



COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA
ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA

mars 2014

La compétence par conception :

une nouvelle ère de la formation médicale au Canada





AVANT-PROPOS

Dans le monde entier, le système de formation médicale suscite une attention, des discussions et des innovations sans précédent, la tendance au virage vers l'adoption d'une formation médicale fondée sur les compétences s'accroissant dans de nombreux territoires de compétence. De 2010 à 2012, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a amorcé les travaux de la série de publications de La compétence par conception pour amener les Associés à réfléchir aux forces, aux faiblesses et aux possibilités du système actuel de formation médicale postdoctorale (FMPD). Les participants étaient appelés à proposer des solutions audacieuses pour améliorer la formation des résidents au Canada, en préservant les meilleures composantes du système. Ces travaux ont donné lieu à 10 livres blancs qui ensemble visent à éclairer l'orientation stratégique future du Collège royal en matière de formation médicale postdoctorale. Ils donnent une certaine idée de la transformation, de la croissance et du développement qui s'opèrent au sein du système canadien de FMPD.

La série des livres blancs de La compétence par conception a été lancée dans le cadre d'un autre projet qui s'est déroulé en parallèle, l'Avenir de l'éducation médicale au Canada – volet postdoctoral (AEMC-PD), qui visait à revoir la situation de la FMPD dans l'ensemble du pays. Conçue pour favoriser la participation des Associés du Collège royal à un vaste débat sur le projet AEMC, la série permet aussi de communiquer ce qu'entrevoit le Collège royal quant à l'avenir de la FMPD au Canada. Ces livres blancs constituent les bases d'une initiative pluriannuelle visant à transformer le système de formation médicale spécialisée, intitulée *La compétence par conception*.

Deux ans plus tard, dans cette nouvelle édition des 10 livres blancs, le contenu a été actualisé et adapté en fonction de leur nouveau rôle à titre de fondement de l'initiative stratégique. Nous tenons à remercier tous les Associés et employés qui ont contribué à ce projet. Nous tenons aussi à vous remercier pour vos idées bien pensées, la force de vos convictions et votre dévouement envers la mission du Collège royal. C'est un honneur de travailler avec vous afin de concrétiser la vision de notre organisation, « **La santé à son meilleur et des soins optimaux pour tous** ».

Kenneth A. Harris

Jason R. Frank



INTRODUCTION

La série des livres blancs de La compétence par conception prépare l'avenir de la FMPD. Tout examen du système de FMPD doit reconnaître et respecter la qualité de la formation offerte actuellement aux résidents au Canada. À cet égard, la série a fait ressortir plusieurs aspects qui font la force de la FMPD et d'autres aspects donnant matière à réflexion. Ces aspects, traités de façon approfondie dans les divers documents, décrivent la situation qui prévaut au moment du lancement de l'initiative La compétence par conception.

Les forces de la formation médicale postdoctorale

La formation que les médecins reçoivent actuellement est la meilleure qui soit dans toute l'histoire de la civilisation. On peut dire que plusieurs à l'étranger envient la formation offerte aux résidents au Canada en raison de sa structure particulière et des enseignants, des programmes d'études, des normes et des innovations dignes de foi. Parmi les forces qui la caractérisent :

- Une renommée mondiale pour sa **formation de grande qualité** et la bonne performance des diplômés; les titres et les médecins canadiens étant très respectés au niveau international;
- Une aspiration à répondre aux **normes** canadiennes de FMPD, de nombreux organismes internationaux présentant des demandes de collaboration et de soutien du développement;
- Une reconnaissance mondiale des **innovations** canadiennes en matière de formation médicale, y compris le cadre CanMEDS, les outils de rétroaction multisources, les examens de certification, l'enseignement et l'évaluation du professionnalisme, les méthodes de simulation et les initiatives fondées sur les compétences;
- Un leadership en matière de **perfectionnement du corps professoral** médical;
- Une **infrastructure universitaire** unique et habilitante, et des ressources de FMPD;
- Une responsabilisation et un leadership assurés par **les directeurs des programmes de résidence et les doyens aux études postdoctorales**;
- Un système d'**agrément** considéré comme étant la norme par excellence en formation médicale dans le monde entier.

Les défis et les possibilités de la FMPD actuelle

Les Associés du Collège royal, tout en reconnaissant les nombreux aspects qui font la force de notre système actuel de FMPD, ont signalé certains défis importants et possibilités d'amélioration, entre autres:

- 1. La complexité du système.** Au sein du système canadien, les intervenants sont nombreux, les mandats se recourent, et l'infrastructure est redondante. De précieuses ressources, dont le budget, l'expertise et le pouvoir décisionnel sont réparties entre plusieurs organisations. Les médecins en exercice dans le « circuit » des ressources humaines de la santé doivent « naviguer » entre de nombreux examens, affiliations, demandes et administrations.
- 2. Une ère de responsabilisation.** On reproche à la formation médicale du XXI^e siècle de ne pas veiller à ce que tous les diplômés soient fins prêts pour l'entrée en exercice ou la prochaine étape de leur carrière. Les faits montrent qu'au terme de leur résidence, ils présentent encore d'importantes « lacunes » au chapitre des compétences; une fois entrés en exercice, leurs aptitudes se dégradent peu à peu. Ces tendances ont créé une incapacité de bien répondre aux besoins de la population. Notre profession doit non seulement rendre compte des « résultats » de chaque étape de la formation médicale, mais aussi favoriser le maintien des compétences et le perfectionnement professionnel d'un médecin durant sa carrière.
- 3. Les impératifs en matière de ressources.** Les provinces consacrent la plus grande partie de leur budget aux soins de santé et à l'éducation; lors de contraintes budgétaires, la formation médicale constitue le lien entre les deux. Il est improbable que de nouvelles sommes soient consacrées à l'amélioration de la FMPD. Les ressources humaines de la santé sont

mises à rude épreuve. L'accès aux services de santé est un problème constant. Les médecins travaillent plus fort que jamais. Une transformation et non un ajout sera la clé des changements escomptés.

- 4. Les attentes de la collectivité.** Entre-temps, les patients s'attendent de plus en plus à recevoir de la part des médecins des soins complets, en temps opportun, sans danger, de grande qualité et personnalisés. La médecine doit donner suite à ces attentes pour demeurer pertinente et répondre aux nouveaux besoins de la société.
- 5. Le caractère évolutif des résidents.** Une formation est offerte aux résidents depuis maintenant 100 ans, époque où Osler, Halsted et autres collaborateurs ont créé « un séminaire pour les études supérieures en médecine ». Cependant, la situation des résidents a beaucoup changé depuis, compte tenu des heures de travail, de la nature des tâches et des services, et de ce que signifie être un « professionnel en apprentissage ».
- 6. Le caractère évolutif du corps professoral.** La description des tâches d'un professeur de médecine a aussi beaucoup changé au cours des 10 dernières années. Les tâches que les médecins sont appelés à exercer sont plus nombreuses que jamais. L'enseignement est offert dans divers contextes à l'échelle du pays, qui vont bien au-delà du cadre traditionnel de l'hôpital d'enseignement. On se demande maintenant comment offrir le meilleur soutien au corps professoral pour maintenir l'excellence de la FMPD dans cette nouvelle réalité.
- 7. Les nouveaux modèles et normes de la formation médicale.** Dans le monde entier, les éducateurs médicaux revoient le modèle de FMPD. La formation médicale fondée sur les compétences, les nouveaux modèles d'enseignement, l'observation plus directe, les nouveaux outils d'évaluation, l'utilisation accrue

des portfolios d'apprentissage, les nouveaux établissements d'enseignement, l'importance accrue de l'évaluation en cours de formation et la montée de la simulation sont des exemples de changements importants en formation médicale.

La transformation du rôle du Collège royal : *La compétence par conception*

Avec d'autres partenaires de la communauté médicale canadienne, le Collège royal entreprend une initiative pluriannuelle visant à transformer le système de formation médicale spécialisée, appelée *La compétence par conception*. Celle-ci, axée sur le continuum d'apprentissage de la résidence jusqu'à la retraite, et fondée sur un modèle de compétences pour la formation et l'évaluation, a pour but de répondre aux besoins de la société en matière de santé et d'améliorer les résultats pour les patients.

L'énoncé de vision et de mission de l'initiative *La compétence par conception* s'inspire des 10 livres suivants, qui tracent les grandes lignes des changements de paradigme que nous proposons sur une base érudite. Nous vous invitons à les lire et à réfléchir à leurs répercussions.



Remerciements

Pierre LeBlanc, MD, FRCPC, a participé à la révision comparative de la traduction française de ces livres blancs. Médecin et universitaire dynamique au sein du système de formation médicale au Canada, en particulier dans la communauté francophone, il a généreusement aidé à la préparation de la version française de ces livres blancs. Les autres participants à la série de livres blancs soulignent son importante contribution à l'élaboration du livre électronique de La compétence par conception.

Ernest Prigent, MD, CCMF (MU), CSPQ, FCMF, a participé à la révision comparative de la traduction française de ces livres blancs. Médecin et universitaire dynamique au sein du système de formation médicale au Canada, en particulier dans la communauté francophone, il a généreusement aidé à la préparation de la version française de ces livres blancs. Les autres participants à la série de livres blancs soulignent son importante contribution à l'élaboration du livre électronique de La compétence par conception.

François LeBlanc, MD, FRCPC, a participé à la révision comparative de la traduction française de ces livres blancs. Médecin et universitaire dynamique au sein du système de formation médicale au Canada, en particulier dans la communauté francophone, il a généreusement aidé à la préparation de la version française de ces livres blancs. Les autres participants à la série de livres blancs soulignent son importante contribution à l'élaboration du livre électronique de La compétence par conception.

Andrée Boucher, MD, FRCPC, a participé à la révision comparative de la traduction française de ces livres blancs. Médecin et universitaire dynamique au sein du système de formation médicale au Canada, en particulier dans la communauté francophone, elle a généreusement aidé à la préparation de la version française de ces livres blancs. Les autres participants à la série de livres blancs soulignent son importante contribution à l'élaboration du livre électronique de La compétence par conception.

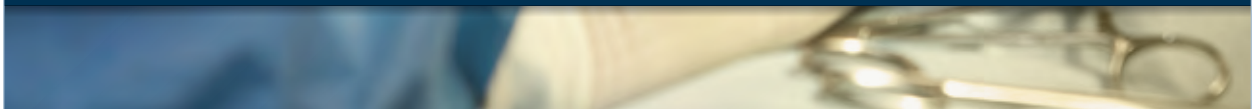


Table des matières

1. Répondre aux besoins de la société en matière de santé	8
2. Le généralisme : atteindre un équilibre avec la spécialisation	19
3. Diversification des contextes d'apprentissage	35
4. Le double rôle du résident : apprendre tout en soignant	49
5. Professionnalisme	60
6. Une culture équitable de sécurité des patients	74
7. La formation médicale fondée sur les compétences	108
8. Évaluation	116
9. Le perfectionnement du corps professoral repensé	130
10. Le continuum de la formation médicale	144



1. Répondre aux besoins de la société en matière de santé



Auteurs

Robert F. Maudsley, MD, FRCSC
Paul Dagg, MD, FRCPC
Jim Wilson, MD, FRCSC
Jason R. Frank, MD, MA(Ed), FRCPC
Minoli Amit, MD, FRCPC
Michael Brundage, MD, FRCPC
Danielle Fréchette, MPA
Dorianne Rhéaume, MD, FRCPC
Rebekah Smith, MPH, candidate au MD
John Steeves, M.Ed., MD, B.Sc., FRCSC
Jennifer Stewart, MHS/MES
Kenneth A. Harris, MD, FRCSC

Répondre aux besoins de la société en matière de santé



Remerciements

Robert F. Maudsley (1938-2012) est l'auteur principal de ce livre blanc. Véritable force motrice de la formation médicale au Canada pendant de nombreuses années, il a fait valoir son approche avec cohérence et ténacité pour mieux préparer les médecins au Canada et à l'étranger. Les autres participants à l'élaboration de ce livre blanc soulignent son importante contribution.

« Si monumentum requiris, circumspice »

RÉSUMÉ

Le mandat de la médecine est de répondre aux besoins de la société en matière de soins de santé. Ce mandat, que le public confie à la profession, constitue la contrepartie du droit essentiellement exclusif de pratiquer la médecine dans le cadre d'une profession autoréglementée. Bien que le besoin premier de la société soit de soulager les maladies et de diminuer les effets néfastes des handicaps, les besoins au sein des collectivités et de la société changent et évoluent avec le temps. À titre d'exemple, on a récemment accordé davantage d'importance à la santé et au mieux-être, et tous les domaines de la médecine portent actuellement une plus grande attention aux déterminants sociaux de la santé.

La formation médicale postdoctorale doit tenir compte du fait qu'il existe deux approches distinctes dans la manière de répondre aux besoins de la société : **quantitative** et **qualitative**. Pour répondre aux besoins de la société, l'approche quantitative se concentre sur le nombre et le type de médecins qui sortent des facultés de médecine du Canada. L'approche qualitative, quant à elle, s'intéresse aux connaissances, aux compétences et aux attitudes des médecins, ainsi qu'à leur capacité et à leur volonté d'assumer divers rôles en vue de répondre aux besoins de la société.

Le présent document présente les défis uniques auxquels sont confrontées les personnes chargées de la planification des ressources humaines en santé. Il arrive à la conclusion que cette planification doit ultimement se faire d'une manière coordonnée et que le système qui en résultera doit faire preuve de la souplesse et de l'adaptabilité nécessaires.

INTRODUCTION ET CONTEXTE

La formation médicale postdoctorale (FMPD) constitue une composante majeure de la façon de préparer les médecins à répondre aux besoins de la société; à ce titre, elle doit être attentive, et ce, d'une manière responsable et imputable, aux besoins exprimés par la société en général et par la profession en particulier. Comme l'a souligné Boelen, il importe de distinguer la responsabilité et l'imputabilité : [traduction] « une faculté de médecine socialement responsable perçoit les besoins de la société et y répond en conséquence; une faculté de médecine socialement imputable consulte aussi la société au sujet des priorités et fait la démonstration de l'incidence de ses besoins »¹. Dans une monographie publiée en 2001, Santé Canada a repris la définition que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a formulée en 1995 de l'imputabilité sociale des facultés de médecine :

[les facultés de médecine ont] l'obligation d'axer leurs activités d'enseignement, de recherche et de services sur les préoccupations prioritaires en matière de santé de la communauté, de la région et de la nation qu'elles ont le mandat de servir. Ces préoccupations doivent être déterminées conjointement par les gouvernements, les organismes de santé, les professionnels de la santé et le public.²

Pour les pays développés comme le Canada, il serait indiqué d'ajouter un point de vue international qui aille au-delà de la détermination explicite de la collectivité, de la région ou de la nation.

Les besoins quantitatifs (c.-à-d. veiller à la formation de médecins dans les diverses disciplines et spécialités nécessaires pour répondre aux besoins de la société)

relèvent de la responsabilité collective des divers ordres de gouvernement (représentant l'intérêt public), de la médecine organisée et d'autres professions de la santé. La FMPD, par l'entremise des facultés de médecine du Canada et des collèges nationaux, doit jouer un rôle dans les délibérations et y avoir voix au chapitre. La FMPD ne peut cependant pas être l'unique ou le principal déterminant des besoins quantitatifs. Bien que la version française de la définition précitée de l'OMS emploie le mot « et » afin de permettre aux facultés de médecine de choisir l'étendue de leur portée sociale, la mobilité de la main-d'œuvre médicale et la répartition des facultés de médecine au Canada, implantées principalement dans les grandes régions urbaines, exigent de toutes les facultés qu'elles prêtent attention à la grande variété des besoins à l'échelle nationale, provinciale et régionale, car la taille d'une faculté de médecine et la présence ou l'absence d'autres facultés dans une province donnée entrent en ligne de compte dans la définition de la responsabilité relative d'une faculté de médecine. Il est possible que le fait d'avoir traditionnellement mis l'accent sur les besoins de chaque centre universitaire des sciences de la santé ou région particulière du Canada ait concouru à l'excédent de ressources humaines en santé (RHS) dans certaines disciplines au cours des dernières années, alors que les programmes de résidence ont été créés ou étendus afin de répondre aux demandes à court terme pour des services locaux.

Bien que ces responsabilités quantitatives relèvent de plusieurs organismes, la satisfaction des besoins qualitatifs, qui se rapportent aux connaissances, aux compétences et aux attitudes des médecins, ainsi qu'à leur capacité et à leur volonté d'assumer divers rôles en vue de répondre aux besoins de la société, est bel et bien du ressort de la FMPD, et celle-ci se doit de jouer un rôle de premier plan dans ce domaine. Dans une grande mesure, ces besoins sont et seront pris en compte dans les compétences CanMEDS, telles que définies dans le cadre d'une enquête approfondie.

