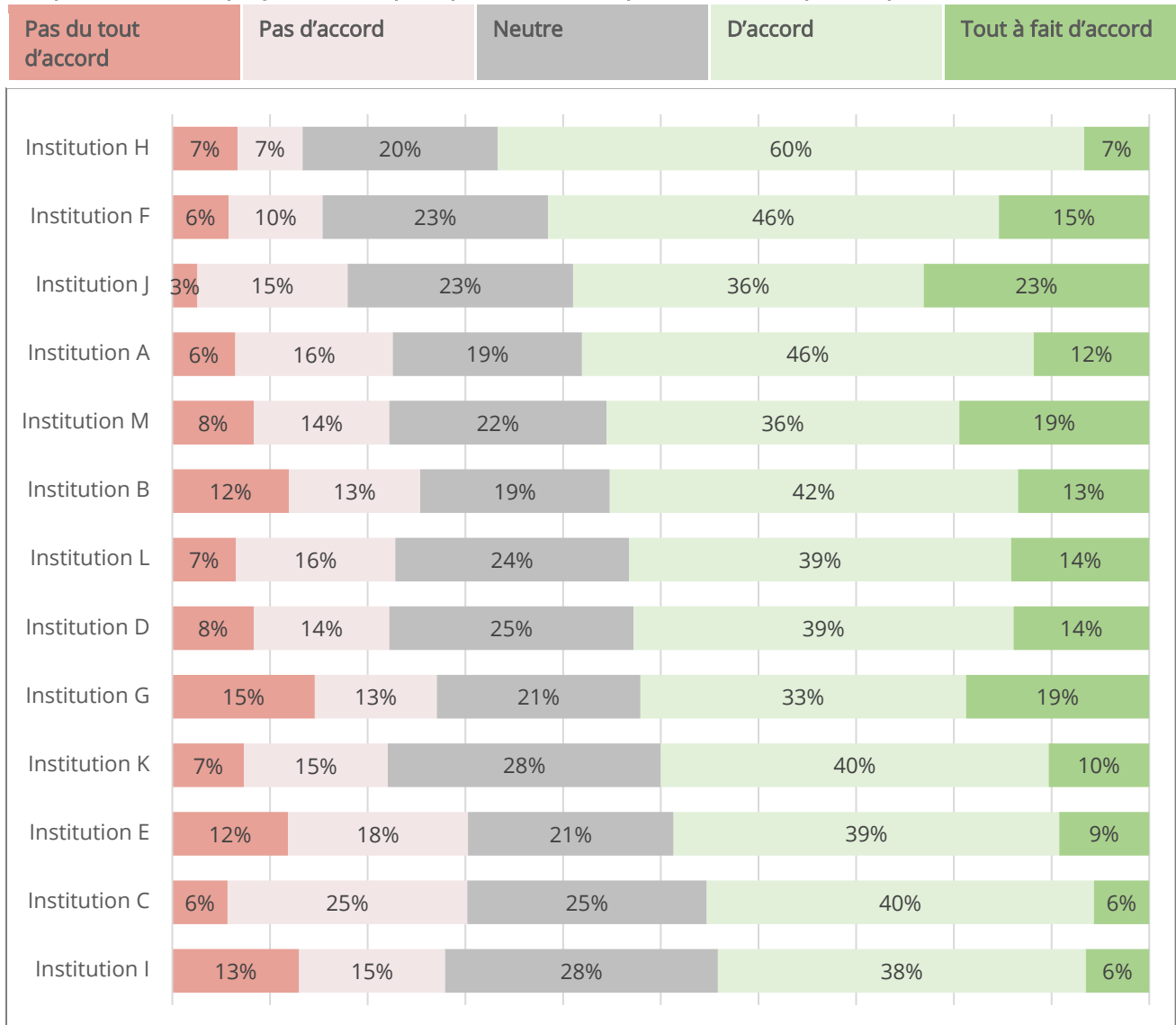
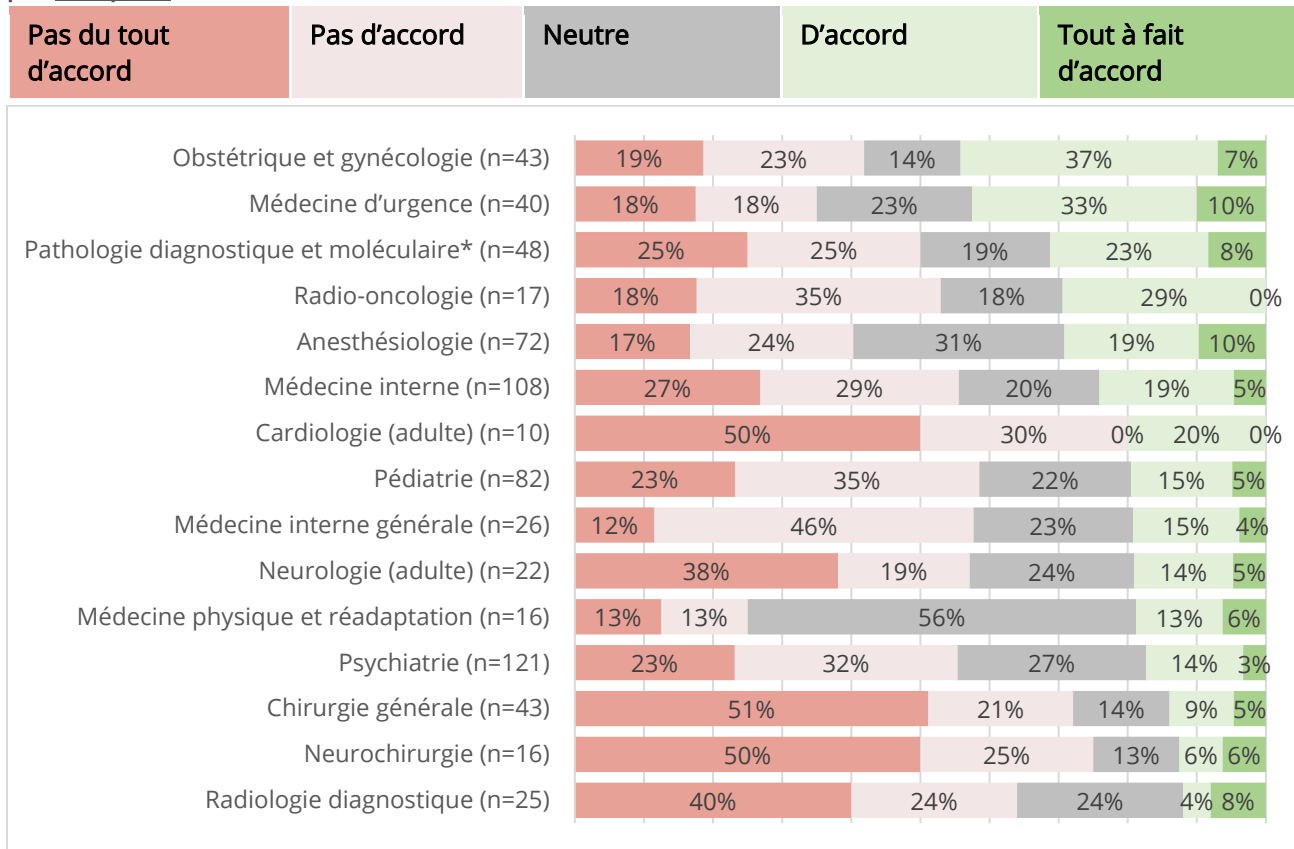


Figure 12B : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé sur les résultats suivant – « Je comprends bien ce que je dois faire pour passer d'une étape à l'autre »? (réponses par institution)



Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

Figure 13A : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé sur les résultats suivant – « Je peux facilement reconnaître les lacunes dans mes compétences grâce au suivi des progrès dans mon tableau de bord électronique ou aux communications du comité de compétence »? (réponses par discipline)



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

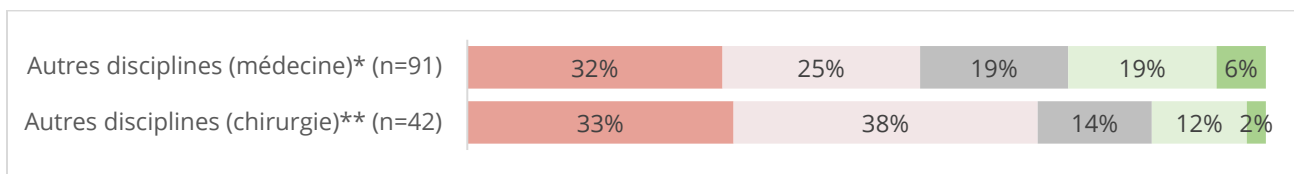
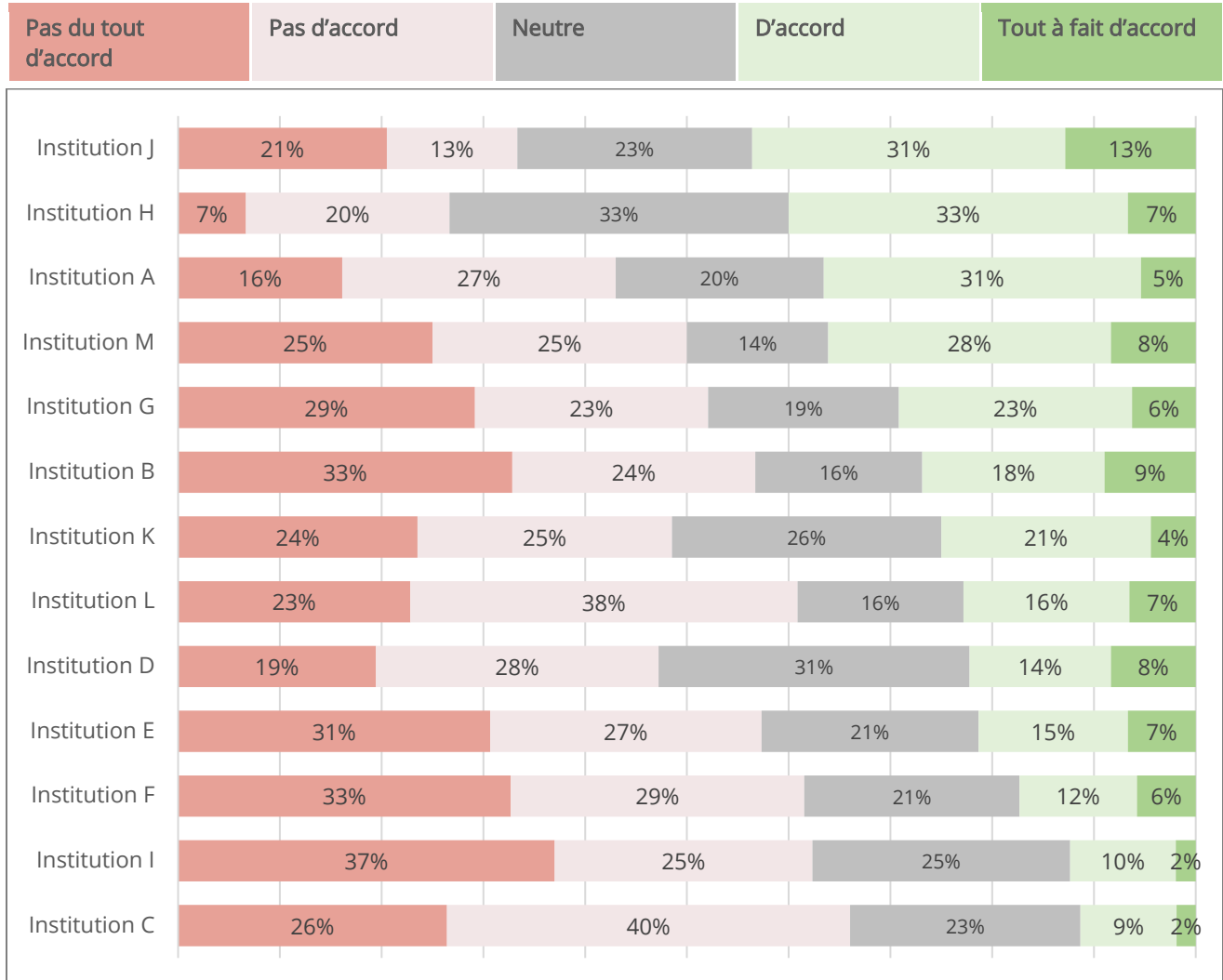
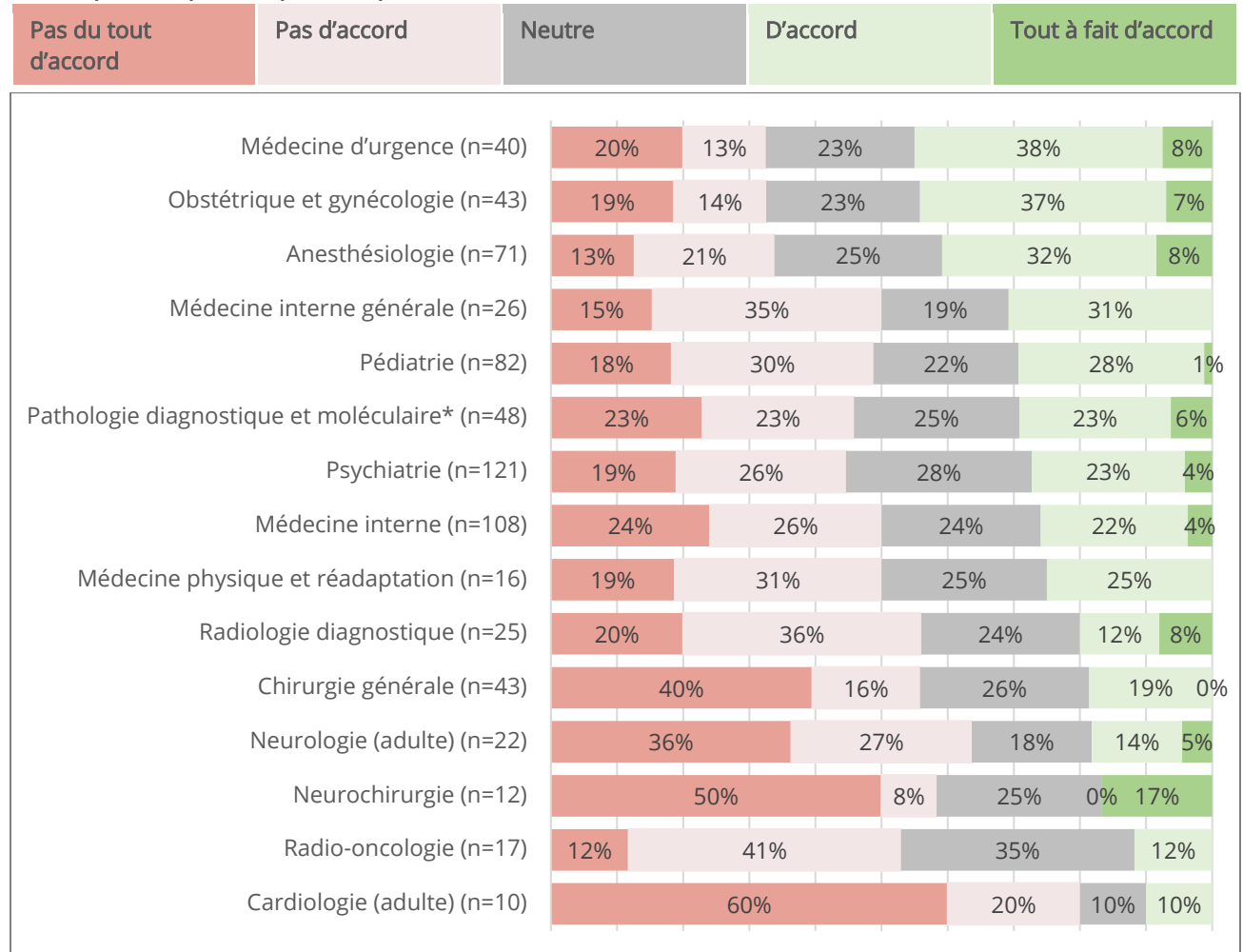