Le cadre de compétences CanMEDS a été conçu et mis au point en vue de saisir l'essence des besoins sociaux qui ont été recensés. Le but de la FMPD est de mettre en application ces rôles d'une manière efficace et efficiente, par l'offre de soutien en matière de perfectionnement des corps professoraux, de méthodes d'apprentissage et de conception des programmes d'études, et par la conception et la mise en œuvre de stratégies d'évaluation et de normes relatives aux programmes. Certains aspects qualitatifs ou liés aux compétences en matière de réponse aux besoins de la société sont enracinés dans la culture (comme les déterminants sociaux de la santé et le fardeau de la maladie dans les communautés autochtones). La FMPD doit encourager et préparer ses diplômés à être capables de repérer et d'être sensibles et attentifs aux enjeux inhérents ou faisant partie intégrante de la culture particulière et du milieu de chaque patient ou collectivité.

Un autre aspect important de la satisfaction des besoins de la société repose sur la nécessité pour la FMPD d'étudier et de répondre activement aux déterminants sociaux de la santé qui ont des répercussions considérables sur les collectivités desservies. En gros, on pourrait définir les déterminants sociaux de la santé comme la façon dont les circonstances dans lesquelles les gens évoluent et vivent a une incidence sur leur bien-être mental et physique et sur leur espérance de vie. Ces déterminants sont considérés comme un facteur clé de santé (ou de maladie).³ Comme l'a souligné le Royal College of Physicians du Royaume-Uni, [traduction] « plusieurs médecins ont longtemps vu leur rôle comme celui de guérir la maladie, et ils n'ont pas accordé suffisamment d'attention à leurs responsabilités en matière de promotion et de protection de la santé, de prévention de la maladie et de réduction des inégalités au chapitre de la santé ou de l'accès aux soins de santé »³.

Le rapport du Projet postdoctoral de l’Avenir de l’éducation médicale au Canada reconnaît le rôle que la FMPD joue dans la réponse aux besoins de la société et propose une orientation pour les programmes de résidence. En outre, en 2012, le conseil du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a approuvé la définition suivante des besoins de la société en matière de santé :

Les besoins de la société en matière de santé sont ce dont requièrent les personnes, les familles, les collectivités et les populations à l’échelle du continuum de soins pour parvenir au bien-être physique, cognitif, émotionnel, social et spirituel, en tenant compte des grands déterminants de la santé.⁴

Cette définition et le guide d’application ont été conçus à l’intention des personnes et des comités du Collège royal en vue d’éclairer les décisions relatives aux activités du Collège royal qui auront une incidence sur la réponse et la satisfaction des besoins de la société en matière de santé.

ÉTAT D’AVANCEMENT ACTUEL

En ce qui a trait à l’aspect quantitatif de la FMPD, il y a lieu d’être pessimiste au chapitre de la planification des ressources humaines en santé (RHS). La planification est toutefois essentielle. Les facultés de médecine canadiennes et les collèges nationaux doivent continuer à participer activement aux activités de planification des RHS et à explorer des façons différentes et nouvelles d’aborder la question du nombre et du type de médecins dont la société canadienne a besoin. Par exemple, le secteur de la radio-oncologie a conçu un modèle de propagation prospective de la main-d’œuvre, qui comprend des indicateurs clés ayant des répercussions sur les besoins

en RHS, notamment l’incidence du cancer et la charge de travail équivalent temps plein (ETP) telles que déterminées par le nombre total de cas et le nombre de cas dirigés vers les radio-oncologues.

Les facteurs ayant une incidence sur la planification des RHS peuvent être propres à une discipline ou une spécialité. À titre d’exemple, de modestes changements apportés aux modèles de pratique et de prestation de services peuvent avoir un effet sur les disciplines hautement spécialisées comme la chirurgie cardiaque. Aux fins de la planification des RHS, ces changements sont souvent difficiles à prévoir plusieurs années à l’avance.

Les autres disciplines comportent également des enjeux qui leur sont propres en matière de RHS. Par exemple, en tant que discipline, la psychiatrie peut, en repoussant les frontières de son champ de pratique, continuer à susciter une demande pratiquement inépuisable pour des services psychiatriques, créant ainsi, d’une certaine manière, ses propres besoins et enjeux en matière de RHS. Par conséquent, il est difficile de prédire le nombre de résidents en formation en psychiatrie dont la société aura besoin pour répondre aux changements que la spécialité, la médecine et la collectivité en général apportent au champ de pratique de cette discipline. Dans des cas comme celui-ci, où le praticien et la profession sont plus en mesure de contrôler la demande, on pourrait dire qu’il est encore plus important de répondre aux besoins de la société, tant du point de vue de la planification que du professionnalisme individuel.

Bien que des progrès considérables aient été réalisés au cours de la dernière décennie, avec l’adoption et la mise en œuvre du cadre de compétences CanMEDS⁵, il reste encore beaucoup de travail à faire. Ceci est particulièrement vrai pour les compétences autres que l’expertise médicale, notamment et jusqu’à un certain point, en ce qui a trait aux rôles de communicateur et d’érudit. En outre, il est nécessaire de mieux intégrer les rôles CanMEDS dans les programmes d’études, particulièrement lorsque ces rôles

sont en lien avec la satisfaction des besoins de la société. Le travail des enseignants cliniciens du Collège royal produit un effet; cependant, ce travail exige des efforts et du soutien continu et accru, notamment au chapitre du perfectionnement des corps professoraux.

MOTEURS DE CHANGEMENT

La nature imprévisible de l'évolution des besoins en RHS met en lumière la nécessité de préparer les médecins d'aujourd'hui, et surtout ceux de demain, à être plus souples et capables de s'adapter et de répondre aux changements de modèles de pratique tout au long de leur vie professionnelle. Parallèlement, les médecins doivent maintenir et améliorer leur compétence, dans le but ultime de servir la société et de répondre à ses besoins. À cet égard, l'importance d'établir un lien entre la FMPD et le perfectionnement professionnel continu (PPC) va de soi.

La nécessité d'incorporer les valeurs suivantes à la FMPD est implicite, dans un sens qualitatif :

- la souplesse et l'adaptabilité professionnelles;
- le maintien et l'amélioration de compétences en évolution;
- la vertu altruiste globale de répondre aux besoins de la société, tant à titre personnel qu'à l'échelle de la profession.

Un des éléments essentiels de ces valeurs est la reconnaissance que la responsabilité du médecin s'étend non seulement au patient qui vient le consulter, mais également aux gens qui ont besoin de soins, mais qui n'y ont pas accès.

À l'heure actuelle, il existe dans la FMPD une tendance collective à vouloir répondre, en priorité, aux besoins en effectifs médicaux des facultés de médecine et de leurs grands hôpitaux universitaires plutôt que d'adopter un point de vue plus large à l'égard des besoins sociaux. (Certains observateurs soulignent le fait que les facultés de médecine canadiennes sont, dans le cadre de la formation médicale de premier cycle (FMPC), plus sensibles à l'importance de répondre aux besoins de la société, dans un contexte où l'impératif clinique des besoins de services des enseignants cliniciens et les hôpitaux universitaires offrant des soins tertiaires sont prédominants et trop influents, au point de dicter le nombre et la taille des programmes de résidence.) Au moment même où nous attendons des résidents et des médecins en exercice qu'ils fassent preuve de souplesse et d'adaptabilité, il est manifeste que les programmes de résidence et les hôpitaux universitaires doivent également être plus souples et adaptables afin de répondre aux besoins de services cliniques alors qu'ils sont confrontés à des enjeux et des besoins sociaux plus vastes. Il semble y avoir un manque de dialogue ouvert entre, d'une part, les attentes à l'égard d'une carrière dans une spécialité et les possibilités qu'elle offre aux étudiants qui sont admis dans les facultés de médecine et qui entreprennent leur résidence et, d'autre part, la responsabilité première de ces personnes, tant sur le plan individuel que collectif, de répondre aux besoins de la société. Un effort proactif mieux ciblé et plus intensif à l'étape de l'orientation professionnelle avant ou dès le début de la FMPD apparaît comme une importante exigence afin que la FMPD s'acquitte des responsabilités qualitatives qui lui incombent, tout en recherchant un équilibre avec les enjeux liés à la satisfaction et la rétention professionnelles.

Il semble y avoir un écart entre, d'une part, le fardeau de la maladie et les déterminants sociaux de la santé et, d'autre part, le temps que les programmes d'études consacrent à la réponse à des enjeux importants comme l'obésité, la pauvreté, l'accès aux soins et la santé des Autochtones. Cela fait ressortir le rôle du médecin en tant que défenseur de la santé, collaborateur et professionnel.

Il semble y avoir des différences d'une discipline à l'autre sur la façon dont elles préparent leurs résidents et collègues à « réapprendre » à s'adapter aux besoins changeants et évolutifs de leur spécialité en vue de répondre aux besoins de la société. Alors que les changements en médecine et dans la prestation de soins de santé se poursuivent sans relâche, il devient de plus en plus important pour les médecins d'aujourd'hui et de demain d'avoir, sur les plans individuel et collectif, la capacité et l'aptitude d'évoluer pour répondre aux besoins changeants de la société.

À l'heure actuelle, les programmes de résidence ne sont pas particulièrement imputables en ce qui a trait à la satisfaction des besoins de la société, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Les programmes doivent faire la démonstration de la façon dont les diplômés répondent aux besoins sociaux plus vastes, par l'entremise de leur choix de carrière, de leur milieu de pratique et de leurs responsabilités professionnelles.

L'objectif principal de la responsabilité et du contrôle en matière de planification des RHS doit être précisé. Bien qu'en apparence, des ministères provinciaux de la santé donnent des directives et exercent un certain contrôle, leur objectif est souvent à court terme et politisé. La planification des RHS, particulièrement dans le domaine de la médecine spécialisée, exige, au minimum, une planification à moyen terme, si ce n'est à long terme. Une telle planification doit être faite activement et de concert avec les facultés de médecine canadiennes et les collèges nationaux. Il ne fait pas de doute qu'une plus grande coordination s'impose sans conteste, et qu'il faille trouver un équilibre réalisable et efficace entre la mise en œuvre d'une saine planification des RHS et la nécessité d'adapter à la FMPD les changements qui en résultent, particulièrement en ce qui a trait à la prestation de services dans les grands hôpitaux universitaires.

SOLUTIONS POSSIBLES

Des changements majeurs vont être nécessaires afin que la FMPD soit davantage tournée vers la réponse aux besoins de la société. Il existe plusieurs possibilités qui pourraient être examinées afin de réaliser les changements nécessaires.

Nous devons délaissier l'idée selon laquelle les étudiants et les résidents ont un droit inaliénable d'exercer dans la spécialité de leur choix, sans égard aux besoins de la société. La médecine offre un éventail incroyablement large de choix de carrière. Il est nécessaire d'offrir de l'orientation professionnelle en début de carrière et d'instaurer un dialogue ouvert sur les attentes tacites des étudiants et des résidents eu égard au choix d'une spécialité. La FMPD doit s'écarter des hôpitaux universitaires qui s'appuient sur les résidents pour offrir des services cliniques, particulièrement dans les spécialités qui affichent une faible demande actuelle ou future pour répondre aux besoins de la société.

Bien que la planification des RHS constitue un élément essentiel de la détermination des aspects quantitatifs de la réponse aux besoins sociaux, il reste qu'elle ne doit pas être la seule approche préconisée. Comme il a été mentionné précédemment, la planification des RHS est imparfaite et faillible, et de surcroît, dans certains cas, il faut compter une décennie entre le moment où un étudiant entre à la faculté de médecine et le jour où il devient médecin ou spécialiste. Par conséquent, il faut améliorer la souplesse et l'adaptabilité au sein des facultés de médecine et des hôpitaux universitaires, et chaque médecin doit être prêt à se recycler tout au long de sa vie professionnelle. La FMPD doit, par l'intermédiaire de ses enseignants cliniciens, favoriser ces attitudes chez les résidents, principalement en leur proposant des modèles et en donnant l'exemple. Il est important de rappeler que l'adaptabilité et la souplesse sont intimement liées au contexte et qu'elles évoluent avec le temps. Il n'y a pas de modèle unique.

La FMPD doit continuer d’harmoniser les compétences de ses diplômés avec les besoins de la société. En supposant que le cadre de compétences et les rôles CanMEDS définissent et décrivent adéquatement ces rôles, il devient alors nécessaire d’accroître les efforts dans le domaine de l’apprentissage, de l’enseignement, de la proposition de modèles et de la mise en œuvre de ces rôles dans l’exercice de la médecine. Certaines de ces activités peuvent être mises en œuvre au fur et à mesure que la formation médicale fondée sur les compétences évolue, en définissant clairement les objectifs comportementaux afin de guider les résidents dans l’atteinte des compétences nécessaires pour répondre aux besoins de la société.

L’agrément des programmes de FMPD doit continuer à mettre l’accent sur les mesures des résultats plutôt que sur le processus, afin de mieux refléter l’atteinte des résultats qui répondent aux besoins quantitatifs et qualitatifs de la société. À cet égard, la FMPD deviendra ainsi plus imputable et socialement responsable.

Toutes les facultés de médecine au Canada doivent examiner sérieusement le concept de cellules de renseignements sur la santé (CRS)⁵. Ces cellules ont pour mandat d’étudier les données relatives à la santé, provenant de plusieurs sources, et de dépister les problèmes sanitaires graves et les tendances importantes, qui doivent être intégrés dans le contenu des programmes d’études de la FMPC et de la FMPD. Leur but est de répondre aux besoins actuels et émergents de chaque collectivité — en les situant dans le contexte plus large des tendances à l’échelle nationale et internationale — en faisant continuellement le point sur l’état de santé de la collectivité et sur ses besoins en matière de soins de santé².

OBSTACLES AU CHANGEMENT

Les pistes suivantes pourraient éventuellement avoir d’importantes répercussions financières :

- améliorer, dans le cadre du continuum de la formation médicale, le perfectionnement professionnel continu (PPC) afin d’offrir aux médecins en exercice un accès accru à de meilleures possibilités de se recycler, ainsi qu’à d’autres stratégies leur permettant de maintenir leurs compétences et leur capacité à s’adapter aux besoins sociaux en évolution;
- diminuer le recours aux résidents pour la prestation de services hospitaliers, particulièrement dans les spécialités pour lesquelles on prévoit une réduction des besoins en RHS;
- améliorer les efforts concertés au chapitre de la planification des RHS et la mise en place de CRS ou d’autres mécanismes de cueillette et d’analyse de données afin de veiller à ce que la formation médicale soit en bonne posture pour répondre aux besoins actuels et futurs de la société en matière de soins de santé.

La formation des médecins spécialistes s’étend sur une période relativement longue, et lorsqu’on jumelle cette réalité avec les prévisions erronées de la planification des RHS, cela engendre habituellement des cycles de déficit et d’excédent de main-d’œuvre, tant en médecine générale que dans les spécialités particulières. Bien que l’amélioration de la souplesse professionnelle pourrait en partie atténuer ces problèmes de main-d’œuvre, il est irréaliste de compter sur des changements de carrière radicaux; cette solution n’est pas viable.

Au Canada, la FMPD est, de par sa nature, axée sur les 17 facultés de médecine; ce modèle, unique en Occident, apporte une force considérable à la FMPD. Par contre, en raison de la diversité de missions et de mandats d’une faculté de médecine à une autre, et de leur obligation de répondre aux besoins provinciaux et régionaux,

il est difficile d'établir un processus national cohérent de planification et de mise en œuvre des RHS.

Les centres universitaires des sciences de la santé exercent une influence démesurée sur la détermination et l'imposition du nombre de diplômés dans diverses spécialités, essentiellement pour répondre aux besoins urgents de services « à l'interne », mais également pour recruter du personnel dans les institutions (possiblement aux dépens des besoins pressants et plus vastes des collectivités).

La FMPD est surtout concentrée dans les zones urbaines et offre peu d'occasions d'acquérir de l'expérience clinique dans de petites collectivités urbaines et rurales⁶, bien que l'on constate une certaine amélioration à ce chapitre. Cette facette de la FMPD va requérir une attention constante afin de satisfaire aux exigences quant au nombre et à la répartition des spécialistes pour servir ce segment de la société canadienne.

La plupart des autorités sanitaires au Canada sont implantées à l'échelle régionale (ou provinciale), et elles ont tout intérêt à répondre aux besoins de leur région en matière de soins de santé. En ce qui a trait à la planification des RHS et à la main-d'œuvre disponible, cette façon de faire peut parfois ne pas être synchronisée avec les besoins plus vastes ou à l'échelle nationale.

Bien que les collèges nationaux et tous les programmes de résidence de la FMPD adhèrent au cadre de compétences CanMEDS, il semble exister une certaine apathie ou résistance lorsque vient le moment d'intégrer activement toutes les compétences dans les programmes de résidence. Avec le temps, il y aura vraisemblablement de l'amélioration, grâce au soutien et au leadership provenant des collèges nationaux et des facultés de médecine. En effet, si les compétences CanMEDS regroupent véritablement les connaissances, compétences et attitudes essentielles que les médecins contemporains doivent posséder pour répondre aux besoins de la société, alors toutes les personnes concernées doivent faire un effort

important afin de s'assurer que ces compétences soient incorporées dans tous les programmes de résidence.

RECOMMANDATIONS

Au chapitre de la FMPD, les facultés de médecine canadiennes et les collèges nationaux ont des rôles importants et essentiels à jouer en vue de répondre aux besoins de la société en matière de soins de santé, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Dans certains cas, les efforts pour implanter les changements nécessaires exigeront un plaidoyer énergique et une approche coopérative de concert avec les autres organismes, alors que dans d'autres secteurs, les facultés et les collèges nationaux ont le mandat explicite d'apporter les changements nécessaires.

1. Le Comité des spécialités du Collège royal doit revoir ses exigences au chapitre de la formation spécialisée et de ses objectifs de formation afin de veiller à ce que les besoins de la société en matière de santé soient reconnus et que les occasions d'apprentissage et les modèles de pratique proposés, aux spécialistes en exercice, à l'extérieur des centres universitaires des sciences de la santé soient incorporés dans les programmes de formation des résidents.
2. Un système mieux coordonné et plus imputable de planification des RHS, tant à l'échelle régionale que nationale, doit être implanté à court terme. Les facultés de médecine et les collèges nationaux doivent jouer un rôle de premier plan, de concert avec les différents échelons de gouvernement et les organismes médicaux et de soins de santé. Le Collège royal devrait envisager de jouer, du moins au début, un rôle de facilitateur et de coordonnateur dans l'amorce d'un dialogue sur la coordination à l'échelle nationale de la planification des RHS dans le domaine des soins médicaux spécialisés à l'intention de la société canadienne.

3. Le Collège royal devrait promouvoir la création et la mise en place à l'échelle provinciale et régionale de cellules de renseignements sur la santé (CRS), implantées au sein des facultés de médecine, afin de favoriser les meilleurs mécanismes qui soient pour recueillir et analyser les données qui appuieraient la formation des médecins et guideraient les médecins en exercice, le tout dans le but de répondre aux besoins évolutifs de la société.

4. Le Collège royal devrait promouvoir une augmentation des services d'orientation professionnelle destinés aux étudiants en médecine et aux résidents afin qu'ils puissent être informés de la vaste gamme de possibilités de carrières en médecine, et qu'ils soient sensibilisés à la possibilité qu'ils ne puissent peut-être pas poursuivre leur formation dans la spécialité qu'ils ont choisie en premier lieu ou à laquelle ils accordent une préférence. À titre de partie prenante de ce dialogue, l'accent doit être mis sur la responsabilité, tant individuelle que collective, des médecins de se fixer comme objectif primordial de répondre aux besoins de la société en matière de soins de santé.

5. Le Collège royal devrait préconiser un meilleur accès et des occasions élargies pour les spécialistes en exercice de découvrir des façons diverses et novatrices d'adapter et de modifier leur pratique en vue de répondre aux besoins évolutifs de leur collectivité en matière de soins de santé. Il faudrait offrir un éventail d'options, dont la souplesse serait la caractéristique fondamentale. Une telle approche améliorée du PPC exigera le soutien des facultés de médecine, des autorités de financement, des organismes de régulation dans le domaine médical et des associations nationales de spécialistes.

Les points suivants regroupent les domaines dans lesquels le Collège royal peut exercer une influence directe et a une responsabilité au chapitre de la mise en œuvre des changements.

6. Le Collège royal devrait continuer à modifier ses normes d'agrément de programmes afin de cibler davantage les mesures fondées sur les résultats en vue de faire preuve d'imputabilité à l'égard de la réponse aux besoins de la société en matière de soins de santé. Ce travail doit porter à la fois sur les aspects quantitatifs et qualitatifs de la FMPD. À titre d'exemple, le suivi pendant un certain nombre d'années de la carrière des diplômés des programmes de résidence pourrait fournir des renseignements utiles sur la manière dont les programmes répondent aux besoins recensés (statistiques, types de pratique, emplacement, diversité des rôles professionnels, etc.). La mise en place d'un tel suivi serait possible, à tout le moins en partie, grâce à la cueillette de données par l'entremise du Bureau des affaires professionnelles du Collège royal et à la participation des spécialistes au programme de PPC. Ces renseignements seront également précieux dans le cadre de la boucle de rétroaction qui doit éclairer les décisions à prendre en matière de planification des RHS.

7. Le Collège royal, principalement par l'intermédiaire de son Bureau des affaires professionnelles, devrait promouvoir, soutenir et adopter la philosophie selon laquelle les spécialistes en exercice doivent maintenir leur souplesse d'adaptation aux besoins évolutifs de la société en matière de soins de santé. Cette approche devrait soutenir et être conjuguée avec une insistance et des efforts accrus au cours de la phase de FMPD du continuum de la formation médicale en vue de préparer les diplômés à une vie professionnelle placée sous le signe de la souplesse et de l'adaptabilité. À cet égard, le Collège royal doit continuer à mettre l'accent sur la souplesse dans les programmes de résidence et à la soutenir, particulièrement aux niveaux moins avancés, afin de permettre aux médecins de modifier leur choix de spécialité, avec une reconnaissance maximale

de l'expérience acquise et un effet minimal sur la durée totale de la formation. Le Collège royal doit, de concert avec les programmes de résidence et les facultés de médecine, démontrer qu'il fait la promotion de la souplesse et de l'adaptabilité auprès de chaque résident et spécialiste en exercice.

- 8.** Le Collège royal doit continuer de se préoccuper des aspects qualitatifs de la réponse aux besoins de la société au moyen de la mise en œuvre permanente du cadre de compétences CanMEDS. Ces efforts doivent être soutenus et améliorés, au fur et à mesure que la formation médicale

fondée sur les compétences est de plus en plus intégrée à la FMPD. Il faut continuer de soutenir le rôle d'enseignant clinicien du Collège royal, et probablement même l'élargir. À titre de partie prenante de l'aspect qualitatif de la réponse aux besoins de la société, les résidents devraient pouvoir profiter de l'accès à un plus grand nombre d'occasions de se familiariser avec les déterminants sociaux de la santé (par l'intermédiaire du rôle du collaborateur, par exemple), afin d'être en mesure de mieux comprendre et intégrer dans leur pratique clinique ces éléments importants des soins de santé.

RÉFÉRENCES

1. BOELEN, C. 1999. « Adapting health care institutions and medical schools to societies' needs », *Academic Medicine* **74** (8 Suppl): S11-S20.
2. SANTÉ CANADA. 2001. *Imputabilité sociale. Une vision pour les facultés de médecine du Canada*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
3. ROSE, G. 1992. *Strategy of Preventive Medicine*, Oxford, Oxford University Press, cité dans ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS (Royaume-Uni). 2010. *How doctors can close the gap. Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education*, Londres, Royal College of Physicians policy statement.
4. LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA. 2012. *Définir les besoins de la société en matière de santé. Définition et guide du Collège royal*, Ottawa, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
5. FRANK, J. R. (dir.). 2005. *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
6. ROURKE, J. 2010. « How can medical schools contribute to the education, recruitment and retention of rural physicians in their region? », *Bull World Health Organization* **88** (5):395-6.



2. Le généralisme : atteindre un équilibre avec la spécialisation



Auteurs

Jim Wilson, MD, FRCSC
Graham Bullock, MD, FRCPC
Paul Dagg, MD, FRCPC
Rebekah Smith, MPH, candidate au MD
Minoli Amit, MD, FRCPC
William N. Fitzgerald, FRCSC
Danielle Fréchette, CM, MD, MPA
Kevin Imrie, MD, FRCPC
Nicole Robbins, MD, FRCSC
Linda Snell, MD, MHPE, FRCPC, FACP
John Steeves, M.Ed., MD, B.Sc., FRCSC
Jennifer Stewart, MHS/MES
Jason R. Frank, MD, MA (Ed), FRCPC



Le généralisme : atteindre un équilibre avec la spécialisation

« Je ne taillerai pas les calculeux, mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent. »

Hippocrate de Cos, vers 400 av. J.-C

[TRADUCTION] « Le bon médecin traite la maladie; le grand médecin traite le patient qui souffre de la maladie. »

William Osler, 1913

RÉSUMÉ

Le généralisme, qui est une valeur fondamentale largement préconisée en médecine et dans la formation médicale, n'est pas un concept bien compris. Il existe une pléthore de définitions de ce mot, ainsi qu'une confusion continuelle entre les termes « généralisme » et « généraliste ».

Le groupe de travail sur le généralisme mandaté par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a élargi la discussion sur le généralisme au Canada; il tente de mettre au point une définition pratique des concepts de généralisme et de médecins généralistes. Cette définition s'appliquerait tant aux médecins de famille qu'aux médecins spécialistes.

Il semble qu'il soit nécessaire de former davantage de généralistes-spécialistes afin de répondre aux besoins de la société; par contre, cela pose des défis, notamment en ce qui a trait au contenu caché de la formation médicale et à la rémunération des généralistes-spécialistes en exercice, qui sous-estiment tous deux le généralisme.

Le présent document examinera le concept de généralisme tel qu'il est appliqué à la formation médicale postdoctorale, ainsi que ses incidences potentielles sur les médecins exerçant une spécialité au Canada.

INTRODUCTION

Depuis l'aube de l'ère connue de la médecine occidentale, il existe une tension dynamique entre ceux qui offrent à leurs patients un vaste éventail de services médicaux et les spécialistes qui exercent dans un champ restreint d'expertise. Dans l'un des passages les plus souvent cités de son serment, Hippocrate enjoint ses acolytes à ne pas tailler les calculeux et indique que ce service clinique doit être offert par ceux ayant des aptitudes spéciales. Le vaste éventail de services spécialisés que nous reconnaissons de nos jours était bien défini dès le XIX^e siècle. Dans son rapport de 1910¹, Flexner considérait le programme fondé sur la science offert par la Faculté de médecine de l'Université Johns Hopkins et l'organisation des services cliniques en spécialités pour soutenir la formation médicale comme étant le modèle éducatif idéal. Ce rapport a eu de profondes répercussions sur le contenu du programme de formation médicale et sur la pratique subséquente des diplômés des facultés de médecine en Amérique du Nord. La question du généralisme et les conséquences de la spécialisation préoccupaient déjà Osler pendant la première moitié du XX^e siècle. Il a reconnu le caractère inévitable de la surspécialisation en raison du progrès des connaissances médicales. Cependant, il pensait que la spécialisation constituait une limite sur le plan intellectuel et il considérait le généralisme comme étant une valeur fondamentale de la médecine². Cette valeur a été largement acceptée et elle continue à imprégner la plupart des discussions sur la pratique spécialisée. Par contre, malgré son importance, il y a eu peu de tentatives de décrire le sens du « généralisme » dans le contexte de la médecine spécialisée au Canada.

Lorsque le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a été fondé en 1929, il existait deux spécialités : la médecine et la chirurgie. Mais en l'espace de huit ans, plusieurs spécialités ont été ajoutées, à la demande de l'Association médicale canadienne. Depuis ce temps, il y a eu un accroissement quasi continu du nombre et de la variété des spécialités et surspécialités, sauf pendant deux courts moratoires au cours desquels le

processus de demande a été interrompu afin d'évaluer le processus d'approbation et de ralentir la fragmentation apparemment inévitable de la pratique médicale et de la prestation des soins. En 2013, le Collège royal reconnaît 67 disciplines, soit 29 spécialités, 35 surspécialités et 3 programmes spéciaux. Il existe également 10 domaines de compétence ciblée (diplômes). La surspécialité la plus récemment approuvée, la médecine interne générale, reconnaît l'éventail et la complexité d'une approche généraliste en matière de soins cliniques.

L'approbation de chacune des nouvelles disciplines a suscité des préoccupations chez plusieurs personnes participant à l'organisation de la prestation des services cliniques, particulièrement chez les gouvernements provinciaux et fédéral, qui s'inquiètent que la fragmentation des soins et du rétrécissement du champ de pratique et de l'expertise soient préjudiciables à la prestation de services de santé au Canada.

Le Collège de pratique générale du Canada a été fondé en 1954, en vue de reconnaître et de soutenir le rôle des omnipraticiens. En 1967, il a été réorganisé et il porte depuis le nom de Collège des médecins de famille du Canada; en 2007, il a officiellement reconnu la médecine familiale comme une spécialité. Ainsi, dans le contexte canadien, il n'existe plus d'omnipraticiens, car le permis d'exercice exige l'obtention du certificat du Collège royal ou du Collège des médecins de famille. De même, il n'existe actuellement aucune organisation nationale qui reconnaît et soutient les généralistes dans l'ensemble du spectre de l'exercice de la médecine.

En 2001, pour répondre à cet enjeu, le Collège royal a mis sur pied un groupe de travail sur le généralisme, sous la coprésidence des Drs Paul Dagg et Jim Rourke. Cela a conduit à la tenue d'une conférence consensuelle en février 2012, à laquelle ont participé des enseignants, des représentants des ordres provinciaux des médecins, des gestionnaires de système de santé, des spécialistes en

exercice et des médecins de famille provenant de collectivités urbaines et rurales. À la suite de cette conférence, une ébauche de rapport a été rédigée et transmise aux membres du groupe de travail à la fin de 2012³.

Certaines personnes croient qu'il existe une dichotomie entre le généralisme et la spécialisation, et que les généralistes et les spécialistes se situent chacun aux extrémités opposées d'un spectre. Ainsi, dans le passé, les généralistes ont été perçus comme étant des médecins moins « complets », alors que dans les faits, une pratique dont la portée est large exige davantage des praticiens qu'un champ de pratique limité dans lequel le médecin n'a à gérer que des problèmes cliniques familiers, bien que possiblement plus complexes. Plusieurs rapports ont conclu que face à des problèmes et interventions cliniques particulièrement complexes, les surspécialistes affichent de meilleurs résultats, quoiqu'il n'y ait pas d'avantage apparent lié à la gestion de problèmes cliniques courants. De plus, les surspécialistes sont fréquemment cités dans les médias lorsqu'il s'agit de commenter ou d'expliquer des enjeux complexes des soins de santé, et ils reçoivent souvent des prix et des distinctions pour leur expertise ciblée.

Les généralistes, par contre, sont perçus comme trimant dur « dans les tranchées », et les étudiants en médecine et les résidents les prennent rarement pour modèles. Les généralistes sont également plus susceptibles d'éprouver des problèmes de conciliation travail-famille, car ils ont la volonté et la capacité de recevoir des patients présentant des problèmes complexes et indifférenciés. Il est probable que les généralistes en milieu universitaire fassent plus d'enseignement et voient un plus grand nombre de patients ou différents types de patients, et que cela limite leurs activités de recherche. Et lorsqu'il s'agit de reconnaître un professeur au sein d'une faculté ou de lui offrir une promotion, ce sont habituellement les bourses de recherche et les publications en découlant qui servent à mesurer l'excellence; or, cela peut être plus difficile à accomplir pour un médecin généraliste. Par conséquent, les

médecins généralistes en milieu universitaire ont tendance à s'intéresser aux activités de formation médicale et à la recherche consacrée aux systèmes de santé, et ces domaines occupent rarement l'avant-scène de la sphère publique. Cependant, les généralistes sont probablement mieux placés pour agir sur les grands déterminants de la santé au sein d'une population, y compris l'éducation, l'emploi, l'environnement et le revenu familial, et pour orienter l'avenir du système de prestation de soins de santé au Canada.

Le présent document a pour but d'examiner le concept de généralisme, une qualité qui semble absente des programmes de résidence actuels au Canada et, par la suite, de la pratique spécialisée. L'hypothèse voulant que le généralisme soit un terme bien compris est inhérente à ce dialogue. Dans les faits, il existe une multitude de définitions du généralisme, ce qui accroît la confusion et les malentendus. Le présent document va se pencher sur ce qui suit :

- examiner les définitions actuelles du terme « généralisme » et proposer un ensemble initial de compétences généralistes afin que les spécialités du Collège royal les élaborent davantage;
- définir certains principes du généralisme dans le contexte de la médecine spécialisée;
- examiner les possibilités que des avenues de recherche puissent soutenir la mise sur pied d'une initiative généraliste dans le système de soins de santé canadien;
- discuter du nombre de médecins généralistes-spécialistes dans le contexte canadien, ainsi que de l'équilibre quant au nombre de médecins généralistes, tant à l'échelle internationale que nationale;

- examiner les enjeux liés à la préparation d'effectifs médicaux équilibrés par les facultés de médecine du Canada en vue de répondre aux besoins de la population canadienne.