Figure 13B : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé sur les résultats suivant – « Je peux facilement reconnaître les lacunes dans mes compétences grâce au suivi des progrès dans mon tableau de bord électronique ou aux communications du comité de compétence »? (réponses par institution)



Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

Figure 14A : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé sur les résultats suivant – « Je peux voir comment les évaluations servent à orienter le développement de mes compétences au fil du temps »? (réponses par discipline)



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

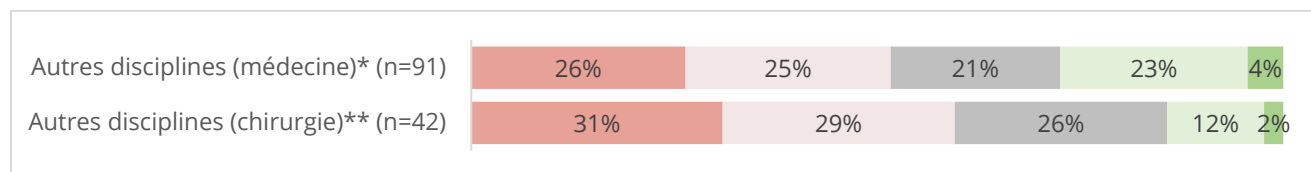
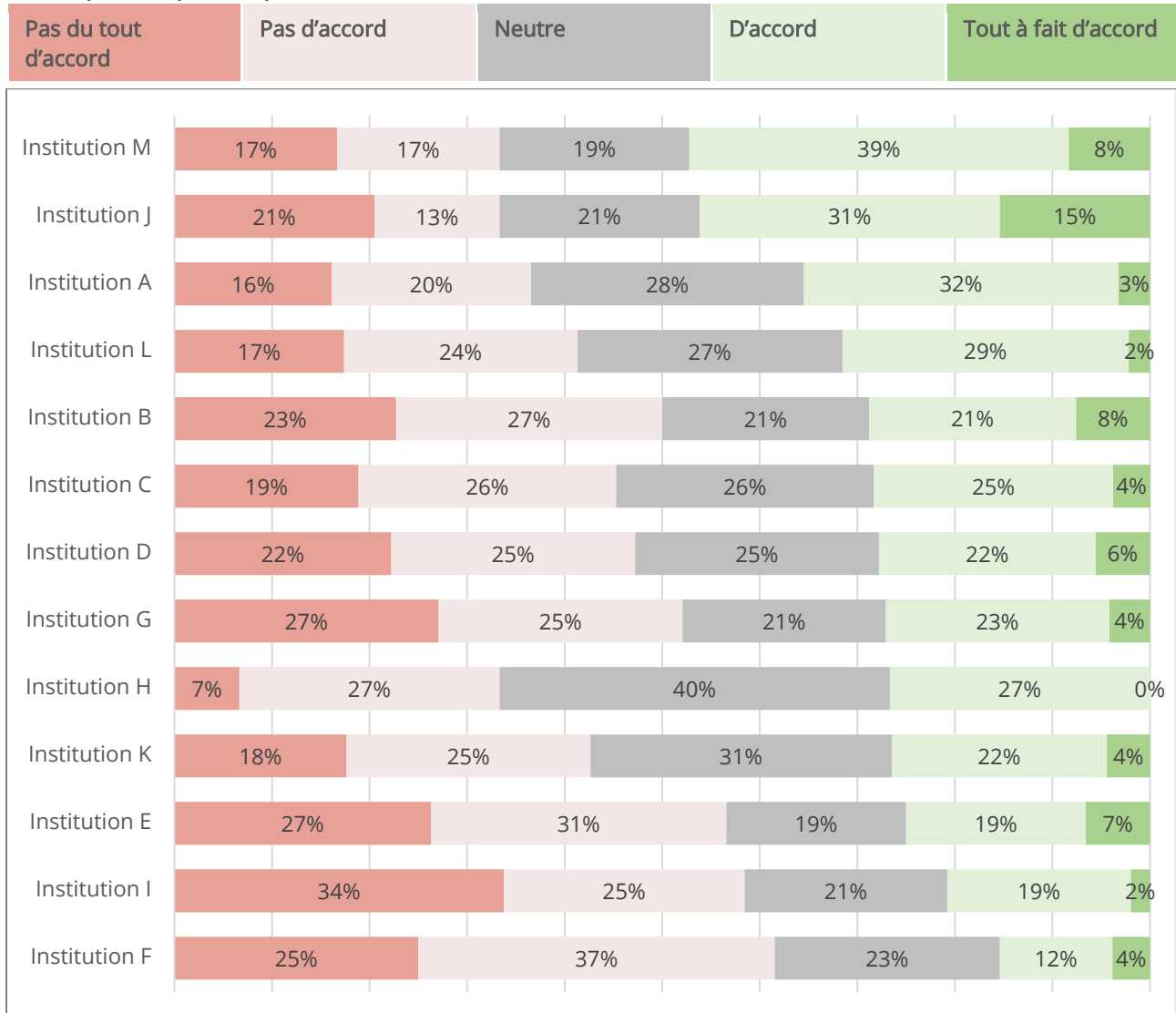
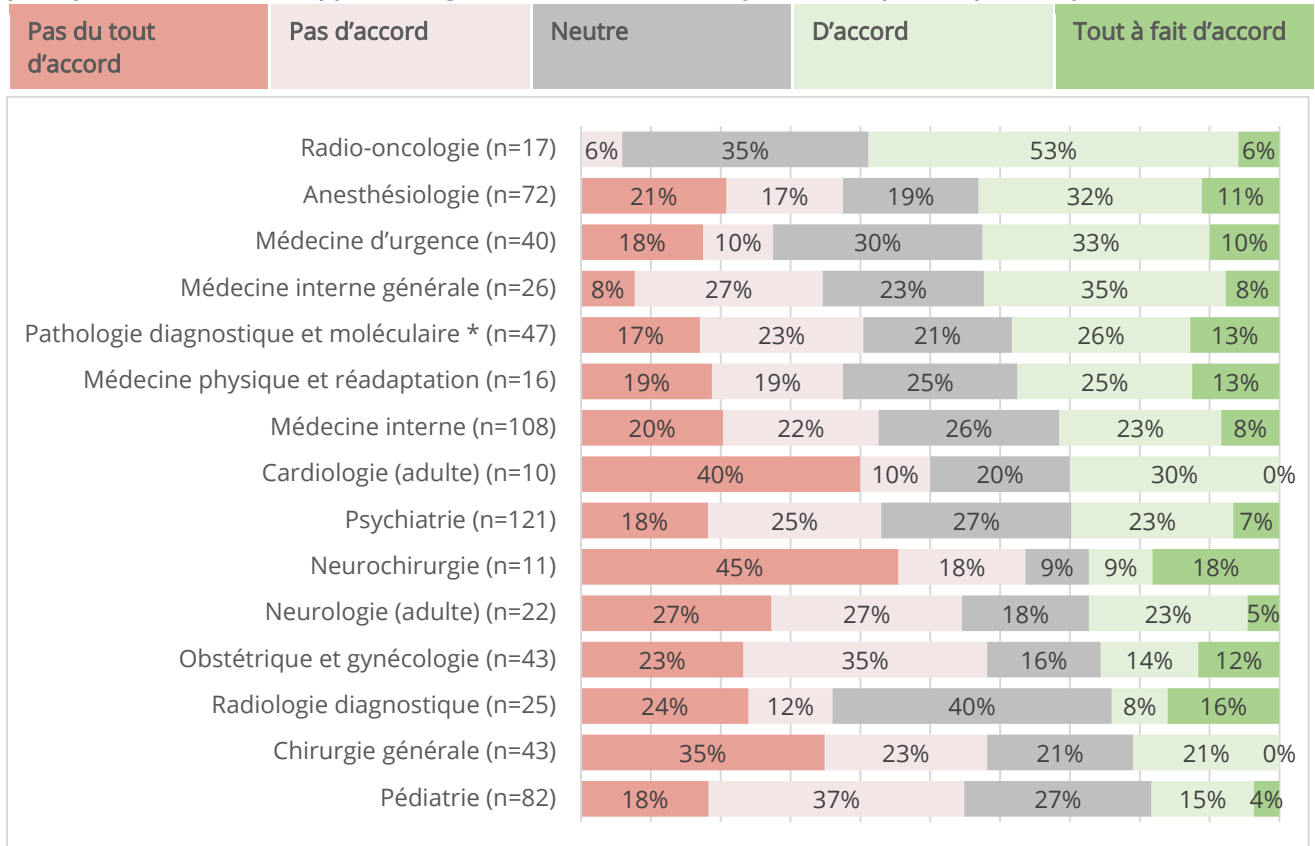


Figure 14B : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé sur les résultats suivant – « Je peux voir comment les évaluations servent à orienter le développement de mes compétences au fil du temps »? (réponses par institution)



Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

Figure 15A : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé sur les résultats suivant – « Je peux personnaliser mon apprentissage en fonction de mes objectifs »? (réponses par discipline)