DÉFINITIONS

Plusieurs définitions et concepts ont été utilisés pour décrire le généralisme. Chacune de ces définitions possède des avantages inhérents, mais présente également d'importants problèmes qui altèrent l'efficacité de son utilisation.

Le généralisme défini comme un ensemble particulier de disciplines :

- Aux États-Unis, cinq disciplines généralistes ont été reconnues : la médecine familiale, la médecine interne, l'obstétrique et la gynécologie, la pédiatrie et la médecine d'urgence. Dans ces disciplines, les patients ont un accès direct à tous les médecins, tant spécialistes que généralistes.
- Dans les années 1990, George Goldsand a défini cinq disciplines généralistes pouvant s'appliquer au contexte canadien : la médecine interne, la pédiatrie, la chirurgie générale, la médecine d'urgence et la pathologie générale⁴. Cependant, cette définition limite l'utilité du terme à une liste restrictive de disciplines et ne comprend pas la médecine familiale.

Le généralisme défini comme un premier point d'accès au système de soins de santé :

- Les généralistes sont les médecins prodiguant les soins primaires auxquels les patients ont un accès direct. Cela correspond habituellement à la médecine familiale; cependant, dans le contexte du Collège royal, cette définition ne s'appliquerait qu'à la médecine d'urgence.

Le généralisme défini par la population traitée :

- Les médecins généralistes sont ceux qui reçoivent et prennent en charge les patients présentant des problèmes indifférenciés. Dans le contexte canadien, cela exclurait probablement la plupart des disciplines du Collège royal, car les patients ne consultent les spécialistes que lorsque leur médecin les y envoie.
- Les généralistes traitent des problèmes cliniques très vastes et reçoivent des patients présentant de multiples maladies ou des maladies touchant plusieurs systèmes organiques. Cependant, cette définition réfère encore à plusieurs disciplines qui ne sont généralement pas reconnues comme étant généralistes (p. ex., la génétique médicale).

Le généralisme défini comme un ensemble de compétences/attitudes/philosophies ou une approche en matière de soins prodigués aux patients :

- Les généralistes ont une pratique intégrative qui réunit plusieurs domaines de pratique clinique. Cependant, cela pourrait inclure plusieurs des surspécialités actuellement reconnues par le Collège royal (p. ex., la médecine de la douleur et la médecine palliative).
- Le généralisme est défini par les compétences transversales CanMEDS, qui sont communes à tous les médecins⁵.

Le généralisme défini comme une formation de base ou comme un point d'accès direct au sortir de la faculté de médecine :

- Les généralistes reçoivent une formation moins approfondie, malgré le constat que les médecins généralistes comme les chirurgiens généralistes ont besoin de périodes de formation plus longues pour acquérir les aptitudes nécessaires en orthopédie et en obstétrique et gynécologie, comparativement à des chirurgiens exerçant en chirurgie générale communautaire.

- Le généralisme est une compétence fondamentale sur laquelle reposent les spécialités et les surspécialités. S'il est implanté au Canada, ce concept, que le système de formation médicale postdoctorale (FMPD) du Royaume-Uni a adopté, pourrait avoir pour effet indésirable d'allonger la durée de la formation pour les spécialités et les surspécialités.

- Les spécialités généralistes correspondent à celles dont l'accès en R1 se fait par l'entremise du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS). Cela recouvre plusieurs disciplines qui seraient normalement considérées comme étant des surspécialités dont la portée est restreinte (p. ex., la neuropathologie et la neurologie pédiatrique).

Le généralisme défini comme l'antonyme de la spécialisation :

- Cette définition ne tient pas compte de l'importance des spécialités généralistes, comme la médecine interne, ainsi que d'autres spécialités qui reposent sur une base plus large, comme la chirurgie générale.

En dépit des problèmes qu'elles posent, plusieurs de ces définitions regroupent les concepts importants qui alimentent la définition pratique que nous voulons mettre au point dans le présent document. Le fait est que peu importe la définition retenue, celle-ci aura une incidence sur la formation des médecins spécialistes au Canada. Le texte qui suit nous a servi de définition pratique du généralisme dans les cadres du présent document et de la formation des résidents pour les spécialités du Collège royal :

Le généralisme est une philosophie de soins, selon laquelle le médecin reconnaît que des soins généraux de large portée sont prodigués aux patients, et le médecin qui adhère aux valeurs du généralisme est prêt et disposé à combler les lacunes existantes dans le système de prestation de soins de santé.

Les principes du généralisme s'appliquent aux spécialités et aux surspécialités du Collège royal. Un spécialiste qui porte des valeurs de généralisme travaille directement avec les prestataires de soins primaires, particulièrement avec les médecins de famille. Idéalement, les médecins sont en mesure d'établir leur pratique clinique de manière à répondre aux besoins de la collectivité et éviter d'avoir à restreindre leur champ de pratique.

Le groupe de travail sur le généralisme a simplifié la formulation précédente et y a apporté des précisions, pour en arriver à proposer la définition suivante :

Le généralisme est une approche en matière de soins et une philosophie de la médecine qui valorisent la capacité à satisfaire les besoins des patients et un engagement en faveur d'une pratique étendue au sein d'une discipline.

À la lumière de cette dernière définition, on constate que pratiquement toutes les spécialités et surspécialités du Collège royal contiennent certains aspects du généralisme, et que les documents établissant les objectifs de formation incorporent les connaissances larges et les aptitudes attendues de chaque diplômé d'un programme de résidence agréé par le Collège royal. Une composante importante du généralisme consiste à maintenir dans leur intégralité l'étendue et la profondeur de la discipline telle que définie par les objectifs de formation, alors que le retrait d'une composante des objectifs de formation aurait pour effet de rétrécir le champ de pratique. Les diplômés des programmes de résidence dans une spécialité au Canada doivent être en mesure de reconnaître toute maladie (à défaut de la traiter) qu'ils sont susceptibles de voir au cours de leur pratique, même si elle ne fait pas partie de leur champ de pratique habituel ou de leur domaine de spécialisation.

Les compétences généralistes qu'on attend des spécialistes et des surspécialistes du Collège royal doivent incorporer les concepts suivants :

1. La capacité, l'engagement et le mandat de recevoir en consultation, d'examiner et de prendre en charge des patients dont les problèmes relèvent de l'ensemble du champ de pratique d'un spécialiste ou d'un surspécialiste, tel qu'il est défini dans le document établissant les objectifs de formation de cette discipline
2. Des connaissances pratiques suffisantes de l'exercice de la médecine, définie de façon large, afin d'intégrer et de collaborer efficacement avec les médecins en soins primaires et les autres spécialistes, en vue de prodiguer des soins centrés sur le patient.

Ces deux composantes peuvent s'appliquer à pratiquement toutes les spécialités et surspécialités du Collège royal. De plus, cette approche permet de nous assurer que les concepts de généralisme sont valorisés et soutenus tout au long de la résidence et dans la pratique active d'une spécialité. Les modèles de pratique évoluent au cours de la vie professionnelle d'un médecin; ils sont influencés par les besoins de la collectivité, les progrès constants des connaissances médicales et les préférences personnelles de chacun. À la lumière de cette description, les médecins non généralistes sont ceux qui restreignent considérablement leur pratique au sein de leur discipline et auxquels les patients n'ont habituellement accès que s'ils y sont dirigés par d'autres spécialistes. L'apparent décalage entre la formation dans une spécialité et les postes actuellement disponibles souligne l'importance de veiller à ce que le système éducatif réponde aux besoins de la société. [\[Voir Répondre aux besoins de la société en matière de santé.\]](#) On pourrait formuler l'hypothèse selon laquelle les facteurs incitant à la surspécialisation et la restriction du champ de pratique qui en découle sont davantage liés aux exigences des centres universitaires des sciences de la santé qu'à la satisfaction des besoins de la société.

MOTEURS DE CHANGEMENT

Le décalage entre les médecins spécialistes et les médecins généralistes a été mis en relief à la fois par le gouvernement, les planificateurs des soins de santé et les groupes de médecins. La responsabilité du système de formation médicale eu égard à la préparation de médecins en vue de répondre aux besoins de la société a été reconnue dans le rapport de l'Association des facultés de médecine du Canada, intitulé *L'avenir de l'éducation médicale au Canada : une vision collective pour les études médicales prédoctorales*⁶; ce rapport insiste sur quatre recommandations particulières en ce qui a trait à l'importance des compétences généralistes dans le cadre de la formation médicale :

1. Veiller à ce que le processus de planification des ressources humaines de la santé harmonise la répartition des généralistes et des spécialistes au sein des effectifs médicaux avec les besoins de la population.
2. Répertoire et éliminer les éléments du programme caché qui dévalorisent le généralisme et la médecine familiale.
3. Accroître la représentation des généralistes au sein des facultés et parmi les précepteurs.
4. Offrir aux étudiants des occasions d'apprentissage qui leur permettent de rencontrer des patients ayant des problèmes indifférenciés et d'être mis en présence de la maladie dans des contextes naturels, et ce, dès le début de leur formation⁶.

Formation

Le modèle canadien de prestation de soins de santé est basé sur un solide système de soins primaires, qui offre un accès secondaire aux services des spécialistes aux patients qui leur sont envoyés par d'autres médecins. Mais les besoins en matière de santé de la population canadienne dépendent de plusieurs déterminants sociaux bien définis,

notamment l'éducation, l'emploi, un environnement sain, y compris l'accès à de l'eau et de l'air non pollués, un logement décent et une alimentation saine. En tant qu'organisme d'agrément qui reconnaît des spécialités individuelles, le Collège royal a la responsabilité particulière de répondre à ces besoins.

Le système actuel semble former des médecins qui sont le reflet fidèle de leurs enseignants cliniques qui travaillent dans des centres universitaires des sciences de la santé. Ces centres comptent un grand nombre de médecins capables de pratiquer dans un secteur restreint au sein de leur spécialité ou surspécialité. En prenant leurs précepteurs pour modèles de référence, les résidents apprennent à calquer leurs propres pratiques sur ces modèles restrictifs d'activité clinique. De plus, à la fin de leur programme de résidence, plusieurs résidents suivent une formation complémentaire. Un certain nombre de raisons ont été avancées pour expliquer ce phénomène, notamment l'insécurité qu'éprouvent les résidents au moment d'entamer leur pratique de manière autonome, l'augmentation du nombre de bons postes non universitaires à pourvoir, alors que certains grands hôpitaux communautaires sont à la recherche de candidats ayant un bagage particulier de compétences, ainsi que l'intérêt à décrocher des postes dans les centres universitaires des sciences de la santé qui, avant de recruter, exigent presque toujours de la formation supplémentaire ou une expertise en recherche. Les centres universitaires des sciences de la santé dépendent dorénavant des stagiaires ayant reçu une formation pour offrir des programmes cliniques complexes.

Recrutement et gratification des généralistes

À l'époque où les effectifs médicaux étaient insuffisants, les résidents avaient la chance d'avoir accès à un éventail illimité de possibilités d'emploi. Avec l'accroissement du nombre de diplômés des facultés de médecine et des programmes de résidence au cours des 10 dernières années, cette pénurie de médecins commence à se

résorber et, d'ailleurs, certaines spécialités affichent maintenant un surplus de diplômés (p. ex., en radio-oncologie, en chirurgie cardiaque et en neurochirurgie). Le rééquilibrage des postes en résidence en vue de répondre aux véritables besoins en ressources humaines de la santé offre l'occasion de rétablir l'équilibre entre les généralistes et les médecins hautement spécialisés.

Le fait que les intervenants n'aient pas une compréhension claire de la nécessité de former des médecins généralistes, de les soutenir et de les appuyer engendre des problèmes de financement, notamment une réduction de la rémunération des médecins généralistes. Cela a une incidence négative sur le recrutement. En médecine familiale, on a constaté un élan vers une plus grande souplesse professionnelle, ce qui attire les étudiants en médecine⁷; les disciplines du Collège royal devront veiller à ce qu'au terme de leur formation, les résidents dans une spécialité puissent mettre en œuvre leurs propres pratiques et les faire évoluer de manière à répondre aux besoins de la société. La restructuration de l'organisation de la prestation de services en médecine familiale a permis la mise en place de soins prodigués par des équipes; cela a également augmenté l'attrait de la médecine familiale comme choix de carrière pour les étudiants en médecine de niveau prédoctoral au Canada.

Pratique

Dans le cadre de leur pratique, la plupart des médecins spécialistes exercent certaines activités en milieu hospitalier. Au cours des 20 dernières années, le système hospitalier au Canada a fait l'objet d'une restructuration quasi continue. Les plus petits hôpitaux, particulièrement ceux situés près des grands centres, ont dû réorganiser et rationaliser leurs services cliniques et, dans bien des cas, ceux-ci ont été centralisés dans les plus grands hôpitaux communautaires. Le recours aux technologies coûteuses pour soutenir les services cliniques a également entraîné ce processus de centralisation. Et les programmes de spécialisation au sein de ces institutions centralisées ont contribué à cette tendance vers une pratique plus restreinte. Bien que la plupart des hôpitaux régionaux soient bien pourvus en diplômés des programmes de résidence, il reste qu'un

certain nombre d'hôpitaux en milieu rural et isolé luttent pour maintenir un éventail de services spécialisés compte tenu de leur population. Selon le Sondage national des médecins réalisé en 2005, près du quart de la population canadienne pourrait être définie comme étant rurale, alors que seulement 9,4 pour cent des médecins sont établis dans les régions rurales⁸. En dépit de ce fait, les Canadiens vivant en région rurale sont davantage touchés par la maladie, et leur espérance de vie est plus courte. Il va de soi que la communauté médicale et les enseignants en médecine doivent s'attaquer à ce problème⁹.

Comme nous l'avons exposé dans la présente section, pendant leur programme de formation, les étudiants en médecine et les résidents sont soumis à de fortes pressions afin qu'ils délaissent les principes du généralisme, et il faut aborder ces pressions directement.

AFFRONTER LES OBSTACLES AU CHANGEMENT

Le généralisme semble être un concept qui s'oppose directement à la tendance, que l'on observe depuis des temps immémoriaux dans la plupart des domaines de l'activité humaine, vers l'accroissement de la spécialisation. Ce sera un défi de renverser, et encore davantage de stabiliser, cette tendance en médecine. Cependant, puisque l'objectif fondamental du système de formation médicale est de fournir le nombre et la variété appropriés de médecins en vue de répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé, il y a une forte volonté d'examiner la façon dont la FMPD peut faire en sorte qu'on se tourne vers les valeurs du généralisme.

Former des médecins pour répondre aux besoins d'une population canadienne diversifiée et disséminée sur un grand territoire exige que le système de FMPD tienne compte de ces données démographiques lors de la sélection et de la formation des résidents. Rourke a fait un résumé de certains des obstacles qui se dressent lors de la formation

des étudiants en médecine de niveau prédocteur dans le cadre de nos programmes¹⁰. Certains de ces obstacles s'appliquent également à la FMPD. De plus, lors de la sélection, la formation postdoctorale est également influencée par des partis pris et des occasions, entre autres facteurs.

Organisation et structure de la FMPD

L'organisation de la formation des résidents constitue un des défis à relever lorsqu'on entend mettre un accent plus prononcé sur le généralisme. À l'heure actuelle, plusieurs programmes de résidence consistent de stages dans une variété de services de subspecialité. Ce modèle n'est peut-être pas la façon la plus efficace de préparer des médecins à la pratique généraliste, si l'on tient compte en particulier du rôle important que les mentors semblent jouer dans le choix de carrière¹¹. Le modèle actuel rappelle la structure organisationnelle de l'internat rotatoire, qui s'est finalement avéré inapproprié pour préparer les médecins à la pratique générale.

De plus, les résidents ont peu d'occasions d'interagir avec les médecins spécialistes implantés dans une région ou une collectivité, et encore moins d'expérimenter d'autres modèles de prestation des soins. [\[Voir Diversification des contextes d'apprentissage.\]](#) Au contraire, plusieurs résidents ont l'impression que les médecins spécialistes qui travaillent à l'extérieur des grands centres universitaires sont de « moindre qualité ». Ce courant sous-jacent et tacite, qui fait partie du contenu caché, dévalorise les apports des médecins généralistes. Il se peut que cette attitude soit renforcée par le fait que le personnel de certains centres régionaux ou communautaires, habituellement isolés, est constitué de médecins spécialistes formés à l'étranger, dont certains ne correspondraient pas à la « norme d'excellence » de la certification du Collège royal.

Les postes de stage de perfectionnement postrésidence sont offerts en vue d'améliorer la prestation de services cliniques, sans nécessairement comporter des objectifs éducatifs bien définis pour les personnes participant à ces programmes. Bien qu'il y ait un besoin impératif d'assurer les services offerts par les grands établissements, plusieurs professionnels sont déjà à l'œuvre pour prodiguer ces soins aux patients. Il faudrait faire des recherches plus poussées afin de mieux comprendre la façon dont ces stages de perfectionnement peuvent avoir une incidence sur le généralisme; ces recherches pourraient examiner le nombre de participants aux stages de perfectionnement, les lieux où ils reçoivent la formation, ainsi que les objectifs de formation et les aptitudes qu'ils doivent acquérir, tout en reconnaissant l'effet potentiel des programmes de perfectionnement postcertification sur l'organisation et la prestation des services cliniques dans les centres universitaires des sciences de la santé.

De plus, le soutien accordé aux médecins généralistes en exercice qui souhaitent maintenir leur compétence dans un vaste éventail de champs de pratique est limité. Il est difficile et habituellement financièrement pénalisant de se réinscrire à une formation postdoctorale, et ce, dans la mesure où elle est disponible. Plutôt que de participer à de courtes périodes de perfectionnement, on attend des médecins qu'ils maintiennent leur compétence en s'inscrivant à des programmes officiels de résidence qui durent plusieurs années.

Système de prestation des soins de santé et gouvernement

La mise sur pied d'équipes inter et intraprofessionnelles qui prodiguent des soins centrés sur le patient a eu pour effet de diviser davantage l'organisation des soins cliniques. Il se peut que dans les hôpitaux régionaux, les diplômés des programmes de spécialisation du Collège royal n'aient pas accès à un vaste éventail de collègues exerçant dans une spécialité ou une subspecialité et que par conséquent,

ces diplômés estiment qu'ils sont mal préparés pour la pratique clinique dans ces établissements, où il pourrait être nécessaire de posséder des compétences et des connaissances plus étendues. Il n'est donc pas surprenant que les centres régionaux et de plus petite taille aient eu et aient encore des difficultés à recruter de nouveaux diplômés canadiens.

Les spécialistes récemment certifiés qui ont été formés auprès d'autres spécialistes se sentent plus à l'aise dans les grands hôpitaux métropolitains, où leur expertise limitée, mais hautement qualifiée, correspond davantage à leur champ de pratique. La surspécialisation des services que l'on observe dans les grandes villes n'est pas possible dans les plus petits hôpitaux régionaux, et encore moins dans les régions rurales ou isolées. On constate que plusieurs spécialistes ayant une vaste expertise et qui exercent dans les régions rurales sont en grande partie des diplômés formés à l'étranger; cela a suscité des inquiétudes quant au fait que les programmes d'études et les milieux de formation de nos diplômés d'ici ne répondent pas aux besoins des Canadiens.

Les besoins de services des centres universitaires des sciences de la santé exigent la disponibilité immédiate d'une réserve importante de résidents. Cela limite la possibilité pour les résidents d'aller plus loin afin d'expérimenter d'autres modèles de soins. Cependant, lorsque les résidents peuvent passer du temps à l'extérieur des centres universitaires des sciences de la santé, ils sont souvent confrontés aux défis et occasions que la pratique généraliste peut leur offrir; cela peut stimuler leur intérêt à poursuivre une pratique plus généraliste et à travailler dans un éventail plus large de milieux.

Les ordres provinciaux et territoriaux des médecins ont compétence pour encadrer l'exercice de la médecine par des médecins au Canada. De plus en plus d'ordres des médecins définissent un champ de pratique pour les médecins afin de s'assurer qu'ils sont aptes à fournir des services cliniques définis. Cette tendance à définir

les spécialités et le champ de pratique pourrait aller à l'encontre de l'objectif de former des médecins plus généralistes qui, par nécessité, possèdent un éventail plus large de compétences et de connaissances qu'un surspécialiste dont le champ de pratique est défini de façon étroite. Le corollaire est de veiller à ce que les médecins en exercice soient conscients de leurs propres compétences et limites au chapitre de leur expertise clinique, en vue d'assurer la sécurité des patients et d'offrir des soins de haute qualité.

Les gouvernements consultent souvent les universités sur des sujets en lien avec la formation en résidence des médecins spécialistes. Les leaders d'opinion sur cette question sont habituellement les professeurs d'expérience au sein des facultés universitaires. Ainsi, lorsqu'il faut définir une orientation en matière de prestation de services de santé, y compris en ce qui a trait au financement, on demande un avis à titre d'experts à des leaders d'opinion, dont les intérêts pourraient être conflictuels. Par conséquent, il serait avisé que les gouvernements demandent une expertise supplémentaire provenant d'une autre source afin d'avoir un point de vue plus complet sur des sujets en lien avec la formation des résidents.

La rémunération des médecins spécialistes est rapidement en voie de devenir un défi pour plusieurs provinces. La tendance à soutenir des groupes d'universitaires dans le cadre d'ententes contractuelles spéciales a considérablement changé le paysage et a engendré davantage de tensions entre les médecins universitaires (qui sont souvent des « médecins dont la pratique est ciblée ») et les médecins non universitaires (qui sont des généralistes).

Universités

Le constat selon lequel l'avancement professionnel futur dans un milieu universitaire exige que l'on se consacre à la recherche et à la publication plutôt qu'aux soins

prodigués aux patients constitue un important facteur qui influence les étudiants en formation. Les ministères provinciaux de la Santé subventionnent les universités en vue de soutenir leur mission d’enseignement et de recherche. L’équilibre entre la prestation de services cliniques et le mandat des universités a par conséquent été modifié par rapport au modèle traditionnel dans lequel la prestation des services cliniques finançait directement l’enseignement et la recherche.

Les collectivités du Canada recrutent des spécialistes de partout dans le monde. Il est de notoriété publique que dans environ 75 pour cent des régions et des secteurs ruraux de la Saskatchewan, les médecins, y compris les généralistes-spécialistes, sont formés à l’étranger¹². Plusieurs de nos généralistes-spécialistes formés au Canada choisissent de rester dans les grands centres, et souvent, on les encourage à accepter des postes de médecins hospitaliers ou de formateurs, ainsi que des postes particuliers, comme à l’urgence ou dans les cliniques spécialisées. La plupart de ces postes sont salariés ou contractuels, et ils sont négociés dans le cadre d’autres ententes de financement des départements universitaires. L’éventail des compétences des personnes qui occupent ces postes devient rapidement assez restreint, et ces médecins ne sont pas disponibles pour travailler à titre de véritables généralistes-spécialistes, même comme médecins suppléants pour soutenir des collectivités en difficulté.

Champ de pratique restreint

Les médecins spécialistes acquièrent souvent une expertise dans des domaines hautement définis, ce qui favorise chez eux une tendance à restreindre leur champ de pratique. Le fait que ces médecins exercent dans des champs de pratique aussi étroits peut restreindre encore davantage la capacité des patients à avoir accès à des spécialistes et limiter la disponibilité des médecins en mesure d’offrir des services sur appel. D’autre part, la pratique généraliste, qui encourage jusqu’à un certain degré une pratique élargie, peut être perçue comme

étant plus difficile, particulièrement au chapitre du maintien des compétences. Pour les généralistes, le maintien de leurs aptitudes et compétences exige qu’ils adoptent une approche plus large afin d’étendre rapidement leur base de connaissances dans chaque spécialité et surspécialité.

RECOMMANDATIONS

Les obstacles dont nous avons discuté dans le présent document offrent également des occasions de changement. Les recommandations suivantes constituent des mesures que le Collège royal peut, en tant qu’organisme d’agrément et de certification des spécialistes canadiens et important porte-parole de la médecine spécialisée au Canada, mettre en œuvre afin de favoriser au sein de la médecine spécialisée une démarche axée vers le généralisme. Ces recommandations se penchent sur certains enjeux généraux, ainsi que sur les enjeux relatifs à la formation et à la pratique des médecins spécialistes.

Recommandations générales

1. Le Collège royal devrait mettre le généralisme en valeur en créant une rubrique des compétences généralistes reconnues par tous les programmes de spécialisation, et qui comprendrait ce qui suit :
 - a. une compréhension, dans le contexte de leur discipline, des besoins de la société en matière de santé et du mode de fonctionnement du système de soins de santé en dehors de leur programme de formation;
 - b. une amélioration des rôles CanMEDS de gestionnaire (afin d’inclure la structure et la fonction hospitalières, la réglementation des médecins et la structure du système

canadien de soins de santé), de professionnel, de promoteur de la santé, de collaborateur et d'érudit;

- c.** une insistance sur les compétences généralistes au sein des systèmes d'évaluation, tant au cours de la formation que lors des examens de certification.
- 2.** Le Collège royal devrait recueillir des données sur la pratique des généralistes-spécialistes et aider à faciliter une discussion plus approfondie sur le généralisme. En particulier, il devrait se concentrer sur le dialogue entre les gouvernements, qui favorisent souvent le généralisme, et les universités, qui offrent souvent une résistance. Le Collège royal devrait, le cas échéant, utiliser les activités de recherche exposées plus haut pour encourager la formation d'un plus grand nombre de généralistes-spécialistes.
- a.** En s'appuyant sur la recherche qui a déjà été faite sur le généralisme, le Collège royal devrait entreprendre une recherche en vue d'aider à préciser le terme « généralisme » dans le contexte de la médecine spécialisée.
 - b.** Le Collège royal devrait jouer un rôle de chef de file en regroupant les principaux acteurs en vue de recueillir des données en matière de ressources humaines de la santé. Plus précisément, il faudrait y inclure un suivi de la prestation au fil du temps des services de soins de santé spécialisés et la cueillette d'un plus grand nombre de données sur la pratique généraliste-spécialiste et sur les besoins pour ce genre de services, afin de mieux planifier en fonction des besoins en matière de soins de santé.

- c.** Le Collège royal devrait réaliser un sondage national auprès des médecins spécialistes qui travaillent actuellement dans de plus petites collectivités et dans des hôpitaux isolés. Cette information servirait à déterminer le nombre de médecins spécialistes dont nous aurons besoin à l'avenir, en plus des critères généralistes-spécialistes, tout en tenant compte de l'évolution constante du système hospitalier dans lequel la plupart des spécialistes exercent la médecine.
- d.** Le Collège royal devrait constituer un centre d'archivage de l'information sur le généralisme en médecine spécialisée et donner accès à cette information aux gouvernements, afin d'éclairer l'adoption de politiques en matière de santé et de planification des ressources humaines de la santé. Ce centre d'archivage pourrait par la suite être étendu afin de couvrir d'autres aspects de la médecine spécialisée.

Recommandations concernant les changements à apporter à la formation

- 3.** Le Collège royal devrait appuyer une exposition accrue aux champions du généralisme dans le cadre des programmes de formation en médecine. Ce genre d'expériences préalables à la résidence pourraient encourager les étudiants en médecine et les résidents à définir leurs objectifs de carrière de manière plus vaste et pourraient les prédisposer à choisir une pratique plus généraliste à la fin de leur résidence.
- 4.** Le Collège royal devrait travailler en vue d'améliorer la responsabilisation des programmes de formation des résidents et des universités qui

les parrainent, puisqu'ils répondent aux besoins en médecins de la population qu'ils desservent. Bien que d'habitude ce soit le gouvernement qui détermine le nombre total de médecins participant aux programmes de résidence, les universités ont la responsabilité de veiller à ce que la répartition des postes dans les programmes de spécialisation tienne compte des besoins de la population.

- a.** Le Comité d'agrément du Collège royal devrait examiner comment intégrer dans ses normes d'agrément la responsabilisation sociale, en mettant l'accent sur les principes généralistes. Par exemple, un des résultats du processus d'agrément devrait viser à s'assurer que les programmes remettent des documents de présondage contenant de l'information sur les types de pratique dans lesquels les résidents diplômés se sont engagés, y compris le nombre de personnes participant aux programmes de perfectionnement postrésidence et ce qui les a incités à prendre ces décisions.
 - b.** De même, des questions précises sur la façon dont le programme répond aux objectifs généralistes des objectifs de formation devraient être ajoutées au questionnaire de présondage. Les comités de spécialité devront préparer des questions en lien avec leurs propres disciplines.
- 5.** Le Collège royal devrait favoriser une certaine souplesse dans le système de FMPD afin de promouvoir le généralisme.
- a.** Les comités de spécialité devraient améliorer et définir clairement les compétences généralistes qu'on attend des consultants exerçant dans leurs disciplines, en adaptant les exigences de la formation spécialisée en vue de favoriser

un plus grand nombre de stages orientés vers des modèles de pratique généralistes et des compétences généralistes. Cela peut se faire dans le cadre de stages optionnels ou sélectifs; par contre, ces stages doivent être axés sur le généralisme.

- b.** Les comités de spécialité et les sous-comités de l'éducation doivent envisager d'améliorer la souplesse dans les programmes, en permettant aux résidents de passer plus de temps en stages cliniques dans des milieux non agréés; à l'heure actuelle, la durée de ces stages est limitée à six mois au cours d'un programme sur cinq ans. Puisque la plupart des établissements de soins de santé au Canada participent maintenant à la formation médicale et avec les améliorations apportées à la technologie en matière d'apprentissage, il est temps de réexaminer l'utilité de cette contrainte.
- c.** Les comités de spécialité devraient examiner comment ils pourraient améliorer la souplesse interspécialité qui permettrait aux résidents d'adapter leur formation à leur futur milieu professionnel, particulièrement pendant les dernières années. Ce serait le cas, par exemple, d'un résident qui voudrait exercer dans un milieu rural ou communautaire particulier et qui devrait posséder des compétences précises pour répondre aux besoins de cette population.
- d.** Le Comité des titres devrait envisager la possibilité d'ajouter des mécanismes supplémentaires afin de reconnaître des crédits pour la formation de généraliste. Ces mécanismes devraient soutenir les initiatives généralistes, tout en étant

évidemment adaptés à chaque discipline. Cela aiderait à promouvoir le retour dans le système de FMPD et à accroître l'importance du point de vue généraliste dans les programmes de formation spécialisée.

6. Le Comité d'agrément du Collège royal devrait mettre en place un service d'orientation professionnelle structuré et obligatoire pendant la formation des résidents. Ce service serait une occasion pour les résidents de s'informer au sujet des différentes carrières qui existent dans leurs spécialités et sur ce qu'une pratique qui inclut le généralisme dans la spécialité peut leur offrir, surtout dans la perspective de souplesse dans la carrière, tout en maintenant les normes établies en matière de formation des résidents.
 - a. Le Comité d'agrément devrait envisager d'ajouter dans les documents de présélection des questions au sujet du service d'orientation professionnelle que tel programme offre à ses résidents. Plus particulièrement, les programmes devraient être tenus de présenter aux résidents l'éventail complet de choix de carrière qu'une spécialité a à offrir, et non seulement les options proposées au sein d'une université. Les programmes devraient être encouragés à offrir aux résidents une expérience concrète dans une variété de choix de carrière au sein de leurs disciplines, y compris dans des pratiques généralistes-spécialistes. Ce service d'orientation professionnelle devrait comporter des composantes formelles et structurées, et il devrait être distinct de la discussion de routine qui a lieu lors de la rencontre semestrielle avec le directeur du programme.

Recommandations concernant le soutien à apporter aux spécialistes en exercice

7. Le Collège royal doit appuyer les médecins en exercice pendant toute leur vie professionnelle et les aider à obtenir l'accès à des programmes de perfectionnement leur permettant de mettre à jour leurs connaissances et d'acquérir de nouvelles compétences. Les domaines de compétence ciblée (diplômes) constituent une méthode qui encourage les médecins à acquérir de nouvelles compétences qu'ils peuvent adapter afin de répondre aux besoins de leur collectivité. De plus, le Collège royal devrait :
 - a. encourager les comités de spécialité à inclure un plan de développement professionnel continu dans leurs exigences de la formation spécialisée. Ceci est particulièrement important pour les spécialités généralistes dans lesquelles les praticiens possèdent un large éventail de compétences qu'ils doivent maintenir tout au long de leur carrière. Ce plan de perfectionnement devra être coordonné avec les besoins reconnus de la société en matière de santé, et il nécessitera la coopération et la participation des associations nationales de spécialistes.
 - b. soutenir activement les généralistes-spécialistes en exercice en maintenant une liste à jour des occasions d'apprentissage et des coordonnées des programmes d'amélioration des compétences. Cette liste devrait être conservée au Bureau des affaires professionnelles et mise à la disposition de tous les Associés.

8. Le Collège royal devrait faire la promotion des compétences dans le domaine de l'enseignement et de la recherche des médecins qui enseignent hors des centres universitaires des sciences de la santé.

- a. Le Bureau des affaires professionnelles du Collège royal devrait travailler avec ses formateurs affectés au développement

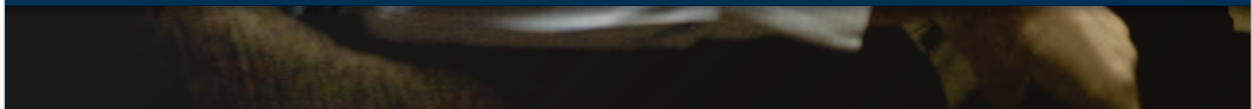
professionnel continu (DPC), afin de déterminer comment le rôle d'érudit — incorporant des aptitudes d'enseignement et de recherche — pourrait être renforcé par l'entremise de programmes de DPC et, plus précisément, à l'intention des médecins qui n'exercent pas dans un centre universitaire des sciences de la santé.