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

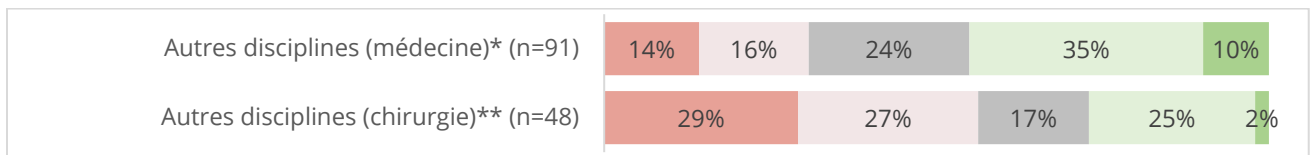
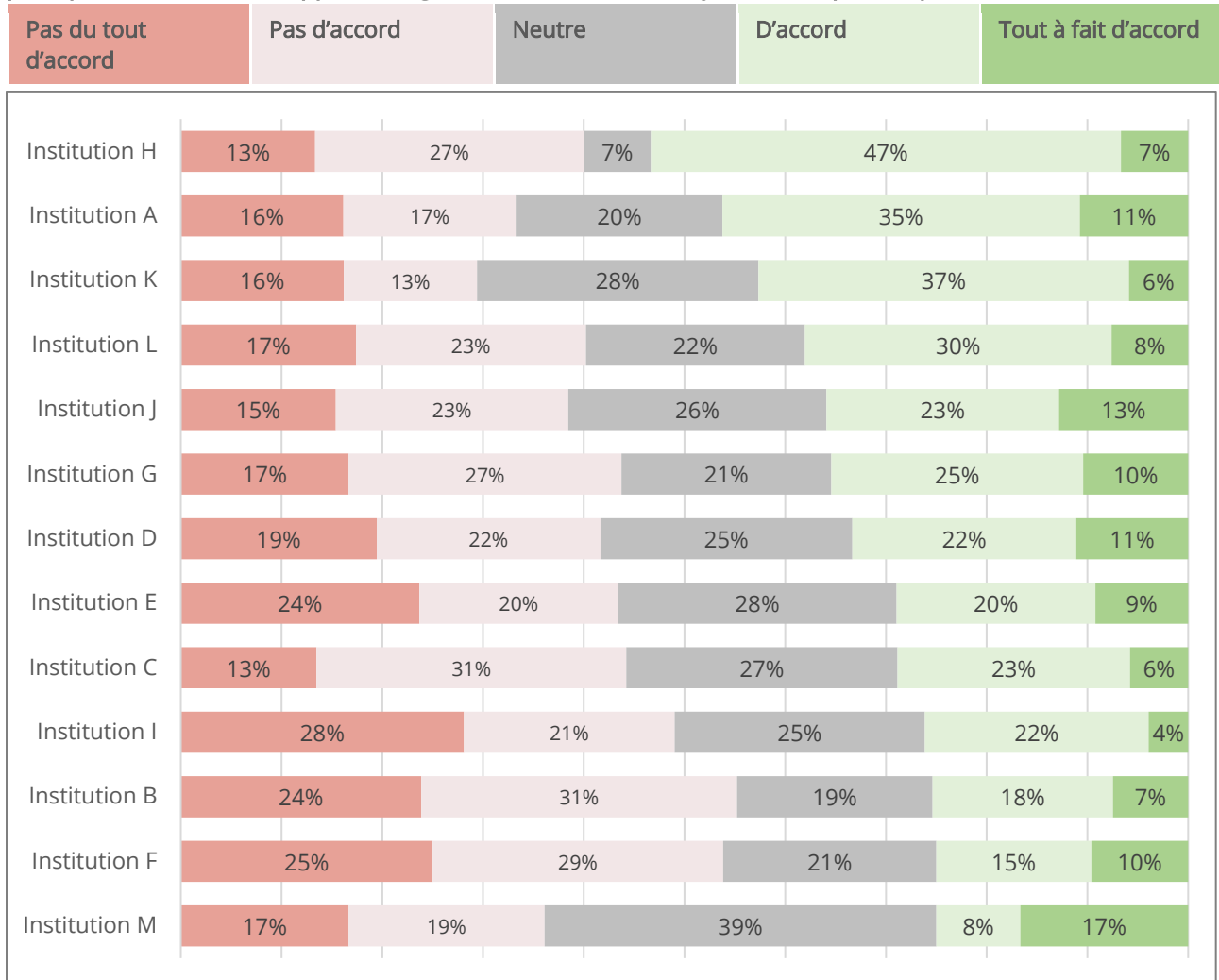
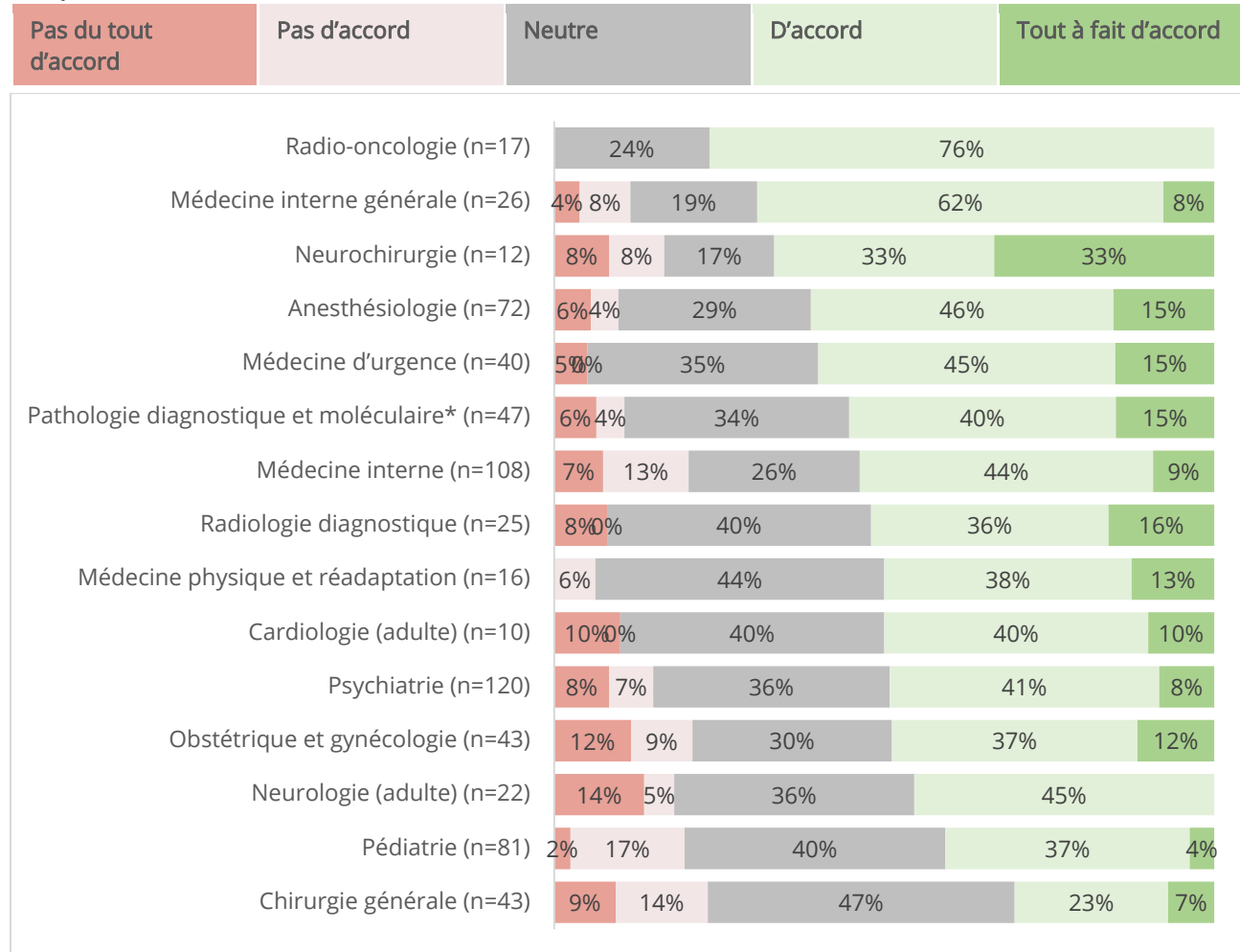


Figure 15B : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé sur les résultats suivant – « Je peux personnaliser mon apprentissage en fonction de mes objectifs »? (réponses par institution)



Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

Figure 16A : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé sur les résultats suivant – « Je considère avoir les outils pour m'adapter aux transitions durant la formation »? (réponses par discipline)



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

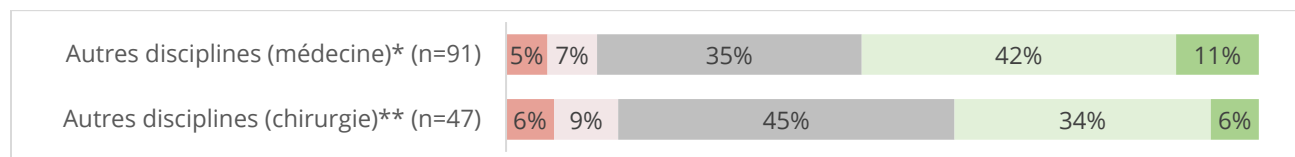
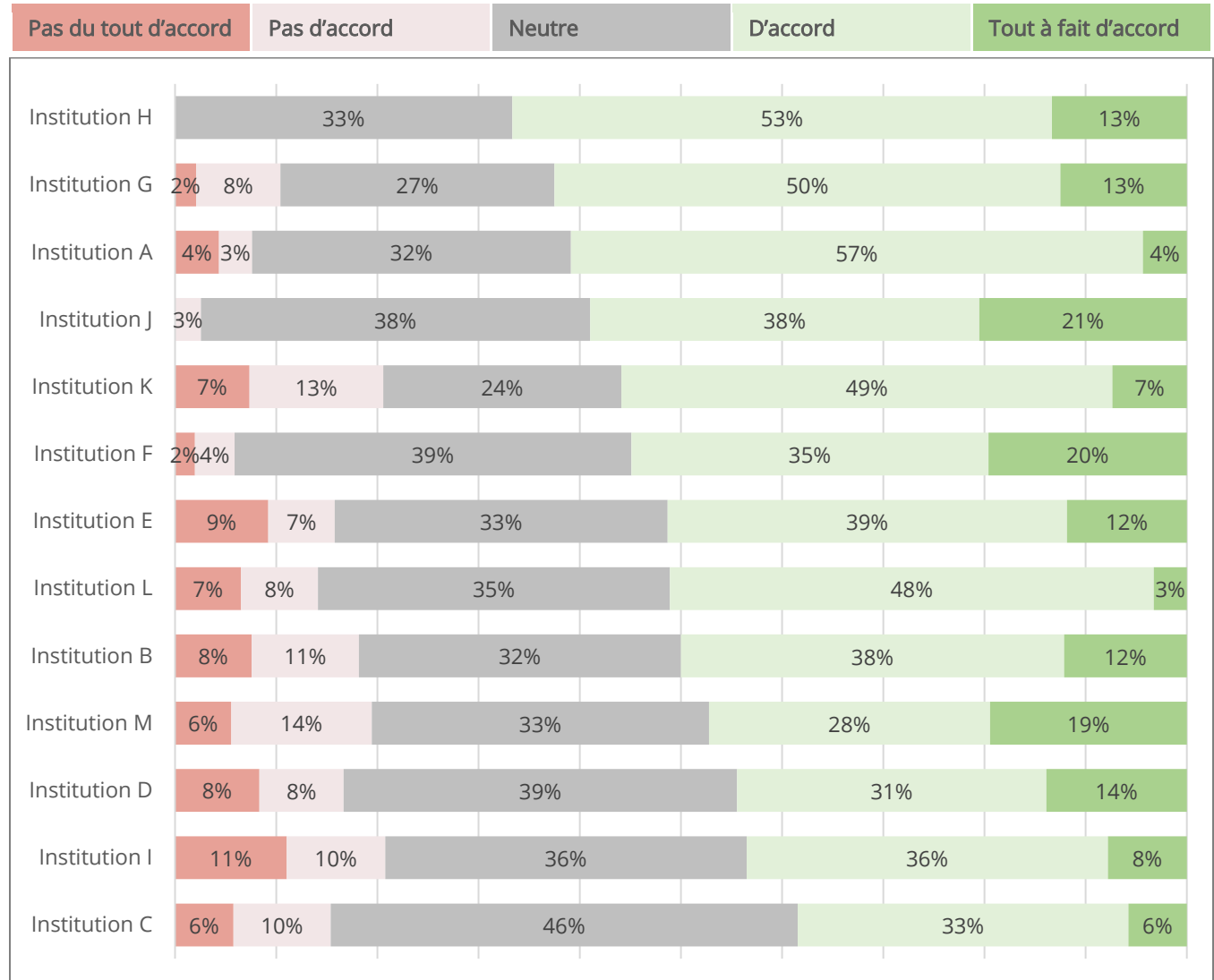


Figure 16B : Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé sur les résultats suivant – « Je considère avoir les outils pour m'adapter aux transitions durant la formation »? (réponses par institution)



Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

Mieux-être durant la résidence

Mieux-être durant la résidence – La résidence peut être une période particulièrement difficile de la carrière des médecins, et les difficultés rencontrées peuvent se répercuter sur leur mieux-être. Sachant qu’il existe plusieurs définitions du mieux-être, précisons que nous entendons ici l’état complexe qui dépend de la santé et du mieux-être physique, mental et émotionnel (Wallace, Lemaire et Ghali, 2009).

Figure 17A : Effet de l’expérience actuelle de la CPC sur la santé et le mieux-être, par année d’étude