RÉFÉRENCES

1. FLEXNER, A. 1910. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, New York (NY), Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
2. OSLER, W. 1932. *Æquanimitas*, États-Unis, McGraw-Hill.
3. Information sur le groupe de travail sur le généralisme. Dernière consultation : 21 mars 2013, sur le site du Collège royal : http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/advocacy/educational_initiatives/generalism.
4. GOLDSAND, G. *Presentation to the Committees on Specialties*. Ottawa (Ontario), Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
5. SHERBINO, J., FRANK, J., FLYNN, L., SNELL, L. 2011. « "Intrinsic roles" rather than "armour": renaming the "non-medical expert roles" of the CanMEDS framework to match their intent », *Advances in Health Sciences Education: theory and practice* **16** (5): 695-7.
6. ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA. 2010. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada : une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. Dernière consultation : 28 janvier 2011, sur le site de l'AFMC : http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/medical-doctor-project/pdf/vision_collective.pdf.
7. JORDAN, J., BROWN, J. B., RUSSELL, G. 2003. « Choosing family medicine. What influences medical students? », *Canadian Family Physician* **49**: 1131-7.
8. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. 2005. *Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu*. Dernière consultation : 15 avril 2013, sur le site de l'ICIS : https://secure.cih.ca/free_products/Geographic_Distribution_of_Physicians_FINAL_fr.pdf.
9. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. 2006. *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé*. Dernière consultation : 28 janvier 2011, sur le site de l'ICIS : https://secure.cih.ca/free_products/summary_rural_canadians_2006_f.pdf.
10. ROURKE, J. 2010. « How can medical schools contribute to the education, recruitment and retention of rural physicians in their region? », *Bulletin of the World Health Organization* **88** (5): 395-6.
11. LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA. 2009. *Directions for Residency Education, 2009: A Final Report of the Core Competency Project*, Ottawa, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA SASKATCHEWAN. 2010. *Physician Recruitment Strategy*. Dernière consultation : 30 janvier 2011, du site du ministère de la Santé de la Saskatchewan : <http://www.health.gov.sk.ca/adx/asp/adxGetMedia.aspx?DocID=1633ff92-37fa-4ece-b798-1b8144d21420&MediaID=3712&Filename=physician-recruitment-2010.pdf&l=English>.



3. Diversification des contextes d'apprentissage



Auteurs

- Paul Dagg, MD, FRCPC
- Rebekah Smith, MPH, candidate au MD
- Margaret Kennedy, MA
- Robert F. Maudsley, MD, FRCSC
- Jennifer Stewart, MHS/MES
- Jason R. Frank, MD, MA (Ed), FRCPC

Diversification des contextes d'apprentissage



Remerciements

Robert F. Maudsley (1938-2012) a participé à la rédaction de ce livre blanc. Véritable force motrice de la formation médicale au Canada pendant de nombreuses années, il a fait valoir son approche avec cohérence et ténacité pour mieux préparer les médecins au Canada et à l'étranger. Les autres participants à l'élaboration de ce livre blanc soulignent son importante contribution.

RÉSUMÉ

Dans le cadre vaste d'une réflexion sur l'acquisition de compétences en éducation médicale, on doit porter une attention toute particulière sur les lieux et sur les méthodes de formation. Il va de soi que les contextes d'apprentissage doivent être examinés en fonction des besoins d'apprentissage des résidents, plutôt qu'en fonction de la tradition, de la politique ou de l'histoire. Le but ultime de la formation médicale étant de préparer le mieux possible les résidents à combler les besoins de la société.

Depuis plusieurs années, on perçoit une certaine tension entre les modèles traditionnels d'unités d'enseignement clinique en centres universitaires et les modèles d'enseignement dirigés par des précepteurs œuvrant dans de plus petites communautés, ce que l'on nomme des formations médicales régionalisées. La formation médicale régionalisée permet aux résidents d'acquérir de l'expérience dans divers lieux de formation et domaines de pratique (souvent dans des collectivités petites ou rurales).

Le présent document adresse spécifiquement la diversification des apprentissages, qui sous entend non seulement une diversification des lieux d'apprentissage mais également une diversification des situations et des méthodes d'apprentissage. Son objectif comporte trois volets : **1**) identifier des lieux et des modèles de formations qui reflètent le mieux la pratique médicale réelle.; **2**) déterminer les modifications à apporter au système de formation médicale postdoctorale (FMPD) pour lui permettre d'avoir lieu dans des contextes plus diversifiés; **3**) suggérer des outils et des méthodes permettant de maintenir la qualité de la formation dans des contextes diversifiés au moins aussi efficacement que dans les unités d'enseignement clinique traditionnelles (UEC).

INTRODUCTION

La diversification des contextes d'apprentissage met en œuvre différents environnements de formation, tels des centres urbains, des centres non urbains ou ruraux, des centres universitaires en sciences de la santé, des unités de soins ambulatoires, des unités pour patients hospitalisés et des unités de soins dans la collectivité. Cette diversification touche également le modèle de formation, notamment l'unité d'enseignement clinique (UEC), le préceptorat ou même d'autres modèles. Cependant, bien qu'il existe une foule d'options, la formation médicale postdoctorale(FMPD) au Canada se fait encore en grande partie dans de grands centres universitaires en sciences de la santé ou dans des hôpitaux de soins tertiaires.

Afin d'examiner les façons d'offrir une formation médicale postdoctorale par divers modèles et divers lieux, il importe d'abord de discuter des caractéristiques nécessaires aux lieux de telles formations. Sans être exhaustive, la liste ci-dessous comprend les principales caractéristiques que doit posséder un lieu efficace de formation en résidence :

- milieu d'apprentissage propice à la réalisation de la mission d'enseignement;
- soins aux patients dispensés dans un cadre académique;
- nombre et diversité de cas clinique suffisants atteindre les objectifs d'apprentissage dans un délai raisonnable (apprentissage à la fois efficace et pertinent);
- milieu permettant aux résidents de participer activement aux soins selon leur niveau de compétences;
- milieu qui incite les résidents à s'engager entièrement dans le contexte clinique, de manière à éviter le « tourisme d'apprentissage »;

- supervision appropriée aux besoins des résidents à mesure que ceux-ci progressent dans leur programme de formation;
- milieu qui fait la promotion de l'apprentissage et des soins interdisciplinaires lorsque nécessaire;
- engagement de milieu à l'évaluation et au contrôle de la qualité des soins;
- milieu où les compétences CanMEDS sont établies reconnues et enseignées;
- milieu où il y a du temps réservé à la réflexion;
- environnement propice à l'enseignement.

Les éléments suivants ont sciemment été omis de la liste : un établissement hospitalier, un nombre minimal de résidents et une hiérarchie obligatoire des stagiaires (pyramides d'enseignement traditionnelles). Ces éléments sont souvent déterminés de façon arbitraire et en fonction des habitudes et de la tradition plutôt qu'en fonction d'une planification des contextes d'apprentissage résolument fondés sur les besoins. Au lieu de commencer par déterminer le lieu et le contexte de la formation, puis d'y faire correspondre les compétences et l'expérience pratique recherchées, il faut d'abord décider quelles compétences doivent être acquises, puis déterminer l'endroit et le contexte les plus propices à la réalisation des résultats souhaités.

On doit rappeler que l'une des raisons qui militent en faveur d'un enseignement dans les centres de soins tertiaires est que l'apprenant a la possibilité d'être en contact avec des conditions rares ou peu communes d'une façon raisonnablement prévisible. Cependant, la formation peut perdre de sa pertinence si l'expérience est trop éloignée du milieu de pratique probable du diplômé. Il faut donc atteindre le juste équilibre entre l'exposition

clinique et l'exposition à un milieu donné. Enfin, il faut tenir compte des changements qui s'opèrent dans le monde de la médecine, alors que certaines spécialités et surspécialités sont exercées dans des contextes plus consolidés au sein de centres de soins tertiaires ou même quaternaires, tandis que d'autres sont exercées dans des contextes plus diversifiés. La profession médicale est en mouvance et beaucoup de changements sont imprévisibles.

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE AU CANADA

Le modèle classique d'enseignement de la FMPD du XX^e siècle au Canada est l'UEC, un concept qui a d'abord été approuvé par l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) en 1962¹. La définition de l'UEC était la suivante :

« ...l'idée de zones désignées dans un hôpital et, plus tard, d'hôpitaux entiers servant d'unités d'enseignement; le personnel enseignant, nommé conjointement par l'université et l'hôpital; la prestation des soins dans un contexte de travail d'équipe, faisant appel aux apprenants de tous les niveaux dont le degré de responsabilité est croissant, sous la supervision du personnel médical traitant. L'objectif est de se servir des soins aux patients comme modèle pour l'enseignement et la recherche cliniques »¹.

[TRADUCTION]

Bien que ce modèle ait l'avantage de placer les apprenants dans diverses situations d'apprentissage, et qu'il a, à juste titre, été utile à de grandes disciplines telles que la pédiatrie, la médecine interne et la chirurgie, il ne répond pas aux besoins de toutes les disciplines. De plus, il pose des problèmes quant à la diversification des contextes

d'apprentissage et au fait qu'il s'éloigne de plus en plus de la pratique réelle de certaines spécialités. Néanmoins, l'UEC est ancrée comme le modèle type de FMPD au Canada et est devenue le contexte par défaut pour la formation en résidence.

D'autres modèles d'apprentissage en FMPD, tel le préceptorat (résident est intégré à la pratique d'un autre médecin), suscitent un nouvel intérêt. Ces modèles commencent à refaire surface², certaines disciplines examinant déjà d'autres possibilités que l'UEC pour améliorer la formation en résidence. Bien sûr, des préoccupations ont été soulevées par certains concernant les similitudes entre le préceptorat et les plus anciens modèles d'apprentissage. Ces derniers étant vus comme des activités entièrement axées sur la prestation des services et dénuées des autres caractéristiques attendues d'un milieu d'enseignement. Dans les faits, le type de modèle d'apprentissage n'est pas important, pourvu que les principales caractéristiques susmentionnées fassent partie du contexte d'apprentissage.

Une période de relative stabilité des cohortes d'étudiants inscrits en formation médicale fut suivie au début des années 1990 par une période caractérisée par d'importantes réductions. Cependant, la croissance en formation médicale de la dernière décennie a coïncidé avec l'intérêt accru pour la formation médicale régionalisée. On peut citer en exemple la création de programmes tels que les programmes de premier cycle de l'Université de la Colombie-Britannique à l'Université du nord de la Colombie-Britannique et à l'Université de Victoria, sise sur l'île de Vancouver³. Plus notable encore sans doute est l'ouverture de l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO), dont les programmes de premier cycle et de cycles supérieurs sont tous situés dans le nord de l'Ontario. Le campus de l'EMNO s'étend sur 750 000 km² et compte plus de 70 lieux de stages cliniques. Ces modèles ont permis de développer de la formation médicale dans divers contextes, que ce soit « ...de grands centres urbains, des régions rurales ou éloignées ou

des collectivités autochtones »⁴. [TRADUCTION] Bien que ces modèles aient donné lieu à une diversité souhaitée dans la formation médicale au Canada cette tendance peut rapidement se politiser. En effet les collectivités et les régions pouvant préconiser l'établissement de lieux d'enseignement pour des raisons de prestige et de service, sans prendre le temps de planifier minutieusement le bien-fondé de la formation dans ces lieux et sans s'assurer de l'existence des ressources nécessaires pour la prestation d'une formation efficace et de grande qualité. Une croissance non encadrée de la formation régionalisée pose donc également un risque, que les lieux de formation soient choisis selon des facteurs qui ne sont pas liés aux besoins de formation.

Bien que la tendance de s'éloigner des unités traditionnelles d'enseignement soit bien établit, il reste encore beaucoup de chemin à faire avant que l'approche de «compétence par conception » soit celle qui prévale. Dans cette approche, on tente de déterminer le type d'environnement d'enseignement nécessaire à l'acquisition de connaissance, de compétences et d'expérience clinique dans un milieu suffisamment représentatif de la pratique, qu'une transition harmonieuse vers l'autonomie professionnelle sera facilitée. Toujours selon cette approche, on doit remettre en question l'idée préconçue que la formation doit être dispensée principalement (sinon entièrement) dans un grand centre universitaire de sciences de la santé. On doit plutôt transférer, la majeure partie de la formation dans des contextes permettant l'acquisition optimale des compétences requises, peu importe le lieu. Outre les ressources et la formation nécessaires à la mise en œuvre d'une approche diversifiée à la formation médicale, un changement de culture devra s'opérer de sorte que les sites régionaux ne soient plus considérés comme offrant une formation de second ordre. La FMPD doit reconnaître les avantages et les occasions qu'offre la diversification des lieux de formation et miser sur cette diversité pour que les médecins ainsi bien formés soient en mesure de mieux s'adapter aux besoins de la société.

Bien sûr, une formation adaptée aux besoins spécifiques des résidents peut engendrer des coûts supplémentaires en comparaison à une formation “en série” dans un lieu unique. D’un autre côté, si une formation adaptée en fonction des besoins spécifiques se traduit par des médecins plus aptes à répondre à la gamme de besoins sociaux au Canada, l’investissement en vaut probablement la peine. Il est important de reconnaître qu’à l’ère des médias numériques, les coûts d’une formation médicale, et ce même à l’extérieur des grands centres, adapté aux besoins spécifiques des résidents peuvent être atténués, voir même négligeable par rapport au statu quo. La décision d’offrir à des résidents une formation dans un endroit centralisé telle une unité d’enseignement traditionnelle devrait être intentionnelle, sur des bases bien établit de besoin de formation et non motivée, exclusivement tout au moins, par des raisons économiques.

Le perfectionnement du corps professoral dans les lieux d’enseignement traditionnels et non traditionnels est au cœur du changement qu’il faut apporter pour que les contextes de formation correspondent mieux aux besoins des résidents. Il faut s’assurer que les enseignants soient d’accord, motivés, et qu’ils comprennent la nouvelle tendance relativement à la formation et aux contextes d’apprentissage. Ils doivent être mieux préparés, surtout en ce qui a trait à la façon d’évaluer les candidats dans divers contextes d’apprentissage. Le savoir-faire en évaluation acquis dans une UEC doit être exporté et révisé, de manière à satisfaire les besoins des enseignants qui supervisent plus étroitement de plus petits nombres de résidents dans une plus vaste gamme de contextes. Un corps professoral diversifié, qui reflète toutes les facettes de la future pratique du spécialiste en formation est essentiel, étant donné l’importance du concept de modèle de rôle⁵. Il faut aussi tenir compte du lieu où se trouvent les enseignants et de leur expérience qui, dans le système actuel, se limite souvent au centre universitaire des sciences de la santé. Un contexte d’apprentissage élargi de manière à inclure une équipe d’enseignants plus diversifiée, composée de médecins de plusieurs disciplines et de spécialistes en soins primaires est un facteur primordial.

L’un des facteurs à l’origine du courant actuel favorisant la diversification des contextes d’apprentissage est la responsabilité sociale de former des médecins qui puissent s’adapter et mieux répondre aux besoins en santé, là où ils se trouvent. Pour bien illustrer l’importance de ce point, on n’a qu’à penser aux pénuries de médecins spécialistes qui perdurent dans de nombreuses collectivités à l’extérieur des centres des sciences de la santé⁶. Si l’on comprend mieux les futurs besoins en ressources humaines médicales, on pourra certainement mieux définir les contextes de formation attendus et nécessaires. Plus encore, il y a vraiment lieu de remettre en question le concept selon laquelle il convient davantage d’offrir la formation dans un centre universitaire des sciences de la santé traditionnelle. Il faut à la fois s’orienter vers un système axé sur les compétences et les besoins pour déterminer là où devrait être dispensée la FMPD et adapter la formation en résidence de manière à ce qu’elle corresponde davantage aux besoins de la société. [\[Voir le document intitulé « Répondre aux besoins de la société en matière de santé ».\]](#)

FACTEURS DE CHANGEMENT

À l’heure actuelle, le modèle classique de l’UEC est le modèle prédominant de FMPD au Canada. Bien que ce modèle ait fait ses preuves, il ne répond pas aux besoins de toutes les spécialités et pose même certains problèmes. Les résidents en début de carrière sont souvent ceux qui effectuent la plus grande partie du travail clinique d’une pyramide d’enseignement. Ils ont peu de temps à consacrer à la réflexion et à l’apprentissage autodirigé. Au Canada, l’UEC est souvent située dans de grands hôpitaux ou centres universitaires des sciences de la santé, où les résidents ont des liens principalement avec des personnes appartenant au même programme. Par exemple, les programmes de médecine familiale et les médecins de famille sont maintenant rarement présents dans ces milieux, et l’interaction importante entre les

spécialistes et les médecins de famille est donc perdue. Les occasions d'enseignement interprofessionnel sont aussi limitées en raison d'une structure d'interaction verticale entre les résidents et les enseignants d'un même programme. La taille et la complexité des grands hôpitaux d'enseignement peuvent considérablement nuire à la création de relations ou d'interactions significatives avec d'autres spécialités. En raison de l'absence de continuité dans la prestation des soins, causée par le taux de roulement élevé du personnel médical et des résidents, il peut être difficile d'identifier le médecin responsable chaque patient et ainsi de créer des liens avec le personnel infirmier et d'autres professionnels paramédicaux.

L'UEC permet une transition relativement harmonieuse entre les études en médecine de premier cycle et la FMPD. Ce n'est cependant pas un modèle d'enseignement qui permet une transition en douceur vers le développement professionnel continu (DPC). On peut même constater une interruption importante dans le spectre des activités d'apprentissage de la FMPD au DPC. [\[Voir le document intitulé « Continuum de la formation médicale ».\]](#)

On accorde de plus en plus d'importance au DPC dans un contexte où la nature de la pratique médicale évolue sans cesse, celle des médecins changeant considérablement tout au long de leur carrière. Cependant, l'UEC classique n'a pas comme objectifs d'aider le médecin à perfectionner ses compétences ou à en acquérir de nouvelles. Si la réflexion, l'autoévaluation et l'apprentissage autodirigé ne sont pas mis en valeur dans la FMPD, ces compétences ne feront probablement pas partie de la pratique du résident une fois sa formation complétée.

Malgré la création de l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EAMON), la formation postdoctorale au Canada a encore lieu, en grande partie, dans les universités principalement situées dans les grandes villes. Cette formation est donnée habituellement dans des hôpitaux tertiaires qui sont de plus en plus spécialisés et qui se concentrent sur les problèmes de santé graves et les courts

séjours à l'hôpital. En fait, il ne s'agit là que d'une faible proportion des services de santé fournis au Canada. Par conséquent, l'expérience clinique des résidents ne touche qu'un petit nombre de problèmes cliniques, ce qui contraste nettement avec les besoins en soins de santé de la société et la pratique clinique à la fin des études. Cette situation est illustrée dans le diagramme ci-dessous (figure 1).

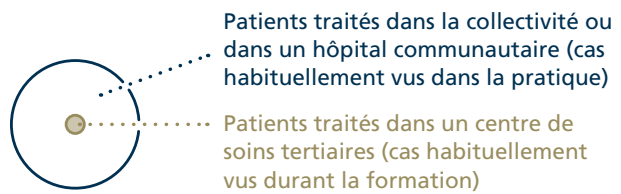


Figure 1 : Patients traités dans un contexte de formation et dans un contexte de pratique

Lorsque l'on planifie la FMPD, il faut porter attention à l'efficacité, à la pertinence et à l'efficience. Une activité de formation peut être pertinente et efficace; toutefois, si la même activité est présentée trop souvent aux mêmes stagiaires, le système de FMPD dans son ensemble perdra de son efficience. Les attentes relatives à la formation, qui était autrefois principalement axée sur les services offerts, sont plus grandes. On est de plus en plus sensible et attentif aux compétences des médecins autres que celles liées à leur rôle d'expert médical. La quantité de connaissances à assimiler est en croissance et on est en droit de se demander si l'horaire de travail des résidents n'est pas un obstacle aux activités de formation et à la pratique clinique d'importance pédagogique⁷. D'un autre côté, on ne veut pas prolonger la durée totale de la formation. Cela signifie que la formation doit être plus étroitement liée aux compétences souhaitées, de sorte que les résidents acquièrent les compétences dont ils auront besoin dans leur pratique et passent le moins de temps possible à des activités qui ont peu ou pas de valeur pédagogique. Cet impératif d'efficacité pour l'apprenant

se traduit toutefois souvent par un manque d'efficacité ou du moins par un alourdissement de la tâche des organisateurs de la formation en résidence. En effet, il est beaucoup plus facile d'offrir une formation uniforme à de grands groupes — sans tenir compte des besoins des apprenants — que de personnaliser la formation selon les besoins particuliers des résidents.

La répartition inégale des médecins sur le territoire canadien pose un problème. Trop peu de médecins nouvellement formés vont pratiquer dans de petites régions urbaines ou dans des régions rurales ou éloignées au Canada. Pour diverses raisons, y compris la connaissance du lieu de pratique, le recrutement par un mentor, le souhait d'adapter sa pratique à celle de son mentor et les besoins de sa famille, le résident reste souvent là où il a obtenu sa formation. Puisque 80 p. 100 des médecins sont mariés à d'autres professionnels — qui ont souvent établi une carrière pendant la formation en résidence du conjoint—, il peut être très difficile pour le couple de considérer un sacrifice supplémentaire. Il semble donc y avoir nécessité d'examiner attentivement l'endroit où les médecins sont formés⁸. La formation spécialisée régionalisée au Canada ne représente qu'une faible proportion de la formation dispensée par l'entremise des centres universitaires des sciences de la santé. Tant que les programmes n'offriront pas une formation à l'extérieur des régions urbaines et des centres universitaires des sciences de la santé, la situation restera la même pour les régions mal desservies⁹. Par le fait même, cette lacune est un obstacle à la capacité des facultés de répondre aux besoins en soins de santé de la société.

Bien que l'actuel modèle de l'UEC comporte certaines faiblesses, il importe de noter que celui-ci présente également des points forts. Le défi consiste donc à optimiser le modèle de l'UEC par une plus grande diversification des lieux d'apprentissage et à axer la planification sur les besoins plutôt que de maintenir le statu quo sans se demander si la démarche actuelle est celle qui convient le mieux.

SOLUTIONS POSSIBLES

Les UEC doivent être choisies comme lieux privilégiés de formation plutôt qu'être le modèle de formation par défaut. De plus, les UEC doivent être remodelées pour répondre aux enjeux d'apprentissage interprofessionnel et ramener la proche collaboration avec les médecins de famille, laquelle constitue la base du système d'éducation médicale canadien. La nature et le lieu des UEC nécessitent d'être attentivement examinés, et ce, en gardant en tête les éléments de qualité établis précédemment. Les besoins d'apprentissage des résidents et, en particulier, la façon dont ces apprentissages cadrent avec les besoins sociaux en matière de santé doivent être les moteurs essentiels. L'environnement d'apprentissage, où qu'il soit, doit être alimenté par les compétences et les résultats souhaités. Des termes vagues, comme masse critique d'apprenants ou corps professoral, sont souvent cités comme étant des raisons pour maintenir la centralisation de l'apprentissage dans de grands centres universitaires des sciences de la santé, et ce, sans jamais fournir une définition de cette masse critique jugée si importante. De plus, ces arguments sous-estiment gravement la valeur des interactions entre divers apprenants dans les milieux où le nombre de résidents en début de carrière pour une spécialité particulière peut être faible.

L'exercice doit être fait pour chacune des spécialités, leur assurant ainsi un avenir plus intéressant. La durée de la formation étant déjà remise en cause par certaines des questions traitées précédemment, on doit développer de nouvelles façons de rendre la formation plus efficace par l'élaboration de certaines variabilités et répartitions au sein du programme de résidence, reconnaissant ainsi le besoin de souplesse au fil du temps pour les résidents dont les intérêts changent. Cette planification doit être soigneusement liée au développement des ressources humaines ainsi qu'à l'évolution de la pratique au sein de la spécialité donnée. La carrière des médecins peut changer avec le temps. Afin d'offrir des programmes de

formation qui reflètent mieux la grande communauté de praticiens au Canada, nous avons besoin notamment que chaque médecin soit plus mobile au sein des postes du corps professoral traditionnel des facultés de médecine. Finalement, même dans des domaines plus spécialisés ou ciblés, on doit remettre en question l'hypothèse à l'effet que toutes les composantes de la formation sont mieux fournies dans des centres universitaires des sciences de la santé traditionnels.

La formation en résidence au Canada se fait à l'intérieur d'une période simple et continue, pratiquement exclusivement en un seul lieu. Cette approche laisse croire qu'il arrive un moment où un médecin a les compétences nécessaires pour être en pratique individuelle et indépendante, et qu'il conservera ces compétences jusqu'à la fin de sa carrière. Comme il a été mentionné précédemment, cette situation crée une disjonction majeure entre la FMPD et le DPC. D'autres professions ont développé une formation discontinue laquelle on offre une variété d'expériences de travail ou de programmes coopératifs et dont les périodes d'apprentissage sont parsemées d'occasions de travail. Le modèle de transfert entre le travail et la formation peut, à long terme, être plus propice au développement ou au maintien continu des compétences, et pourrait favoriser une transition plus harmonieuse entre la FMPD et le DPC. L'élaboration d'occasions d'apprentissage ciblées pour les résidents dans un tel modèle de formation peut également mener au développement d'occasions de formation plus pertinentes ou pratiques pour les médecins qui exercent déjà. De plus, puisque l'éducation médicale régionalisée a évolué au Canada, de nouvelles occasions d'apprentissage sur le Web ou à distance ont été créées. Les développements technologiques permettent une supervision perfectionnée à distance, ce qui non seulement appuie la formation régionalisée des résidents, mais offre également une plateforme pratique pour le DPC.

Le modèle actuel de FMPD au Canada a créé un haut niveau de normalisation. Cette normalisation a favorisé le développement d'une éducation médicale canadienne de haute qualité qui est prévisible, peu importe l'école ou le programme d'enseignement agréé des résidents. Il est important que cette qualité soit conservée. En outre, le système actuel forme une quantité relativement prévisible de nouveaux médecins, le nombre d'admissions reflétant la sortie dans quatre à six ans, selon les exigences de formation de chaque spécialité. La formation de grands groupes de résidents en un seul lieu est efficace pour l'organisation de la formation. Cependant, une approche d'apprentissage plus diversifiée peut favoriser un meilleur lien entre la FMPD et le DPC. Le besoin d'assurer que chaque compétence est maîtrisée dans le cadre parfait de la formation des résidents serait réduit, car les médecins seraient en mesure de reprendre plus facilement la formation au cours de leur carrière. Une approche diversifiée permettrait une meilleure souplesse des effectifs, par le fait même une meilleure réponse aux besoins en effectif.

OBSTACLES AU CHANGEMENT

Le système de FMPD est complexe et comprend non seulement les programmes de résidence et les universités, mais également les hôpitaux universitaires, les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur, et les trois collèges (par leurs normes d'agrément). Reconnaître la contribution de toutes ces parties du système est important pour comprendre les obstacles au changement, qu'il s'agisse des normes d'agrément, des mécanismes de financement ou des exigences opérationnelles des hôpitaux universitaires.

Puisque le contrôle de la qualité de l'éducation en résidence par l'agrément est devenu plus rigoureux et plus exhaustif au Canada, les exigences de formation, comme elles sont

établies dans les exigences de la formation spécialisée et les objectifs de la formation du Collège royal, sont de plus en plus complexes. Des efforts pour assurer une plus grande exposition aux personnes atteintes de maladies chroniques et plus d'expérience dans des milieux faisant la promotion d'une continuité des soins augmentent longitudinalement le besoin de surveillance de l'éducation des résidents, rendant l'offre de cette formation plus difficile. Ironiquement, même en répondant à un important besoin social, soit celui pour les résidents de traiter et de faire le suivi des gens au fil du temps, il devient plus difficile de sortir les résidents des centres universitaires des sciences de la santé traditionnels pour garantir qu'ils soient à l'aise de travailler dans une variété de collectivités et de milieux. Il ne s'agit pas d'une situation impossible, toutefois, si l'éducation par stages demeure une priorité et que l'on maintient toujours la base du résident principalement au centre universitaire des sciences de la santé, ces nouvelles attentes en matière de formation rattachent peut-être bien les résidents encore davantage à ces centres.

La qualité de la formation en résidence, appuyée par un système d'agrément robuste et une solide érudition en matière d'éducation médicale, est une marque de distinction du système d'éducation médicale au Canada. La participation de nouveaux partenaires dans ce projet, particulièrement ceux qui ne contribuent pas généralement à l'éducation médicale, suscite une préoccupation compréhensible à propos du maintien de la qualité de cette éducation. Cette préoccupation peut cependant véhiculer un préjugé contre l'éducation qui s'effectue en dehors d'un centre universitaire des sciences de la santé, spécialement celle des plus petits centres urbains, puisque la perception de l'expérience éducative associée à ces centres n'est pas bonne comparativement à celle des centres universitaires des sciences de la santé. Les indicateurs objectifs évidents de la qualité de l'éducation, comme le nombre de tournées de service ou l'accès aux professeurs invités, peuvent de prime abord renforcer cette opinion. Cependant, il est important

de reconnaître que l'éducation dans divers milieux est nécessairement différente, non meilleure ou pire. Pour atténuer ces préoccupations, les attentes doivent être très clairement établies en ce qui concerne les milieux non traditionnels, et ce, en portant une grande attention aux moteurs d'une éducation de qualité. Le but n'est pas de reproduire la formation que les résidents reçoivent dans les grands centres universitaires des sciences de la santé, mais plutôt d'admettre que tous les lieux de formation offrent différentes expériences complémentaires. Pour ce faire, on peut baliser la formation afin que les résidents soient exposés au moment opportun, à la toute la variété d'occasions d'apprentissage adaptées aux besoins de développement d'un médecin spécialiste devant répondre adéquatement aux besoins de la société canadienne. Par exemple, le rôle de gestionnaire peut être une des compétences les mieux enseignées en dehors de la structure complexe d'un centre universitaire des sciences de la santé.

Les progrès en matière de simulation offrent de grands potentiels en l'éducation médicale. Au fil du développement de l'infrastructure de simulation, il est essentiel de prévoir la mobilité de cette ressource éducative, et ce, dès le départ. Il n'y a aucun obstacle majeur à la mobilité des simulateurs et du personnel de soutien vers les lieux d'enseignement non traditionnel. En fait, faire de la simulation un outil, non seulement pour l'éducation régionalisée des résidents, mais également pour le DPC des médecins et des autres membres du personnel de soins de santé, serait très positif.

Les hôpitaux universitaires au Canada dépendent actuellement sur les résidents pour assurer d'importants services. Toute augmentation de la diversification de contextes d'apprentissage aura des conséquences sérieuses et concrètes sur les soins prodigués aux patients dans ces hôpitaux. Pour assurer une gestion efficace de leurs ressources, les hôpitaux doivent connaître et surtout prévoir le nombre de résidents disponibles à œuvrer dans leur milieu. Par conséquent, le défi pour ces centres sera de s'adapter aux fluctuations du nombre de résidents, et

ce, sans les reléguer au rôle de spectateurs d'un système de soins qui s'est ajusté à leur absence. Les milieux hospitaliers universitaires devront développer une capacité à embaucher du personnel flexible pouvant prendre la relève des résidents lorsque nécessaire. Du même coup, les professionnels de la santé qui s'occuperont ces postes devront être entièrement engagés et devront comprendre le rôle essentiel qu'ils jouent dans l'éducation médicale.

On doit reconnaître que le développement de la diversification de l'apprentissage aura des effets considérables sur de nombreuses personnes au sein du système de santé, en particulier pour les résidents eux-mêmes. Par exemple, il pourrait y avoir des difficultés d'ordre familial, une famille ne pouvant se déplacer facilement. Les hôpitaux de banlieue peuvent constituer une solution de rechange pour les résidents pouvant difficilement s'installer ailleurs. À première vue, l'éducation régionalisée des résidents peut être perçue comme un moyen de pourvoir un service dans des zones mal desservies. Toutefois, ce genre de situation doit être évité s'il place les résidents dans des milieux incapables de leur fournir les appuis nécessaires. Ainsi, une zone où sévit une pénurie de médecins ne peut prendre en charge l'éducation de résidents sans un apport considérable de nouvelles ressources d'enseignement. La sélection réfléchie de lieux distants est essentielle afin d'éviter de placer les résidents dans une collectivité pour des raisons souvent influencées par la politique. Bien que le but ne soit pas de reproduire les ressources des centres universitaires des sciences de la santé, des normes claires pour les lieux de formation doivent être mises en place concernant le corps professoral et la capacité d'enseignement¹⁰.