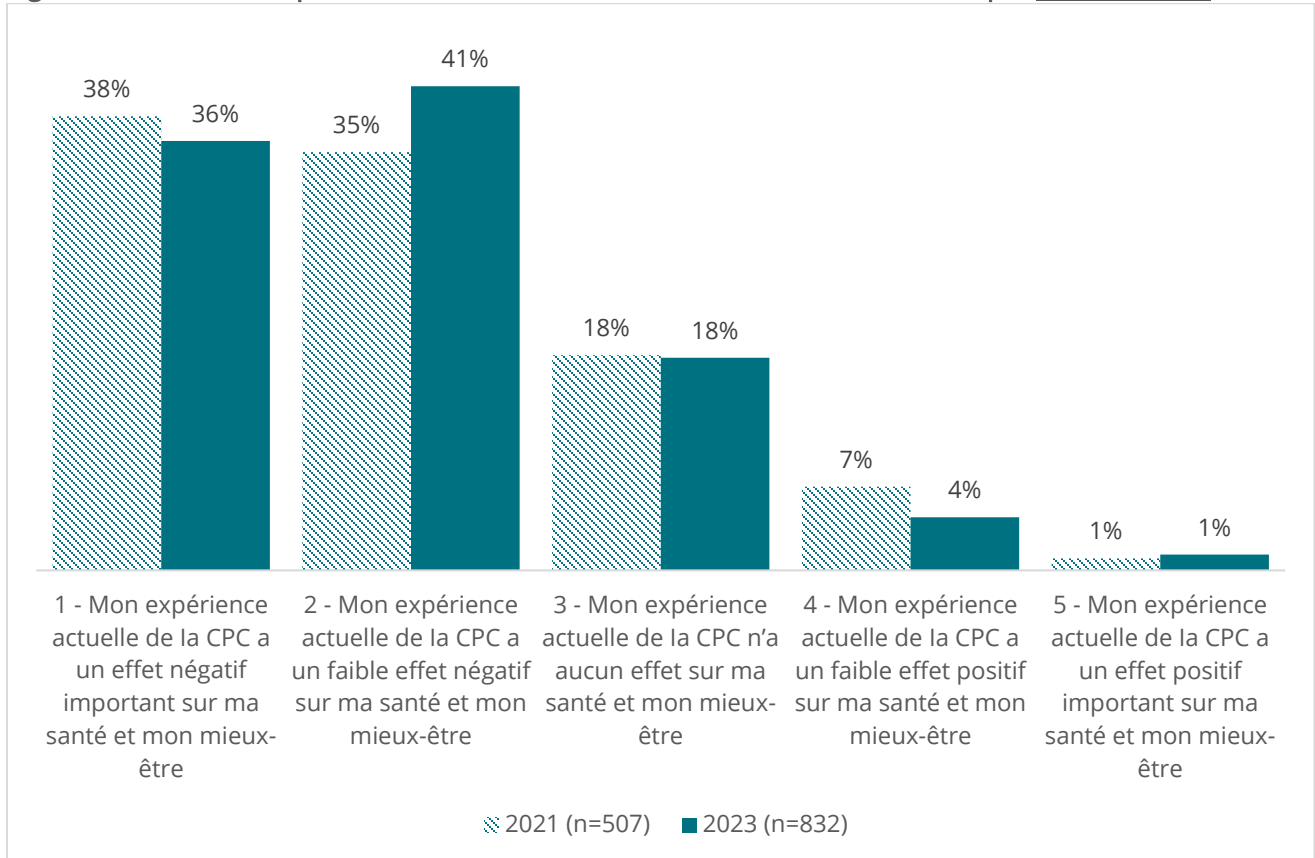
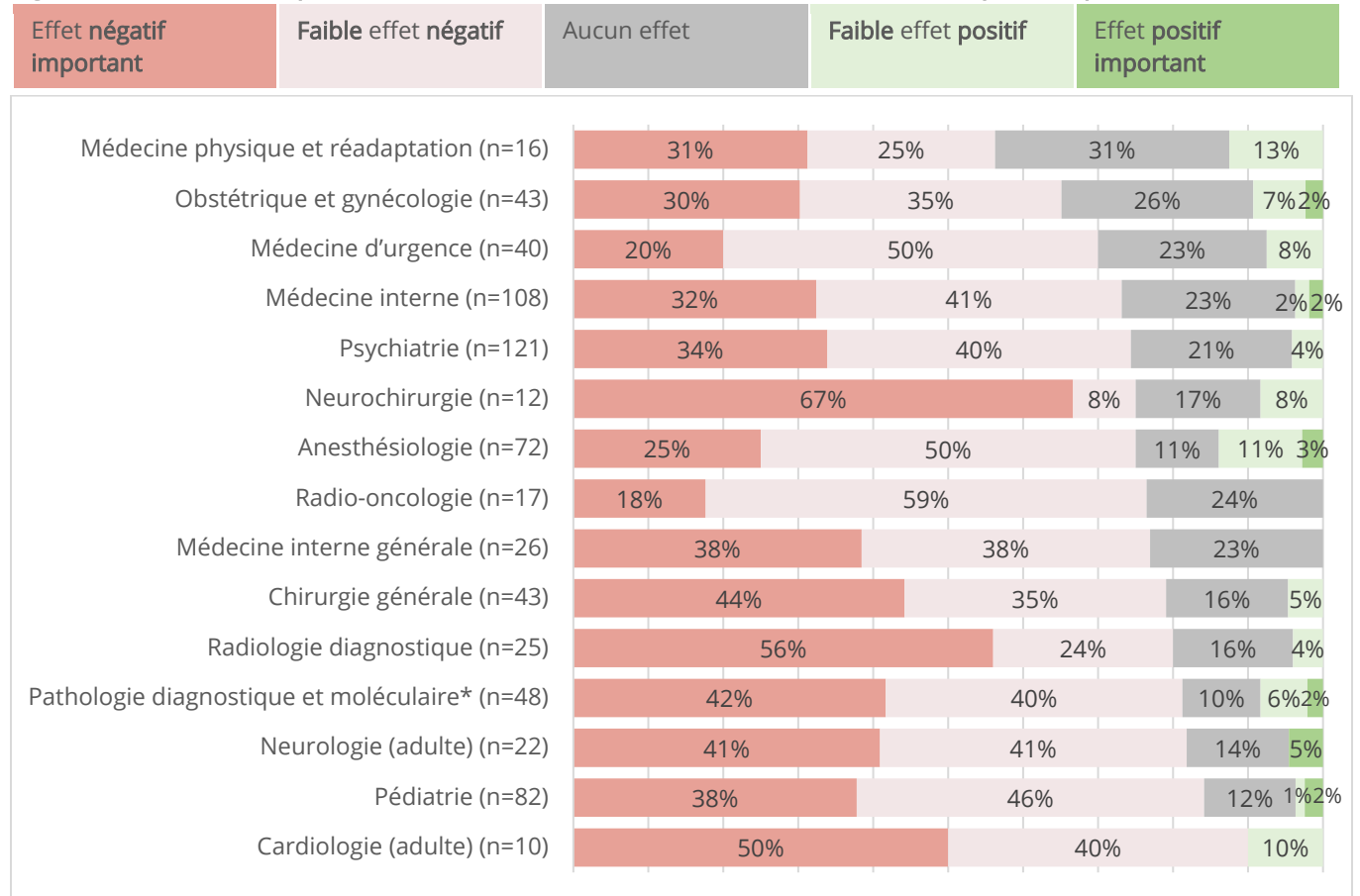
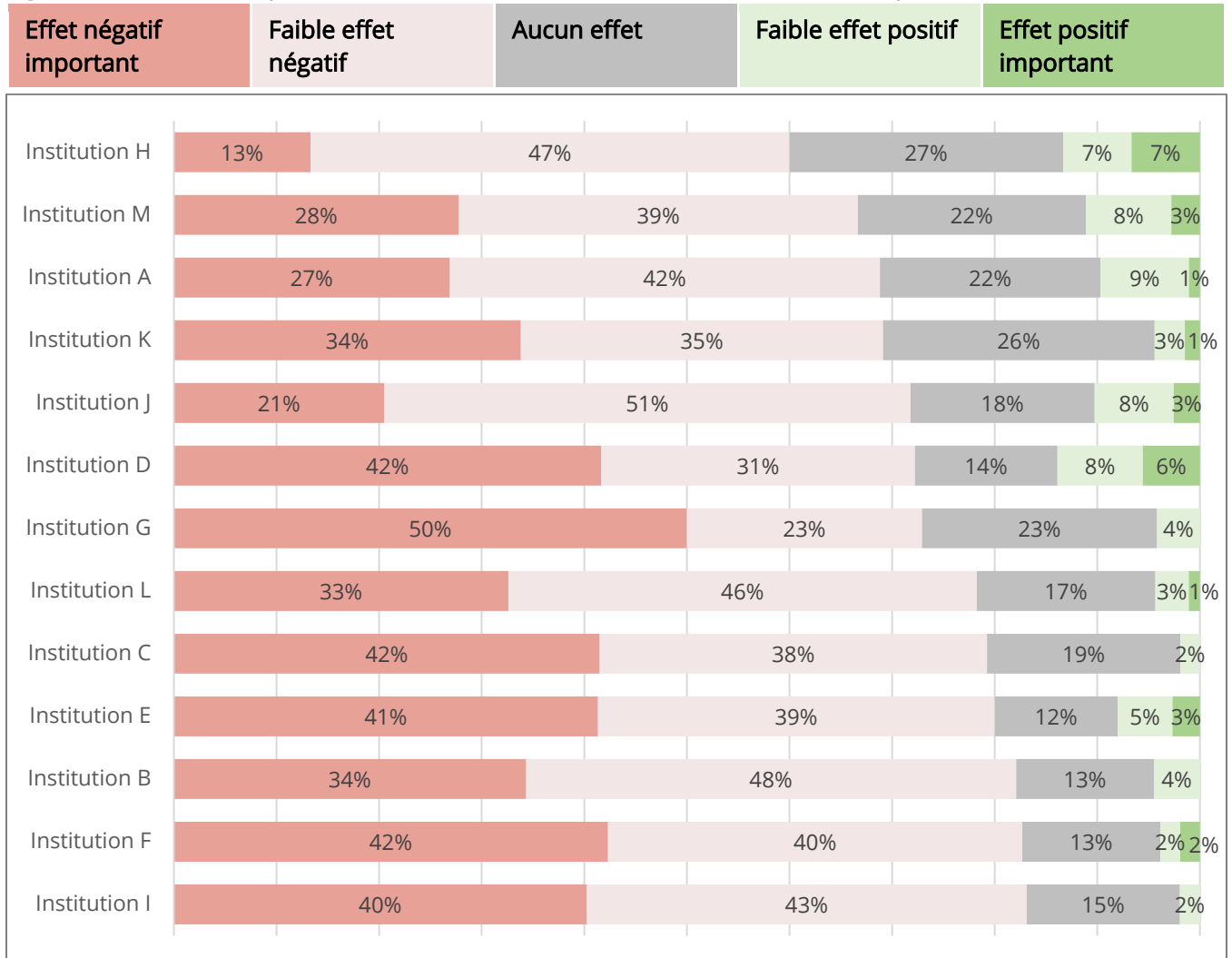


Figure 17B : Effet de l'expérience actuelle de la CPC sur la santé et le mieux-être, par discipline



* Anciennement appelée anatomo-pathologie

Figure 17C : Effet de l'expérience actuelle de la CPC sur la santé et le mieux-être, par institution



Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

Aspects de la CPC ayant une incidence sur la qualité de la formation médicale

Les résultats du sondage éclair de 2021 ont fait ressortir plusieurs difficultés liées à la CPC qui nuisent au bien-être des médecins en formation. Voici quelques-uns des défis qui ont contribué à cet impact négatif :

- difficulté à amener le corps professoral à réaliser les évaluations des APC (manque de temps et réticence à les faire);
- fardeau administratif pour les résident-es (documentation et suivi des évaluations des APC et de toutes leurs sous-composantes);
- recherche d'occasions de réaliser les APC (rareté des occasions de réaliser certaines APC, nombre des APC trop élevé, critères stricts);
- valeur perçue de la CPC ou des APC (« juste des cases à cocher », travail supplémentaire qui ne présente que peu d'avantages, voire pas du tout);
- lacunes en matière de rétroaction (absence de rétroaction immédiate ou utile).

Afin d'améliorer l'expérience de formation des résident-es, il leur a été demandé de fournir des commentaires sur les aspects de la CPC qui ont **actuellement** le plus d'incidence (positive ou négative) sur la qualité de leur formation.

Aspects de la CPC ayant le plus grand effet négatif sur la qualité de la formation

Le tableau ci-dessous montre les thèmes et sous-thèmes qui sont ressortis des réponses à la question concernant les aspects de la CPC ayant le plus grand effet négatif sur la formation des résident-es. La colonne de droite montre le pourcentage de personnes répondantes ayant laissé un commentaire correspondant à chacun des thèmes.

Tableau 3A : Aspects de la CPC ayant le plus grand effet négatif sur la qualité de la formation

Aspects de la CPC ayant le plus grand effet négatif sur la qualité de la formation	% de personnes répondantes (n = 845)
Valeur et validité remises en question	36,7 % (n = 310)
Charge de travail supplémentaire qui apporte peu d'avantages, voire pas du tout	15,3 %
Exercice qu'on fait pour la forme/question de chiffres	14,7 %
APC non représentatives du niveau de compétence	4,7 %
Limite de temps toujours présente	3,9 %
APC non représentatives de la pratique	3,7 %
Incohérences entre la pondération des APC et d'autres mesures du rendement	1,3 %
Globalité de l'évaluation altérée	0,8 %
Défis liés à l'évaluation des APC par le corps professoral	35,9 % (n = 303)
Enseignant-es n'effectuant pas les évaluations des APC	9,2 %
Besoin de faire des rappels constants aux enseignant-es	8,2 %

Aspects de la CPC ayant le plus grand effet négatif sur la qualité de la formation	% de personnes répondantes (n = 845)
Incapacité à réaliser les APC en temps opportun	8,3 %
Stress et pression d'avoir à toujours solliciter les enseignant-es pour réaliser les évaluations des APC	4,7 %
Enseignant-es laissant les observations des APC expirer	2,7 %
Réticence à participer ou refus de participer	2,5 %
Crainte d'« importuner », d'« énerver », de « déranger », d'« être un fardeau » pour les enseignant-es qui doivent observer, remplir et approuver les APC	2,4 %
Besoin de montrer aux enseignant-es comment réaliser les APC	2,0 %
Corps professoral trop occupé	1,1 %
Charge administrative	26,5 % (n = 224)
Paperasse/documents à remplir et tâches administratives à réaliser	16,3 %
Activité chronophage	5,4 %
Souci supplémentaire de plus dans un contexte déjà bien chargé	4,4 %
Manque d'occasions pour réaliser les APC	20,4 % (n = 172)
Situations rarement rencontrées	7,6 %
Quantité irréaliste	6,3 %
Critères trop stricts ou précis	5,2 %
Occasions limitées d'observation directe	4,3 %
Lacunes en matière de rétroaction	17,9 % (n = 151)
Manque de rétroaction constructive	15,5 %
Manque de rétroaction immédiate ou au moment opportun	2,4 %
Charge cognitive	10,4 % (n = 88)
Responsabilité de se rappeler/faire le suivi de toutes les APC et leurs sous-composantes	8,6 %
Besoin constant de jauger si une rencontre satisfait aux exigences des APC	1,8 %
Responsabilité plus lourde pour les résident-es	9,7 % (n=82)
Nécessité de solliciter une plage dans l'emploi du temps bien rempli des enseignant-es pour réaliser les APC	5,3 %
Suivi des APC réalisées et des critères de compétence associés	2,8 %
Responsabilité pour des APC non exécutées, même après avoir déployé des efforts le faire	1,7 %
Incohérences dans l'interprétation et la pondération des APC	7,9 % (n = 67)
Manque de consensus quant aux exigences requises pour réussir une APC	4,7 %
Mauvaise compréhension de ce qui distingue l'échelon 4 de l'échelon 5	2,4 %
Incohérences entre la rétroaction orale et la rétroaction écrite	0,8 %
Coûts liés aux occasions	6,4 % (n = 54)
Processus chronophage diminuant l'attention disponible pour d'autres occasions d'apprentissage	5,3 %
Processus chronophage diminuant l'attention disponible pour les patient-es	0,7 %
Défis technologiques	5,0 % (n = 42)
Plateforme peu conviviale et inefficace	3,1 %
Navigation difficile	1,4 %

Aspects de la CPC ayant le plus grand effet négatif sur la qualité de la formation	% de personnes répondantes (n = 845)
Difficultés d'accès	0,4 %
Inquiétudes quant à l'atteinte des exigences	6,9 % (n = 58)
Pression occasionnée par l'idée d'avoir à réaliser « assez » des APC	3,6 %
Peur de ne pas passer à la prochaine étape ou de ne pas recevoir son diplôme à temps	1,2 %
Fatigue liée à l'évaluation	2,2 % (n = 19)
Anxiété d'évaluation et de performance	1,7 % (n = 14)
Manque de transparence dans le processus de prise de décisions du comité de compétence	1,3 % (n = 11)
Besoin de réaliser le nombre requis des APC chaque semaine	0,8 % (n = 7)
Tensions dans les relations	0,7 % (n = 6)
Formulaires d'évaluation	0,1 % (n = 1)
Redondances	1,2 % (n = 10)

Tableau 3B : Aspects de la CPC ayant le plus grand effet négatif sur la qualité de la formation, par discipline

	Anesthésiologie	Cardiologie (adulte)	Pathologie diagnostique et moléculaire*	Radiologie diagnostique	Médecine d'urgence	Médecine interne générale	Chirurgie générale	Médecine interne	Neurologie	Neurochirurgie	Obstétrique et gynécologie	Pédiatrie	Médecine physique et réadaptation	Psychiatrie	Radio-oncologie	Autres disciplines (médecine)	Autres disciplines (chirurgie)	Discipline non divulguée	Total
N ^{bre} de personnes répondantes	72	10	49	27	40	272	45	109	24	12	43	82	16	122	17	100	43	9	845
Valeur et validité remises en question	40 %	50 %	35 %	52 %	30 %	30 %	38 %	39 %	45 %	33 %	37 %	44 %	19 %	28 %	53 %	33 %	42 %	33 %	37 %
Réalisation des APC par le corps professoral	28 %	40 %	49 %	22 %	25 %	37 %	31 %	35 %	41 %	25 %	49 %	44 %	44 %	33 %	59 %	33 %	35 %	33 %	36 %
Charge administrative	25 %	30 %	27 %	15 %	23 %	22 %	38 %	22 %	36 %	8 %	26 %	34 %	31 %	19 %	35 %	31 %	37 %	11 %	27 %
Manque d'occasions pour réaliser les APC	22 %	0 %	31 %	4 %	23 %	15 %	4 %	19 %	23 %	33 %	16 %	44 %	13 %	17 %	29 %	16 %	14 %	22 %	20 %
Lacunes en matière de rétroaction	17 %	40 %	2 %	15 %	15 %	37 %	11 %	12 %	18 %	8 %	33 %	35 %	19 %	9 %	18 %	19 %	26 %	11 %	18 %
Charge cognitive	13 %	10 %	8 %	15 %	8 %	22 %	7 %	11 %	9 %	8 %	14 %	13 %	19 %	9 %	6 %	8 %	7 %	0 %	10 %
Responsabilité plus lourde pour les résident·es	6 %	10 %	8 %	0 %	0 %	15 %	11 %	7 %	5 %	8 %	9 %	21 %	6 %	11 %	18 %	10 %	9 %	11 %	10 %
Incohérences dans l'interprétation et la pondération des APC	14 %	0 %	8 %	4 %	5 %	4 %	4 %	3 %	5 %	0 %	21 %	11 %	31 %	7 %	12 %	7 %	5 %	0 %	8 %
Inquiétudes quant à l'atteinte des exigences	4 %	0 %	27 %	7 %	3 %	15 %	9 %	4 %	5 %	17 %	7 %	4 %	25 %	7 %	6 %	1 %	7 %	0 %	7 %
Coûts liés aux occasions	10 %	10 %	22 %	11 %	10 %	0 %	2 %	2 %	5 %	0 %	9 %	2 %	13 %	7 %	6 %	6 %	2 %	0 %	6 %
Défis technologiques	3 %	0 %	10 %	11 %	5 %	11 %	2 %	6 %	0 %	0 %	5 %	10 %	0 %	2 %	6 %	5 %	5 %	0 %	5 %
Fatigue liée à l'évaluation	1 %	0 %	4 %	0 %	5 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	2 %	5 %	0 %	4 %	0 %	2 %	0 %	0 %	2 %

	Anesthésiologie	Cardiologie (adulte)	Pathologie diagnostique et moléculaire*	Radiologie diagnostique	Médecine d'urgence	Médecine interne générale	Chirurgie générale	Médecine interne	Neurologie	Neurochirurgie	Obstétrique et gynécologie	Pédiatrie	Médecine physique et réadaptation	Psychiatrie	Radio-oncologie	Autres disciplines (médecine)	Autres disciplines (chirurgie)	Discipline non divulguée	Total
Nbre de personnes répondantes	72	10	49	27	40	272	45	109	24	12	43	82	16	122	17	100	43	9	845
Anxiété d'évaluation et de performance	4 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	2 %	1 %	0 %	0 %	2 %	4 %	6 %	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %	2 %
Manque de transparence	0 %	0 %	0 %	0 %	3 %	11 %	0 %	0 %	5 %	0 %	0 %	2 %	0 %	2 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %
Redondances	0 %	0 %	2 %	4 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	3 %	2 %	0 %	1 %
Tensions dans les relations	1 %	0 %	2 %	0 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Formulaires d'évaluation	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Besoin de réaliser le nombre requis des APC chaque semaine	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	4 %	2 %	0 %	0 %

* Anciennement appelée anatomo-pathologie

Tableau 3C : Aspects de la CPC ayant le plus grand effet négatif sur la qualité de la formation, par institution

	Institution A	Institution B	Institution C	Institution D	Institution E	Institution F	Institution G	Institution H	Institution I	Institution J	Institution K	Institution L	Institution M	Institution non divulgué	Total
N ^{bre} de personnes répondantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	845
Valeur et validité remises en question	28 %	35 %	37 %	28 %	41 %	43 %	43 %	50 %	44 %	28 %	38 %	31 %	31 %	50 %	37 %
Réalisation des APC par le corps professoral	29 %	28 %	56 %	42 %	43 %	28 %	35 %	31 %	40 %	20 %	31 %	35 %	42 %	75 %	36 %
Charge administrative	22 %	28 %	28 %	31 %	26 %	42 %	24 %	31 %	19 %	25 %	35 %	29 %	22 %	25 %	27 %
Manque d'occasions pour réaliser les APC	28 %	20 %	19 %	22 %	26 %	15 %	14 %	13 %	21 %	23 %	24 %	13 %	14 %	50 %	20 %
Lacunes en matière de rétroaction	19 %	12 %	11 %	14 %	21 %	19 %	16 %	25 %	20 %	13 %	24 %	17 %	19 %	25 %	18 %
Charge cognitive	8 %	17 %	13 %	11 %	11 %	13 %	8 %	6 %	7 %	5 %	9 %	12 %	22 %	0 %	10 %
Responsabilité plus lourde pour les résident-es	10 %	7 %	17 %	11 %	9 %	11 %	8 %	6 %	8 %	18 %	9 %	8 %	11 %	0 %	10 %
Incohérences dans l'interprétation et la pondération des APC	16 %	17 %	7 %	0 %	8 %	2 %	14 %	0 %	5 %	3 %	6 %	7 %	6 %	0 %	8 %
Inquiétudes quant à l'atteinte des exigences	3 %	4 %	6 %	6 %	11 %	4 %	12 %	0 %	10 %	5 %	4 %	8 %	8 %	0 %	7 %
Coûts liés aux occasions	2 %	10 %	11 %	8 %	8 %	6 %	10 %	6 %	6 %	3 %	3 %	8 %	3 %	0 %	6 %
Défis technologiques	2 %	0 %	20 %	8 %	8 %	2 %	0 %	0 %	4 %	8 %	3 %	2 %	17 %	0 %	5 %
Fatigue liée à l'évaluation	3 %	0 %	2 %	3 %	0 %	0 %	6 %	6 %	3 %	0 %	4 %	1 %	6 %	0 %	2 %
Anxiété d'évaluation et de performance	1 %	3 %	0 %	0 %	0 %	2 %	4 %	0 %	1 %	0 %	1 %	6 %	0 %	0 %	2 %
Manque de transparence	0 %	3 %	2 %	6 %	0 %	2 %	4 %	6 %	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %
Redondances	2 %	1 %	0 %	3 %	0 %	2 %	2 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	3 %	0 %	1 %
Besoin de réaliser le nombre requis des APC chaque semaine	1 %	4 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	3 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Tensions dans les relations	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	1 %	3 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Formulaires d'évaluation	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

Aspects de la CPC ayant le plus grand effet positif sur la qualité de la formation

De nombreuses personnes répondantes ont indiqué qu'aucun aspect de la CPC n'avait un effet positif sur leur formation médicale (27 %) ou qu'elles n'étaient pas certaines si un aspect avait un effet positif (24 %). Le tableau ci-dessous montre les thèmes et sous-thèmes relevés par les personnes ayant nommé des aspects positifs, ainsi que le pourcentage de réponses associées à chaque thème.

Tableau 4A : Aspects de la CPC ayant le plus grand effet positif sur la qualité de la formation

Aspects de la CPC ayant le plus grand effet <u>positif</u> sur la qualité de la formation	% de personnes répondantes (n = 845)
Rétroaction	11,4 % (n = 96)
• Mécanisme/outil pour chercher et recevoir de la rétroaction	10,0 % (n = 37)
• Rétroaction pertinente (ciblée, constructive, concrète)	6,2 % (n = 19)
• Rétroaction opportune / « en direct »	3,5 % (n = 13)
• Rétroaction fréquente/systématique	3,5 % (n = 13)
• Rétroaction accrue	3 % (n = 11)
Clarté des attentes et objectifs pour la progression	10,0 % (n = 85)
• Schéma ou liste d'objectifs ou de compétences requises pour guider l'apprentissage	10,0 % (n = 37)
• Guide indiquant les résultats attendus à chaque étape de la formation médicale	11,1 % (n = 41)
Clarté entourant la progression	8,5 % (n = 72)
• Documentation/suivi des expériences et de la progression	10,6 % (n = 39)
• Connaissance de sa progression	4,9 % (n = 18)
• Occasions de réfléchir à sa progression	3 % (n = 11)
Cadre assurant une exposition	3,1 % (n = 26)
• Exposition assurée aux importants aspects de la formation	2,4 % (n = 9)
• Exposition à des situations, procédures ou cas précis, ou recherche active de situations, procédures ou cas précis	2,4 % (n = 9)
• Exposition à un large éventail de patient·es et de contextes	1,4 % (n = 5)
Souplesse dans l'apprentissage	2,4 % (n = 20)
• Possibilité de personnaliser les expériences d'apprentissage en fonction des besoins individuels	2,0 % (n = 7)
• Possibilité pour les résident·es d'avancer à leur propre rythme	1,0 % (n = 3)
• Réduction des stages hors du service d'attache	1,6 % (n = 6)
• Autoapprentissage	0,5 % (n = 2)
Avantages théoriques	2,4 % (n = 20)
• Avantages théoriques compris, mais pas encore rencontrés dans la pratique	5,1 % (n = 19)
Coaching/mentorat	2,1 % (n = 18)
• Coaching/mentorat (en général)	3,5 % (n = 13)



Aspects de la CPC ayant le plus grand effet <u>positif</u> sur la qualité de la formation	% de personnes répondantes (n = 845)
<ul style="list-style-type: none">Accès à un conseiller ou une conseillère pédagogique	1,4 % (n = 5)
Parcours d'apprentissage plus structuré/organisé	1,4 % (n = 12)
Ensemble standardisé d'expériences/exigences	1,2 % (n = 10)
Observation directe ou supervision accrue	1,2 % (n = 10)
Mobilisation accrue envers l'apprentissage des résident-es (programme, corps professoral, interactions multidisciplinaires)	1,2 % (n = 8)
Avantages des comités de compétence	1,1 % (n = 9)
Comité de compétence (en général)	1,4 % (n = 5)
Objectivité – recours à plusieurs sources de données pour la prise de décisions	0,8 % (n = 3)
Repérage des lacunes	0,9 % (n = 8)
Repérage du manque d'occasions d'apprentissage ou d'exposition à différentes situations	1,4 % (n = 5)
Repérage des lacunes dans les compétences/aspects à améliorer	0,5 % (n = 2)
Évaluations plus fréquentes à moindre incidence	0,6 % (n = 5)

Tableau 4B : Aspects de la CPC ayant le plus grand effet positif sur la qualité de la formation, par discipline

	Anesthésiologie	Cardiologie (adulte)	Pathologie diagnostique et moléculaire*	Radiologie diagnostique	Médecine d'urgence	Médecine interne générale	Chirurgie générale	Médecine interne	Neurologie	Neurochirurgie	Obstétrique et gynécologie	Pédiatrie	Médecine physique et réadaptation	Psychiatrie	Radio-oncologie	Autres disciplines (médecine)	Autres disciplines (chirurgie)	Discipline non divulguée	Total
N ^{bre} de personnes répondantes	72	10	49	27	40	27	45	109	24	12	43	82	16	122	17	98	43	9	845
Rétroaction	7 %	0 %	4 %	11 %	8 %	19 %	18 %	13 %	21 %	17 %	21 %	12 %	19 %	10 %	18 %	9 %	7 %	0 %	11 %
Clarté des attentes et objectifs pour la progression	18 %	0 %	14 %	4 %	5 %	4 %	13 %	8 %	8 %	0 %	12 %	13 %	6 %	9 %	18 %	7 %	12 %	11 %	10 %
Clarté entourant la progression	14 %	10 %	10 %	7 %	18 %	19 %	4 %	9 %	4 %	8 %	5 %	10 %	0 %	6 %	12 %	7 %	7 %	0 %	9 %
Cadre assurant une exposition	6 %	10 %	8 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5 %	0 %	0 %	2 %	1 %	0 %	5 %	6 %	4 %	0 %	0 %	3 %
Souplesse dans l'apprentissage	3 %	10 %	6 %	7 %	5 %	0 %	0 %	0 %	4 %	0 %	5 %	1 %	0 %	1 %	12 %	2 %	2 %	0 %	2 %
Avantages théoriques	4 %	0 %	2 %	0 %	0 %	4 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	5 %	0 %	5 %	0 %	2 %	0 %	0 %	2 %
Coaching/mentorat	3 %	0 %	0 %	0 %	5 %	4 %	2 %	1 %	0 %	8 %	0 %	2 %	0 %	2 %	6 %	3 %	2 %	0 %	2 %
Parcours d'apprentissage plus structuré/organisé	0 %	0 %	0 %	0 %	5 %	4 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	13 %	2 %	6 %	2 %	0 %	0 %	1 %
Ensemble standardisé d'expériences/exigences	4 %	0 %	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	2 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Observation directe ou supervision accrue	0 %	0 %	0 %	0 %	3 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	4 %	0 %	2 %	2 %	0 %	1 %
Mobilisation accrue envers l'apprentissage des résident-es	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %	2 %	6 %	0 %	12 %	0 %	0 %	11 %	1 %
Aucun	18 %	50 %	31 %	48 %	10 %	26 %	29 %	29 %	50 %	33 %	23 %	26 %	19 %	25 %	24 %	39 %	30 %	11 %	28 %
S. O.	1 %	10 %	6 %	4 %	3 %	7 %	0 %	3 %	0 %	0 %	5 %	4 %	0 %	5 %	0 %	4 %	2 %	0 %	3 %
Je ne sais pas	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	4 %	2 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	2 %	0 %	1 %
Absence de réponse	22 %	10 %	14 %	11 %	43 %	11 %	31 %	26 %	13 %	33 %	19 %	26 %	38 %	25 %	6 %	0 %	0 %	67 %	25 %

* Anciennement appelée anatomo-pathologie

Tableau 4C : Aspects de la CPC ayant le plus grand effet positif sur la qualité de la formation, par institution

	Institution A	Institution B	Institution C	Institution D	Institution E	Institution F	Institution G	Institution H	Institution I	Institution J	Institution K	Institution L	Institution M	Institution non divulguée	Total
N ^{bre} de personnes répondantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	845
Rétroaction	16 %	10 %	9 %	11 %	17 %	13 %	4 %	31 %	8 %	15 %	9 %	13 %	6 %	0 %	11 %
Clarté des attentes et objectifs pour la progression	13 %	13 %	13 %	8 %	9 %	11 %	10 %	13 %	5 %	18 %	12 %	9 %	6 %	0 %	10 %
Clarté entourant la progression	9 %	9 %	4 %	8 %	9 %	0 %	6 %	19 %	6 %	13 %	12 %	11 %	19 %	0 %	9 %
Cadre assurant une exposition	3 %	0 %	2 %	3 %	3 %	6 %	0 %	0 %	3 %	8 %	4 %	5 %	3 %	0 %	3 %
Souplesse dans l'apprentissage	3 %	0 %	0 %	0 %	1 %	6 %	0 %	0 %	3 %	0 %	3 %	4 %	3 %	25 %	2 %
Avantages théoriques	1 %	3 %	6 %	3 %	3 %	4 %	0 %	6 %	3 %	0 %	1 %	2 %	3 %	0 %	2 %
Coaching/mentorat	3 %	4 %	0 %	0 %	1 %	4 %	4 %	0 %	2 %	3 %	0 %	1 %	6 %	0 %	2 %
Parcours d'apprentissage plus structuré/organisé	3 %	3 %	2 %	6 %	0 %	0 %	2 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Ensemble standardisé d'expériences/exigences	0 %	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %	0 %	6 %	0 %	10 %	0 %	2 %	0 %	0 %	1 %
Observation directe ou supervision accrue	1 %	1 %	2 %	0 %	0 %	4 %	2 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	3 %	0 %	1 %
Mobilisation accrue envers l'apprentissage des résident-es	1 %	0 %	0 %	3 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	3 %	3 %	2 %	0 %	0 %	1 %
Aucun	17 %	35 %	31 %	28 %	33 %	30 %	39 %	19 %	31 %	20 %	26 %	23 %	25 %	25 %	28 %
S. O.	2 %	3 %	2 %	3 %	0 %	0 %	6 %	0 %	4 %	0 %	4 %	5 %	11 %	0 %	3 %
Je ne sais pas	0 %	1 %	2 %	0 %	1 %	2 %	2 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Absence de réponse	28 %	14 %	24 %	25 %	20 %	25 %	24 %	13 %	31 %	23 %	22 %	27 %	17 %	50 %	24 %

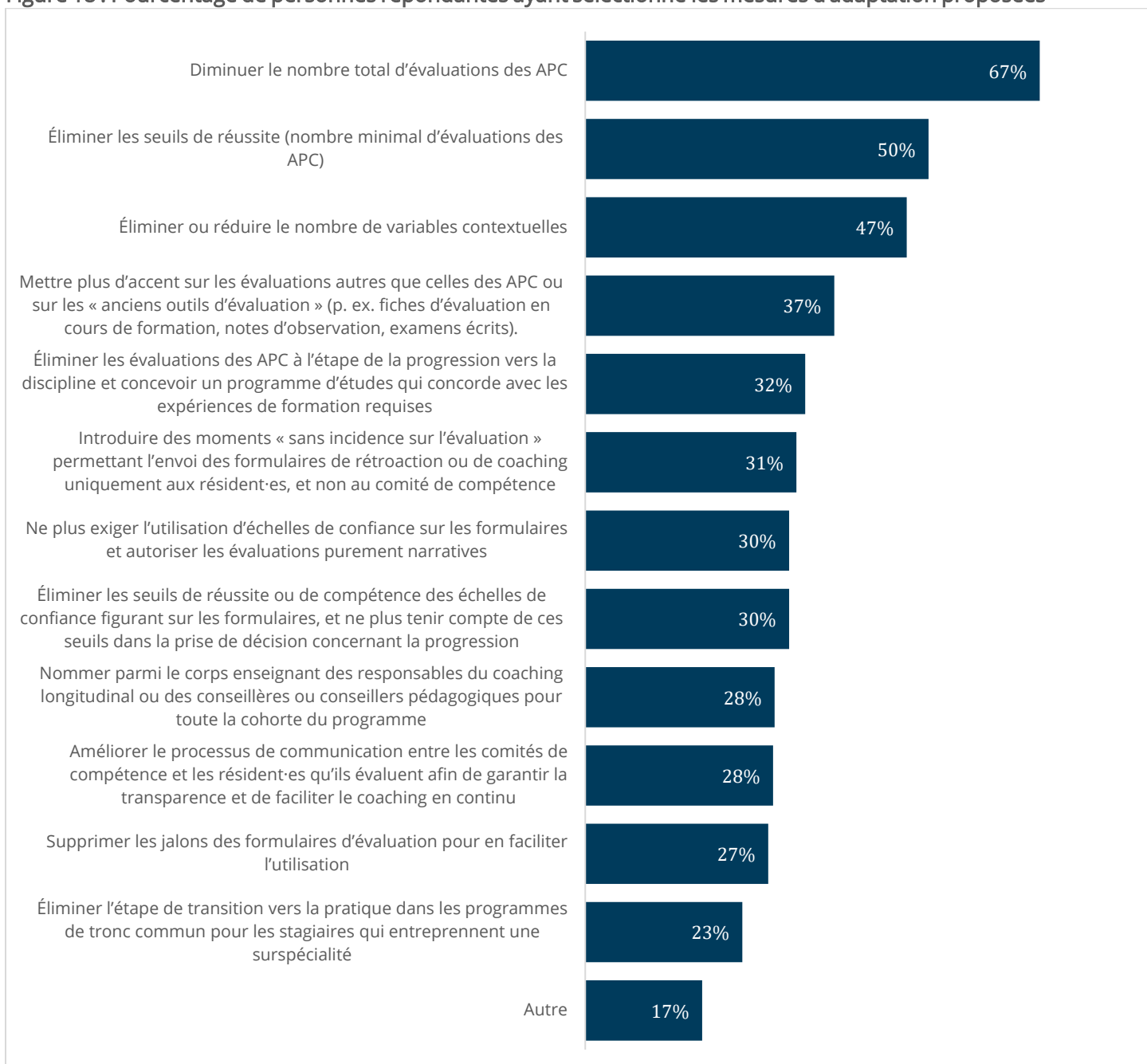
Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

Mesures d'adaptation

Mesures d'adaptation proposées

Une liste de mesures d'adaptation proposées pour la CPC a été ajoutée au sondage de 2023. Cette liste a été créée à partir des contributions d'un groupe diversifié de partenaires du domaine de la formation médicale lors d'un sommet national sur la CPC. Dans le cadre du sondage, les personnes répondantes devaient indiquer laquelle des mesures d'adaptation proposées aurait le plus grand effet positif sur la qualité de leur formation médicale.

Figure 18 : Pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné les mesures d'adaptation proposées



Parmi les personnes répondantes ayant choisi l'option « Autre » au bas de la liste de mesures d'adaptation, plusieurs d'entre elles ont proposé d'éliminer les APC ou même d'abandonner complètement la CPC. Voici d'autres mesures d'adaptation qu'elles ont proposées :

- accroître la responsabilité et les obligations du corps professoral quant à l'amorce et la réalisation des évaluations des APC;
- simplifier les formulaires d'évaluation des APC;
- standardiser/clarifier ce qu'il faut atteindre pour réaliser une APC (échelon 4 ou 5);
- éliminer les délais butoirs pour la réalisation des évaluations des APC;
- réexaminer et réviser les APC afin de garantir leur pertinence et leur adéquation à la pratique;
- retirer ou réduire les exigences axées sur la durée pour que la formation soit réellement axée sur les compétences;
- réduire ou éliminer les redondances dans les évaluations (p. ex. APC + évaluations traditionnelles);
- réexaminer la pertinence des APC pour certaines disciplines;
- mettre davantage l'accent sur la rétroaction et la réflexion;
- développer une plateforme électronique efficace.

Les tableaux ci-dessous montrent les pourcentages de personnes répondantes ayant sélectionné les mesures d'adaptation proposées, par discipline et par institution.

Parmi les mesures d'adaptation proposées, lesquelles auraient le plus grand effet positif sur la qualité de votre formation médicale?
 Choisissez toutes celles qui s'appliquent.

Tableau 5A : Pourcentage de personnes répondantes ayant choisi chacune des mesures d'adaptation proposées, par discipline

	Anesthésiologie	Cardiologie (adulte)	Pathologie diagnostique et moléculaire*	Radiologie diagnostique	Médecine d'urgence	Médecin interne générale	Chirurgie générale	Médecine interne	Neurologie (adulte)	Neurochirurgie	Obstétrique et gynécologie	Pédiatrie	Médecine physique et réadaptation	Psychiatrie	Radio-oncologie
N ^{bre} de personnes répondantes	72	10	49	27	40	11	35	109	24	12	43	82	16	122	17
Diminuer le nombre total d'évaluations des APC.	71 %	80 %	78 %	70 %	68 %	70 %	94 %	69 %	38 %	50 %	37 %	79 %	63 %	65 %	76 %
Éliminer les seuils de réussite (nombre minimal d'évaluations des APC).	44 %	80 %	49 %	52 %	38 %	52 %	86 %	52 %	42 %	25 %	53 %	62 %	38 %	44 %	59 %
Éliminer ou réduire le nombre de variables contextuelles.	35 %	80 %	53 %	44 %	45 %	30 %	49 %	42 %	42 %	25 %	33 %	74 %	50 %	55 %	41 %
Mettre plus d'accent sur les évaluations autres que celles des APC ou sur les « anciens outils d'évaluation » (p. ex. fiches d'évaluation en cours de formation, notes d'observation, examens écrits).	19 %	50 %	53 %	44 %	28 %	33 %	26 %	45 %	33 %	17 %	37 %	52 %	31 %	32 %	29 %
Éliminer les évaluations des APC à l'étape de la progression vers la discipline et concevoir un programme d'études qui concorde avec les expériences de formation requises.	26 %	80 %	45 %	37 %	20 %	37 %	34 %	30 %	25 %	25 %	30 %	29 %	31 %	31 %	29 %
Introduire des moments « sans incidence sur l'évaluation » permettant l'envoi des formulaires de rétroaction ou de coaching uniquement aux résident-es, et non au comité de compétence.	47 %	20 %	20 %	22 %	35 %	33 %	17 %	38 %	17 %	0 %	30 %	34 %	50 %	32 %	18 %
Éliminer les seuils de réussite ou de compétence des échelles de confiance figurant sur les formulaires, et ne plus tenir compte de ces seuils dans la prise de décision concernant la progression.	25 %	30 %	39 %	41 %	25 %	30 %	46 %	26 %	25 %	8 %	26 %	32 %	31 %	29 %	29 %
Ne plus exiger l'utilisation d'échelles de confiance sur les formulaires et autoriser les évaluations purement narratives.	25 %	20 %	16 %	30 %	33 %	15 %	37 %	26 %	33 %	8 %	42 %	39 %	38 %	30 %	41 %



	Anesthésiologie	Cardiologie (adulte)	Pathologie diagnostique et moléculaire*	Radiologie diagnostique	Médecine d'urgence	Médecin interne générale	Chirurgie générale	Médecine interne	Neurologie (adulte)	Neurochirurgie	Obstétrique et gynécologie	Pédiatrie	Médecine physique et réadaptation	Psychiatrie	Radio-oncologie
Nbre de personnes répondantes	72	10	49	27	40	11	35	109	24	12	43	82	16	122	17
Nommer parmi le corps enseignant des responsables du coaching longitudinal ou des conseillères ou conseillers pédagogiques pour l'ensemble des résident-es.	26 %	20 %	27 %	33 %	38 %	26 %	40 %	23 %	29 %	0 %	47 %	23 %	19 %	22 %	18 %
Améliorer le processus de communication entre les comités de compétence et les résident-es qu'ils évaluent afin de garantir la transparence et de faciliter le coaching en continu.	33 %	30 %	31 %	19 %	38 %	33 %	31 %	22 %	25 %	8 %	42 %	34 %	13 %	25 %	29 %
Supprimer les jalons des formulaires d'évaluation pour en faciliter l'utilisation.	26 %	40 %	39 %	26 %	38 %	7 %	34 %	21 %	21 %	0 %	33 %	27 %	31 %	25 %	53 %
Éliminer l'étape de transition vers la pratique dans les programmes de tronc commun pour les stagiaires qui entreprennent une surspécialité.	8 %	70 %	35 %	26 %	20 %	26 %	14 %	19 %	17 %	25 %	16 %	26 %	19 %	27 %	29 %
Autre (veuillez préciser ci-dessous)	15 %	10 %	12 %	22 %	5 %	19 %	29 %	18 %	25 %	17 %	12 %	18 %	19 %	19 %	24 %

* Anciennement appelée anatomo-pathologie

Parmi les mesures d'adaptation proposées, lesquelles auraient le plus grand effet positif sur la qualité de votre formation médicale? Choisissez toutes celles qui s'appliquent.

Tableau 5B : Pourcentage de personnes répondantes ayant sélectionné chacune des mesures d'adaptation proposées, par institution

	Institution A	Institution B	Institution C	Institution D	Institution E	Institution F	Institution G	Institution H	Institution I	Institution J	Institution K	Institution L	Institution M
N ^{bre} de personnes répondantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diminuer le nombre total d'évaluations des APC.	63 %	67 %	67 %	69 %	58 %	68 %	69 %	63 %	71 %	65 %	66 %	64 %	78 %
Éliminer les seuils de réussite (nombre minimal d'évaluations des APC).	39 %	49 %	48 %	44 %	42 %	62 %	57 %	44 %	55 %	48 %	57 %	51 %	50 %
Éliminer ou réduire le nombre de variables contextuelles.	40 %	45 %	52 %	42 %	57 %	45 %	49 %	31 %	56 %	43 %	46 %	37 %	53 %
Mettre plus d'accent sur les évaluations autres que celles des APC ou sur les « anciens outils d'évaluation » (p. ex. fiches d'évaluation en cours de formation, notes d'observation, examens écrits).	25 %	32 %	37 %	56 %	32 %	30 %	33 %	25 %	40 %	33 %	43 %	40 %	50 %
Éliminer les évaluations des APC à l'étape de la progression vers la discipline et concevoir un programme d'études qui concorde avec les expériences de formation requises.	31 %	25 %	26 %	36 %	21 %	42 %	27 %	25 %	42 %	38 %	29 %	35 %	25 %
Introduire des moments « sans incidence sur l'évaluation » permettant l'envoi des formulaires de rétroaction ou de coaching uniquement aux résident-es, et non au comité de compétence.	37 %	23 %	35 %	31 %	30 %	23 %	33 %	38 %	25 %	55 %	26 %	36 %	25 %
Éliminer les seuils de réussite ou de compétence des échelles de confiance figurant sur les formulaires, et ne plus tenir compte de ces seuils dans la prise de décision concernant la progression.	27 %	36 %	31 %	22 %	25 %	36 %	33 %	19 %	35 %	15 %	32 %	26 %	25 %
Ne plus exiger l'utilisation d'échelles de confiance sur les formulaires et autoriser les évaluations purement narratives.	37 %	23 %	35 %	31 %	30 %	23 %	33 %	38 %	25 %	55 %	26 %	36 %	25 %
Nommer parmi le corps enseignant des responsables du coaching longitudinal ou des conseillères ou conseillers pédagogiques pour l'ensemble des résident-es.	27 %	36 %	31 %	22 %	25 %	36 %	33 %	19 %	35 %	15 %	32 %	26 %	25 %
Améliorer le processus de communication entre les comités de compétence et les résident-es qu'ils évaluent afin de garantir la transparence et de faciliter le coaching en continu.	25 %	26 %	39 %	14 %	42 %	26 %	35 %	13 %	37 %	28 %	22 %	25 %	22 %
Supprimer les jalons des formulaires d'évaluation pour en faciliter l'utilisation.	34 %	20 %	20 %	11 %	22 %	25 %	18 %	31 %	27 %	40 %	28 %	42 %	33 %

Éliminer l'étape de transition vers la pratique dans les programmes de tronc commun pour les stagiaires qui entreprennent une surspécialité.	31 %	29 %	26 %	36 %	24 %	15 %	22 %	31 %	27 %	43 %	24 %	28 %	31 %
Autres	35 %	32 %	15 %	25 %	22 %	32 %	27 %	25 %	23 %	23 %	26 %	25 %	39 %

Le nombre de personnes répondantes n'est pas divulgué afin de préserver l'anonymat des institutions.

Mesures d'adaptation / changements constatés

Parmi les 845 personnes répondantes, 117 ont dit avoir constaté des changements positifs au sein de leur programme au cours de la dernière année. Le tableau ci-dessous montre les types d'améliorations constatées par ces 117 personnes, classés par ordre de prévalence. Les personnes répondantes étaient également invitées à donner des commentaires sur des changements négatifs. Or, ces commentaires réitéraient pour la plupart les difficultés relevées précédemment ou communiquaient une insatisfaction générale vis-à-vis de la CPC, sans mentionner de changements particuliers étant survenus au cours de la dernière année.

Tableau 6 : Changements positifs au sein du programme au cours de la dernière année (n = 117)

Thème	Sous-thème
Réduction/modification du nombre des APC et des exigences	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de nombre total des APC (à la suite de la révision des normes par le comité de spécialité) • Réduction du nombre d'observations/évaluations requises • Retrait de l'obligation de remplir un certain nombre des APC par semaine ou mois • Acceptation des niveaux 4 et 5 pour la réalisation des APC
Mobilisation du corps professoral	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de réalisation accru des évaluations des APC par le corps professoral • Meilleure connaissance et compréhension des APC • Responsabilisation accrue du corps professoral
Soutien du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Programme à l'écoute des commentaires des résident-es et du corps professoral • Changements effectués en fonction des commentaires des résident-es • Personne à la direction du programme faisant preuve d'engagement et de soutien
Amélioration des outils de suivi des APC ou du tableau de bord électronique	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du suivi des APC • Amélioration des outils technologiques
Retrait ou réduction des évaluations et des documents à remplir redondants	<ul style="list-style-type: none"> • Processus simplifiés • Réduction du nombre de documents, formulaires et paperasse à remplir
Améliorations au sein du comité de compétence	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure communication des réunions du comité de compétences et des résultats des résident-es • Utilisation de données plus robustes par le comité de compétence
Coaching/mentorat	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un programme de conseils pédagogique / mentorat • Rencontres avec des mentor-es

Formation mieux structurée	<ul style="list-style-type: none">• Réduction du nombre de stages hors du service d'attache ou des exigences; plus de temps consacré à la discipline• Tenue de l'examen plus tôt• Étape de transition vers la pratique
Plus d'occasions pour réaliser les APC	<ul style="list-style-type: none">• Recours à la simulation pour les APC• Changements apportés au programme pour faciliter la réalisation des APC

Analyse

La section suivante vise à fournir des éclairages pour guider l'adaptation et la révision de la CPC, plutôt qu'à justifier les résultats. Ces informations peuvent être utilisées pour évaluer la progression de la CPC et repérer les domaines nécessitant des mesures d'adaptation et des améliorations.

Constance au fil des ans

Dans l'ensemble, il existe un haut niveau de constance entre l'étude de 2021 et celle de 2023 en ce qui a trait au degré de mise en œuvre des composantes clés. Par exemple, les comités de compétence ont été la composante avec le degré de mise en œuvre le plus élevé pour les deux années, tandis que les plans d'apprentissage personnalisés demeurent la composante avec le degré de mise en œuvre le plus faible. D'un côté, il se pourrait que les comités de compétence soient plus simples à mettre en œuvre grâce aux lignes directrices et processus clairs. De l'autre côté, les plans d'apprentissage personnalisés sont plus complexes à mettre en œuvre en raison des ressources qu'ils exigent et du manque de souplesse dans le système, surtout par rapport aux contraintes de temps et aux exigences de service. De plus, il se peut que les programmes et les institutions voient encore ces plans comme étant nécessaires uniquement pour les résident·es en difficulté, plutôt que d'en reconnaître la valeur pour l'ensemble de la communauté résidente, conformément à l'intention initiale de la CPC. Dans ce cas, il pourrait être opportun de mieux faire connaître la visée des plans d'apprentissage dans le contexte de la CPC.

Nature de la discipline et facteurs systémiques ou institutionnels

Certaines composantes de la CPC, telles que l'observation directe, sont plus susceptibles d'être influencées par des *caractéristiques propres à la discipline*, notamment l'organisation de la supervision clinique. Par exemple, dans certaines disciplines, comme la médecine d'urgence, les stagiaires travaillent généralement aux côtés des médecins qui les supervisent, tandis que dans d'autres disciplines, les possibilités d'observation directe sont limitées. De plus, certaines disciplines n'ont pas été conçues de manière à inclure du coaching en direct fréquent. Pour atteindre cet objectif, elles devront donc adapter la structure traditionnelle de leurs programmes. D'autres composantes de la CPC, telles que le coaching en continu, peuvent être davantage influencées par des facteurs *institutionnels*, par exemple un bureau des études médicales postdoctorales exigeant que tous les programmes disposent de conseillères et conseillers pédagogiques. L'analyse des données réparties par institution et par discipline fournies dans ce rapport permet de savoir si les difficultés de mise en œuvre sont davantage influencées par des facteurs liés à l'institution ou à la discipline. Il devient alors possible d'examiner la CPC dans différents contextes et d'explorer comment elle pourrait être adaptée en fonction des spécificités de chaque institution et discipline.

Autres facteurs influençant la variété des expériences vécues

Les expériences vécues vis-à-vis de certaines composantes clés peuvent également varier selon l'étape de formation ou le moment depuis lequel une discipline a officiellement fait le passage à la CPC. Par exemple, le niveau d'observation directe peut varier au fil de la progression vers une

pratique autonome. De plus, la fréquence à laquelle l'évaluation des APC en milieu de travail a lieu, par exemple, peut être influencée par le degré de mise en œuvre de la CPC au sein d'une discipline (c.-à-d. le temps écoulé depuis son lancement officiel dans la discipline). L'analyse et l'examen approfondis des données permettront de nuancer la compréhension de l'ensemble des variables contribuant à l'hétérogénéité des expériences vécues par rapport à la CPC.

Suivi des résultats

Tout comme pour la mise en œuvre des composantes clés, la perception dans la communauté résidente de l'obtention des résultats souhaités « en cours de formation » varie grandement. Encore une fois, certaines variations pourraient être principalement influencées par la nature de la discipline, alors que d'autres pourraient davantage dépendre de facteurs institutionnels. Par conséquent, l'analyse des données par discipline et par institution pourrait aider les comités de spécialité, les institutions et les programmes à cerner les obstacles potentiels à l'atteinte des résultats souhaités et à déterminer les principaux facteurs de réussite.

Il est également important de souligner qu'en l'absence de données de référence datant d'avant l'adoption de la CPC, il demeure difficile de savoir si les résultats souhaités observés sont attribuables à la CPC ou s'ils étaient déjà présents avant son lancement. Il sera donc primordial de vérifier ces résultats au fil du temps afin d'évaluer la réalisation de progrès mesurables.

Des mesures d'adaptation pour surmonter les défis et remédier aux effets négatifs

La constance observée entre les défis relevés dans l'étude de 2021 et les effets négatifs signalés par les personnes répondantes dans l'étude de 2023 confirme encore davantage que ces problèmes sont généralisés et ne se limitent pas à une période ou à un groupe précis de personnes répondantes.

Il y a de multiples facteurs pouvant influencer l'expérience de la CPC dans la communauté résidente, dont certains pouvant exacerber les difficultés éprouvées, par exemple le fait de suivre sa formation dans un milieu d'apprentissage où les ressources ont été affectées par la pandémie de COVID-19. Il demeure toutefois important de reconnaître que même si ces autres facteurs accentuent les difficultés, cela n'invalide en rien les préoccupations des résident-es en lien avec la CPC.

S'il est préoccupant de savoir que la communauté résidente est aux prises avec de nombreuses difficultés liées à la CPC, il convient de souligner que le Plan d'adaptation de la CPC vise à résoudre bon nombre des problèmes cernés. Les mesures d'adaptation sont donc bien fondées et devront faire l'objet d'une nouvelle évaluation pour voir si elles mènent à des améliorations.

Effet sur le mieux-être durant la résidence

Le mieux-être durant la résidence est un concept difficile à mesurer, influencé par de nombreux facteurs. Il est toutefois évident que certains aspects de la CPC ont un effet négatif sur leur mieux-être, tandis que les effets positifs restent rares jusqu'à présent. La constance des réponses, d'une étude à l'autre, à la question sur le mieux-être durant la résidence indique que ce sondage est un outil fiable pour mesurer les effets de la CPC. Il est donc important de continuer à surveiller ces

effets au fil de l'introduction des mesures d'adaptation, pour veiller à ce qu'elles améliorent vraiment l'expérience des résident·es plutôt que de causer de nouveaux torts.

Limites de l'étude

MRC et le Collège royal ont cherché à recueillir le plus grand nombre de points de vue possible dans l'intérêt de la profondeur et du caractère nuancé de l'étude, mais le taux de réponse a été de 13 %, et l'étude n'incluait pas la communauté résidente du Québec. Néanmoins, les informations précieuses fournies par les personnes répondantes sont une indication fiable des effets de la CPC et une source essentielle de données pour guider les changements nécessaires.

À venir

Les informations et perspectives riches tirées de ces études sur l'expérience des résident·es, ainsi que les résultats d'autres initiatives d'évaluation de programme, peuvent être utilisées par le Collège royal, les comités de spécialité, les institutions et les programmes pour progresser vers l'objectif commun d'améliorer la formation médicale postdoctorale.

L'un des aspects principaux du Plan d'adaptation de la CPC est le renouvellement de l'évaluation des programmes. Le Collège royal met actuellement en œuvre un nouveau cadre d'évaluation des programmes adaptés à la CPC, axé sur les expériences, les résultats et la valeur de la CPC. De plus, dans les prochaines années, des renseignements ciblés sur l'évaluation des programmes, dont des données tirées des études sur l'expérience de la communauté résidente, seront envoyés aux comités de spécialité pour les aider à revoir leurs normes (y compris les APC) afin d'alléger le fardeau de l'évaluation. Il peut s'agir notamment de réduire le nombre des APC à une étape donnée ainsi que le nombre d'observations requises par APC, de simplifier les outils d'évaluation ou de réduire les variables contextuelles pour chaque APC.

Une analyse plus approfondie de cette information, combinée à d'autres données probantes, sera réalisée afin de mieux comprendre les facteurs qui contribuent à la variation des expériences vécues par rapport à la CPC, et ainsi repérer les cas où un soutien ou des mesures d'adaptation supplémentaires s'imposent.

Dans un esprit d'amélioration continue, différents moyens seront explorés pour accroître la portée des communications, en vue de maximiser la participation des résident·es aux futurs travaux d'évaluation des programmes de la CPC et permettre au plus grand nombre possible de s'exprimer sur ses expériences et d'apporter son point de vue.

Pour la suite des choses, les sondages éclair auprès de la communauté résidente et d'autres mécanismes continueront à être utilisés pour surveiller la mise en œuvre et l'évolution de la CPC et veiller à ce qu'elle devienne le système qui avait été imaginé au départ, en faisant du mieux-être durant la résidence l'un de ses principaux facteurs de réussite.

Annexe A : Questions du sondage

Sondage éclair auprès de la communauté résidente de 2023 dans le cadre de la CPC

L'information recueillie lors des évaluations précédentes indique que la CPC entraîne des conséquences imprévues. Le présent sondage contribuera à éclairer les prochaines versions de la CPC; nous vous encourageons donc fortement à y répondre.

Les personnes participantes recevront un rapport sur les résultats du sondage après l'analyse et la synthèse de toutes les données.

Partie 1 – Données démographiques

Veillez sélectionner votre spécialité ou surspécialité actuelle :

- Menu déroulant des spécialités et surspécialités du Collège royal

Veillez sélectionner votre établissement d'études :

- 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

En quelle année de résidence êtes-vous actuellement?

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

Autre (veuillez préciser) :

Partie 2 – Fidélité à la CPC

La fidélité à la CPC est la mesure dans laquelle les composantes clés de la CPC sont en place dans un programme. Voici ces composantes :

- Observation directe
- Évaluation des activités professionnelles fiables (APC) en milieu de travail
- Coaching en direct
- Coaching en continu
- Comité de compétence
- Plan d'apprentissage personnalisé

À l'aide des échelles fournies, veuillez indiquer la mesure dans laquelle votre programme met en œuvre chacune des activités suivantes.

Observation directe – Les médecins qui supervisent les résident-es les observent pendant la prestation de soins ou l'exécution d'activités cliniques importantes, réalistes et authentiques (Kogan, Hatala, Hauer et Holmboe, 2017).

1	2	3	4	5
Mon rendement n'a pas encore fait l'objet d'une observation directe.	Mon rendement fait rarement l'objet d'une observation directe.	Mon rendement fait parfois l'objet d'une observation directe.	Mon rendement fait souvent l'objet d'une observation directe.	Mon rendement fait systematiquement l'objet d'une observation directe.

Évaluation des APC en milieu de travail – L'évaluation en milieu de travail comprend la documentation de la rétroaction des médecins responsables de la supervision 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 résident-es, 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
Mes APC n’ont pas encore fait l’objet d’une évaluation en milieu de travail.	Mes APC font rarement l’objet d’une évaluation en milieu de travail.	Mes APC font parfois l’objet d’une évaluation en milieu de travail.	Mes APC font souvent l’objet d’une évaluation en milieu de travail.	Mes APC font systématiquement l’objet d’une évaluation en milieu de travail dans le cadre des tâches quotidiennes de supervision.

Coaching en direct

Dans la CPC, l’ensemble des médecins responsables de la supervision offrent du coaching en milieu clinique. Ils et elles doivent fournir une rétroaction précise et concrète aux résident-es en fonction des observations réalisées dans le but de les aider à progresser et à améliorer leur rendement. Ce « coaching en direct » est 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
On ne m’a pas encore offert de coaching en direct.	On m’offre rarement du coaching en direct.	On m’offre parfois du coaching en direct.	On m’offre souvent du coaching en direct.	On m’offre systématiquement du coaching en direct.

Coaching en continu

Dans les programmes adaptés à la CPC, on a désigné des membres du corps professoral pour offrir du « coaching en continu ». Ce processus longitudinal implique des rencontres régulières entre les résident-es et les membres du corps professoral responsables d’examiner les données du portfolio d’apprentissage et d’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
Il n'existe pas encore de processus de coaching en continu.	Un processus de coaching en continu a été conçu , mais n'a pas encore mis en œuvre .	Un processus de coaching en continu a été mis en œuvre, mais on y a recours seulement pour remédier à un problème particulier.	Un processus de coaching en continu a été mis en œuvre et on y a parfois recours.	Un processus de coaching en continu a été mis en œuvre et on y a systématiquement recours.

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 résident-es dans l'acquisition de la compétence. Les processus du comité doivent être transparents, et ses décisions doivent être transmises de façon claire et en temps opportun aux stagiaires faisant l'objet de l'évaluation (Collège royal, 2019a).

Comité de compétence

1	2	3	4	5
Les décisions du comité de compétence au sujet de l'évolution de ma formation ne m'ont pas encore été communiquées de façon claire et en temps opportun.	Les décisions du comité de compétence au sujet de l'évolution de ma formation me sont rarement communiquées de façon claire et en temps opportun.	Les décisions du comité de compétence au sujet de l'évolution de ma formation me sont parfois communiquées de façon claire et en temps opportun.	Les décisions du comité de compétence au sujet de l'évolution de ma formation me sont souvent communiquées de façon claire et en temps opportun.	Les décisions du comité de compétence au sujet de l'évolution de ma formation me sont systématiquement communiquées de façon claire et en temps opportun.

Plans d'apprentissage personnalisé par étape – L'approche par compétences en formation médicale reconnaît que chaque résident-e peut tirer profit d'un plan d'apprentissage personnalisé et documenté, et d'un soutien à chaque étape. Il peut s'agir de mentorat, de lectures ou de stages modifiés pour maximiser le développement et l'apprentissage (Collège royal, 2019a).

Plans personnalisés à chaque médecin en formation pour un apprentissage par étape

1	2	3	4	5
On n'a pas encore eu recours à un plan d'apprentissage personnalisé pour orienter mes expériences d'apprentissage.	On a rarement recours à un plan d'apprentissage personnalisé pour orienter mes expériences d'apprentissage.	On a parfois recours à un plan d'apprentissage personnalisé pour orienter mes expériences d'apprentissage.	On a souvent recours à un plan d'apprentissage personnalisé pour orienter mes expériences d'apprentissage.	On a systématiquement recours à un plan d'apprentissage personnalisé pour orienter mes expériences d'apprentissage.

Partie 3 – Résultats

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Je reçois souvent une rétroaction de grande qualité qui guide mon apprentissage et mon développement.					
Je comprends bien ce que je dois faire pour passer d'une étape à l'autre.					
Je peux facilement reconnaître les lacunes dans mes compétences grâce au suivi des progrès dans mon tableau de bord électronique ou aux communications du comité de compétence.					
Je peux voir comment les évaluations servent à orienter le développement de mes					

compétences au fil du temps.					
Je peux personnaliser mon apprentissage en fonction de mes objectifs.					
Je considère avoir les outils pour m'adapter aux transitions durant la formation.					

Partie 4 – Mieux-être durant la résidence

Mieux-être durant la résidence – La résidence peut être une période particulièrement difficile dans la carrière d'un-e 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).

1	2	3	4	5
Mon expérience actuelle de la CPC a un effet négatif important sur ma santé et mon mieux-être.	Mon expérience actuelle de la CPC a un faible effet négatif sur ma santé et mon mieux-être.	Mon expérience actuelle de la CPC n'a aucun effet sur ma santé et mon mieux-être.	Mon expérience actuelle de la CPC a un faible effet positif sur ma santé et mon mieux-être.	Mon expérience actuelle de la CPC a un effet positif important sur ma santé et mon mieux-être.

Partie 5 – Adaptation

Les résultats du sondage éclair de 2021 ont fait ressortir plusieurs difficultés liées à la CPC qui nuisent au bien-être des médecins en formation. Voici quelques-uns des défis qui ont contribué à cet impact négatif :

difficulté pour le corps professoral de réaliser des APC (manque de temps et réticence à le faire);

charge administrative pour les résident-es (documentation et suivi des APC et de toutes leurs sous-composantes);

recherche d'occasions de réaliser des APC (rareté de certaines APC, contingentement, critères stricts);

valeur perçue de la CPC ou des APC (« juste des cases à cocher », travail supplémentaire qui ne présente que peu ou pas d'avantages);

lacunes en matière de rétroaction (absence de rétroaction immédiate ou utile).

Dans le but d'améliorer l'expérience de formation des résident-es, nous souhaitons en apprendre davantage sur les aspects de la CPC qui ont **actuellement** le plus d'incidence (positive ou négative) sur la qualité de votre résidence.

Question 1 – Quels aspects de la CPC ont le plus grand effet **négatif** sur la qualité de votre formation?

Question 2 – Quels aspects de la CPC ont le plus grand effet **positif** sur la qualité de votre formation?

Question 3 – Parmi les modifications proposées, lesquelles auraient le plus grand effet **positif** sur la qualité de votre formation? Choisissez toutes celles qui s'appliquent.

- Éliminer l'étape de transition vers la pratique dans les programmes de tronc commun pour les stagiaires qui entreprennent une surspécialité.
- Éliminer les évaluations des APC à l'étape de la progression vers la discipline et concevoir un programme d'études qui concorde avec les expériences de formation requises.
- Diminuer le nombre total d'évaluations des APC.
- Mettre plus d'accent sur les évaluations autres que celles des APC ou sur les « anciens outils d'évaluation » (p. ex. fiches d'évaluation en cours de formation, notes d'observation, examens écrits).
- Éliminer ou réduire le nombre de variables contextuelles.
- Supprimer les jalons des formulaires d'évaluation pour en faciliter l'utilisation.
- Éliminer les seuils de réussite ou de compétence des échelles de confiance figurant sur les formulaires, et ne plus tenir compte de ces seuils dans la prise de décision concernant la progression.
- Éliminer les seuils de réussite (nombre minimal d'évaluations des APC).
- Ne plus exiger l'utilisation d'échelles de confiance sur les formulaires et autoriser les évaluations purement narratives.
- Améliorer le processus de communication entre les comités de compétence et les résident-es qu'ils évaluent afin de garantir la transparence et de faciliter le coaching en continu.
- Nommer parmi le corps enseignant des responsables du coaching longitudinal ou des conseillères ou conseillers pédagogiques pour toute la cohorte du programme
- Introduire des moments « sans incidence sur l'évaluation » permettant l'envoi des formulaires de rétroaction ou de coaching uniquement aux résident-es, et non au comité de compétence.

- Autre (veuillez préciser) :

Question 4 – Au cours de la dernière année, quels changements positifs ou négatifs, le cas échéant, avez-vous constatés dans la manière dont la CPC est mise en œuvre dans votre programme?

Annexe B : Équipe de projet

Médecins résidents du Canada (MRC)	Collège royal
<p>Direction de l'étude</p> <p>Brittany Benson, MD, MSc, représentant résident, MRC</p> <p>Jimmy Yimeng Guo, MD, MSc, FRCPC, représentant résident, MRC</p> <p>Kimberly Williams, MD, MSc, FRCPC, ancienne présidente, MRC</p> <p>Employés de MRC</p> <p>Victoria Clarke, Hons. BA, MPA, directrice, communications stratégiques</p> <p>Leslie Cuthbertson, BSc, MBA, directrice générale</p> <p>Jonathan Perron-Clow, BSocSc, MA, directeur des programmes, Éducation médicale</p>	<p>Direction de l'étude</p> <p>Tim Dalseg MD, MMed, FRCPC, Éducateur clinician, Collège Royal</p> <p>Andrew K. Hall MD, FRCPC, MMed, DRCPC, Éducateur clinician, Collège Royal</p> <p>Employés du Collège royal</p> <p>Christina Baird, Hons BA, conseillère principale en communications, Communications et Marketing</p> <p>Stacey Brzezina, Hons BA, MA, analyste en évaluation de programmes, Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation</p> <p>Christa McMillin, Hons BA, MA, gestionnaire, Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation</p> <p>Sinthiya Selvaratnam, BSc, MPH, analyste en évaluation de programmes, Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation</p>