Il y a peu de doutes quant à l'important coût associé à la diversification des lieux d'apprentissage. Par conséquent, pour que l'apprentissage régionalisé soit efficace, il est primordial de bien le planifier et très certainement d'obtenir l'engagement complet de tous les intervenants. Reconnaître que le but de l'éducation médicale est de former des

médecins qui amélioreront la santé de la population est primordial. L'amélioration de la capacité du système à traiter les maladies chroniques et à développer une méthode de formation des médecins qui cadre davantage avec l'éventail complet de besoins sociaux pour mieux y répondre devrait nous rapprocher de cette finalité. Comme le dit le dicton : « Si vous croyez que l'éducation est dispendieuse, veuillez voir l'ignorance. » [TRADUCTION]

L'image actuelle sur la façon dont les médecins sont formés et exercent devrait peut-être être réexaminée afin de mieux répondre aux besoins sociaux. Au Canada, il existe de nombreux lieux de formation potentiels pour les résidents. Malgré cela, la formation est le plus souvent ancrée en un seul lieu, jusqu'à 10 ans ou plus si la résidence se poursuit dans le centre où l'apprenant a fait ses études de médecine. Par ailleurs, on note une tendance d'admission de résidents plus âgés à la faculté de médecine ainsi qu'une prédominance de familles comptant deux professionnels en médecine⁸. Ces familles peuvent donc subir des effets considérables de leur choix de formation. Actuellement, l'éducation complète des résidents se fait dans un lieu particulier et sous la gouverne d'un directeur de programme. Bien que cette organisation favorise la responsabilisation à l'égard de la formation, elle crée l'attente d'une grande stabilité. Les résidents seront probablement moins tentés de choisir un système d'éducation médicale qui leur impose des déplacements pour obtenir une variété d'occasions d'apprentissage. Par contre, si la FMPD souhaite être plus réceptive aux besoins sociaux, il peut être nécessaire d'offrir une grande diversité d'expériences durant la résidence, et ce malgré les inconvénients attendus.

Le financement de la FMPD varie grandement d'une école à l'autre et d'une province à l'autre, et ce, sans avoir de méthode uniforme et rigoureuse de comparer les coûts totaux. Il sera important d'avoir une meilleure compréhension du financement de la FMPD dans nos facultés de médecine avant d'apporter des changements significatifs au système.

RECOMMANDATIONS

1. Ensemble, le Collège royal et les universités, doivent ré examiner le rôle de l’UEC dans la FMPD. Cet examen doit se faire dans le cadre plus large d’une reconnaissance des diverses approches de formation possibles comme les UEC largement définies mais également les préceptorats et même possiblement les périodes de pratique plus indépendantes avec une supervision à distance. Pour bien accomplir cette tâche, il est essentiel de porter une attention particulière à l’élaboration de normes qui ne sont pas spécifiques au lieu ou au milieu, mais qui visent plutôt une approche de soins aux patients. Une approche d’éducation scientifique, se concentrant sur la qualité et sécurité et offrant une bonne supervision, du soutien et des occasions de réflexion est également essentielle. La sélection du lieu, du style d’enseignement ou de tout autre aspect du contexte d’apprentissage doit être axée sur ces objectifs.
2. La présomption que la formation doit être tenue principalement dans un centre universitaire des sciences de la santé urbain ou un hôpital de soins tertiaires doit être remise en question. La formation doit prendre place dans des lieux qui faciliteront de façon optimale l’acquisition des compétences requises. De plus, ces milieux de formation doivent refléter le champ d’application complet d’une spécialité.
3. Le Collège royal doit encourager les comités de spécialité à revoir leurs documents de formation des spécialités. On se doit d’y ajouter la souplesse nécessaire à une formation qui reflète la pleine diversité de la spécialité. En outre, on doit s’assurer que la formation offre aux résidents le type de travail qu’ils exerceront.
4. Le Collège royal et les universités doivent reconnaître la complexité d’une approche diversifiée à la FMPD et promouvoir un soutien adéquat aux directeurs de programmes. Un financement supplémentaire, de meilleurs outils de communication et davantage d’innovations seront nécessaires. Les facultés de médecine doivent développer une expertise et des ressources de façon centralisée pour soutenir le processus de diversification, en portant une attention particulière aux questions de logistiques. Elles doivent également se concentrer sur les questions relatives à l’appui et au développement d’un nouveau corps professoral dans des milieux non traditionnels pour traiter de problématiques comme l’évaluation, l’enseignement clinique efficace et l’éducation fondée sur les compétences.
5. Le Collège royal doit s’assurer que les nouvelles politiques mises en place pour améliorer la qualité de l’éducation n’empêchent pas inutilement l’évolution d’un apprentissage diversifié et régionalisé.
6. Le Collège royal doit rechercher et soutenir de nouveaux partenaires de soins de santé dans l’éducation médicale. Ces partenaires, en collaboration avec l’université d’attache, doivent appuyer et financer la mission éducative dans leurs établissements, justifiés par la reconnaissance des avantages directs et indirects de cette démarche pour la qualité des soins. Le Collège royal doit encourager la collaboration inter universitaire et le dialogue hôpitaux-universités. Il doit favoriser la mobilisation des gestionnaires de programmes, y compris le personnel des lieux distants. Il doit appuyer le développement professionnel des gestionnaires et des directeurs de programmes ainsi que des gestionnaires des lieux de formation et des leaders

cliniciens par des moyens comme la Conférence internationale sur la formation des résidents (CIFR). Un réseau national peut être mis en place grâce à la CIFR et à d'autres activités semblables.

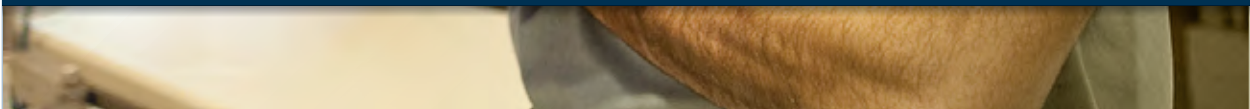
- 7.** Le Comité d'agrément du Collège royal doit revoir les exigences afin que les principaux éléments suggérés dans ce livre soient mis en place dans tous les lieux de formation. La formulation des normes qui appuient une dépendance exclusive aux UEC doit être remise en question. L'objectif étant de développer des milieux qui sont le reflet des besoins d'apprentissage, peu importe la structure. Les normes d'agrément doivent être revues pour assurer qu'elles fassent la promotion de l'apprentissage dans une variété de milieux et non seulement dans des centres universitaires des sciences de la santé ou dans des unités de formation clinique classiques.
- 8.** L'orientation professionnelle doit faire partie de la formation des résidents afin d'assurer qu'ils se familiarisent avec l'éventail complet des occasions professionnelles qui existent dans leur spécialité et qu'ils obtiennent du soutien dans le choix d'une formation appropriée.
- 9.** Le rôle du résident en fin de formation doit être réexaminé, puisque la formation pertinente à ce niveau pourrait être mieux accomplie dans un milieu communautaire qui permettrait une plus grande indépendance, plutôt que dans une UEC où leur fonction consiste à faire fonctionner le service de façon efficace. Bien que cette situation puisse refléter une compétence utile, ou du moins une procuration raisonnable pour les compétences de gestion nécessaires à l'exercice, les attentes actuelles en vertu des normes générales d'agrément du Collège royal sont beaucoup plus larges¹¹.

RÉFÉRENCES

1. Maudsley, R.F. 1993. « The clinical teaching unit in transition ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. **148** (9) : 1564-6.
2. Cooke M., Irby D. M., Sullivan W., Ludmerer K. M. 2006. « American medical education 100 years after the Flexner report ». *The New England Journal of Medicine*. **355** (13) : 1339-44.
3. Hanlon N., Ryser L., Crain J., Halseth G., Snadden D. 2010. « Establishing a distributed campus: making sense of disruptions to a doctor community ». *Medical Education*. **44** (3) : 256-62.
4. Topps M., Strasser R. 2010. « When a community hospital becomes an academic health centre ». *Journal canadien de la médecine rurale*. **15** (1) : 19-25.
5. Maudsley, R.F. 2001. « Role models and the learning environment: essential elements in effective medical education ». *Academic Medicine*. **76** (5) : 432-34.
6. Curran V., Rourke J. 2004. « The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians ». *Medical Teacher*. **26** (3) : 265-72.
7. Cooke M., Irby D. M., O'Brien B. C. 2010. Chapitre 4 : « The Resident's Experience: Graduate Medical Education », dans *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency*. San Francisco : Jossey-Bass, 113-60.
8. Ferrier B., Woodward C., Cohen M., Williams P. 1996. *The Employed Spouse: Impact on Physicians' Career and Family Decisions*. Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University. Document de travail n° 1996-21.
9. Schofield A., Bourgeois D. 2010. « Socially responsible medical education: innovations and challenges in a minority setting ». *Medical Education*. **44** (3) : 263-71.
10. Whittaker M., Muharuma L., Shouldice M., Abrahams C., Verma S. 2010. « Developing a clinical capacity expansion tool for medical education: Where do we put everyone? » Résumé de la Conférence internationale sur la formation des résidents, 23-25, septembre 2010.
11. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Collège des médecins de famille du Canada et Collège des médecins du Québec. (2009). *Normes générales d'agrément*. Consulté le 29 janvier 2011 sur le site Web du Collège royal : www.collegeroyal.ca/portal/page/portal/rc/credentials/accreditation.



4. Le double rôle du résident : apprendre tout en soignant



Auteurs

- Kevin Imrie, MD, FRCPC
- Deepak Dath, MD, FRCSC
- Graham Bullock, MD, FRCPC
- Rebekah Smith, MPH, candidate au MD
- Rachel Fisher, MD
- Danielle Fréchette, MPA
- Kenneth A. Harris, MD, FRCSC
- Mohammad Jamal, MD
- Margaret Kennedy, MA
- Robert F. Maudsley, MD, FRCSC
- Aleisha Murhaghan, MD
- Nathalie Saad, MD
- Jason R. Frank, MD, MA (Ed), FRCPC



Le double rôle du résident : apprendre tout en soignant



Remerciements

Robert F. Maudsley (1938-2012) a participé à la rédaction de ce livre blanc. Véritable force motrice de la formation médicale au Canada pendant de nombreuses années, il a fait valoir son approche avec cohérence et ténacité pour mieux préparer les médecins au Canada et à l'étranger. Les autres participants à l'élaboration de ce livre blanc soulignent son importante contribution.

SOMMAIRE

Les résidents sont appelés à assumer deux rôles tout au long de leur formation médicale postdoctorale (FMPD) : celui d'apprenant et celui de travailleur. Ils devraient pouvoir s'acquitter de ces deux rôles sans qu'il y ait de conflits inhérents. En fait, les soins aux patients devraient être considérés comme d'importantes activités professionnelles par lesquelles les résidents apprennent et, par conséquent, tous les contacts avec les patients devraient comporter une certaine forme d'apprentissage.

Il peut être difficile de concilier parfaitement ces deux rôles des résidents, particulièrement parce que l'on doit reconnaître que tout équilibre sera dynamique et évoluera à mesure que les résidents progresseront dans leur formation. Nombre de facteurs influent sur la réussite ou l'échec de l'atteinte d'un équilibre, parmi lesquels figurent les efforts déployés pour réduire les heures de travail des résidents, la nécessité de répondre aux besoins en matière de soins de santé de la population et la complexité du système canadien de FMPD.

Le présent livre blanc explore ces facteurs et offre des recommandations qui orienteront les travaux futurs dans ce domaine.

INTRODUCTION

Lorsque l'on considère l'avenir de la formation médicale postdoctorale (FMPD) au Canada, il importe au plus haut point de tenir compte des rôles assumés par les résidents, souvent qualifiés de dualité travailleur-apprenant. Cette notion de dualité émane de la perception que l'on a des résidents, soit en tant que travailleurs — prestataires de soins aux patients — ou comme apprenants qui participent à des activités pédagogiques formelles. L'utilisation généralisée de

termes comme « rapport entre le service et la formation » a fait surgir une perception d'opposition, qui se situe au-delà de la simple dualité et dans laquelle travailleurs et apprenants sont vus comme des forces conflictuelles. Dans un article présentant des points de vue publié dans *The New England Journal of Medicine*, Kesselheim et Cassell signalent le caractère fallacieux de cette perception d'opposition, soulignant que le service est essentiel à la formation des résidents¹. En règle générale, au cours des dernières années, l'équilibre relatif tendait de façon plus explicite vers une augmentation du temps consacré à l'éducation formelle. L'atteinte d'un équilibre optimal dans la résidence garantirait que, une fois la formation terminée, les apprenants seront des médecins bien formés et compétents, aptes à exercer la profession de façon autonome et réflexive. Il existe cependant de multiples facteurs qui influent sur la capacité à réaliser cet équilibre, comme les besoins des établissements, les besoins en soins de santé de la population et la réglementation sur les heures de travail.

Certains de ces facteurs, les catalyseurs qui les sous-tendent et les répercussions sur la FMPD dépassent largement le domaine de l'éducation; considérant le mandat du Collège royal, le présent document portera sur l'impact éducatif. Ainsi donc, les valeurs fondamentales sur lesquelles s'appuie ce document se définissent comme suit :

- **La prestation des soins est une composante fondamentale et intégrante de la FMPD. La participation active aux soins aux patients est essentielle à l'acquisition des compétences cliniques.**
- **L'éducation et les soins aux patients ne sont pas des concepts mutuellement conflictuels; plutôt, les soins aux patients font partie intégrante de l'apprentissage. Le fait d'être membre de l'équipe de soins et la prestation des soins constituent des éléments essentiels de l'apprentissage.**

- Tous les contacts avec les patients représentent une forme d'expérience éducative. La difficulté consiste à faire en sorte que chaque expérience de soins aux patients soit perçue comme un apprentissage.
- La supervision est intrinsèque à l'expérience d'apprentissage et elle devrait être adaptée tout au long de la résidence afin de répondre aux besoins évolutifs des apprenants.
- Puisque les aspects pédagogiques de la formation des résidents constituent la priorité du Collège royal, il est nécessaire de reconnaître que l'on compte aussi sur les résidents pour prodiguer des soins aux patients. Les conséquences sur les soins aux patients de toute modification ou recommandation concernant le statu quo devraient être gérables.

CONTEXTE/ÉTAT ACTUEL DE LA SITUATION AU CANADA

Il arrive parfois que les résidents eux-mêmes perçoivent le service et la formation comme des concepts qui s'opposent, le service étant une activité banale et nécessaire dans le seul but de prodiguer des soins, et l'apprentissage, le résultat de séances formelles ou d'activités ciblées de soins aux patients que les résidents considèrent comme clairement mises en adéquation avec leurs objectifs d'apprenants. Par ailleurs, les membres du corps professoral et les éducateurs estiment qu'une grande part de la formation des résidents est réalisée dans le contexte de la prestation des soins. Les résidents sont des « professionnels en formation », et une partie de leur professionnalisation consiste à apprendre la valeur de la fourniture de services à d'autres personnes.

Non seulement la prestation de services constitue une valeur sociale en soi, mais elle est aussi perçue comme un processus d'acculturation dans le rôle professionnel². Les soins aux patients sont par conséquent un important moyen d'apprentissage et constituent un volet essentiel de la formation des résidents. Ainsi donc, il est difficile de séparer les activités d'apprentissage du service aux patients, et il est encore plus ardu de faire expressément la distinction entre la prestation des soins et les activités pédagogiques dans la formation des résidents, puisque l'équilibre conserve son caractère dynamique.

Cependant, les résidents ne perçoivent pas nécessairement toutes les activités de soins aux patients comme ayant une valeur éducative équivalente, ou une même valeur éducative quelconque. En réalité, la valeur éducative relative d'une activité peut fluctuer selon le point de vue d'une personne, la situation en cause ou tout au long de la période de résidence. Ce qui peut être considéré comme une activité fondamentalement éducative en première année de formation postdoctorale aurait une valeur éducative limitée en quatrième année. Dans un système d'éducation fondé sur les compétences, toutefois, il est nécessaire que les résidents soient capables d'examiner l'activité clinique en cours et de déterminer comment elle pourrait servir à combler des lacunes dans leurs compétences et par quels moyens ils pourraient rehausser leur niveau de compétence grâce à une pratique intentionnelle. Il n'en demeure pas moins que la dernière démarche citée peut s'avérer difficile à réaliser alors que des expériences de prestation de soins aux patients plus pertinentes sur le plan pédagogique sont mises de côté afin de permettre aux résidents d'accomplir d'autres tâches en raison d'une pénurie de médecins ou d'autres professionnels de la santé. De même, il importe de mettre l'accent, non seulement sur le mode d'apprentissage des résidents par la pratique, mais aussi sur les façons d'appliquer ces apprentissages après la fin de la formation, puisque l'apprentissage par la participation active aux soins aux patients fait partie intégrante du développement professionnel continu (DPC).

Les relations entre les hôpitaux qui comptent sur les résidents pour la prestation des soins aux patients et les universités qui supervisent leur formation influent également sur l'équilibre entre le service et l'éducation. Les hôpitaux qui offrent des programmes de formation des résidents exercent une influence considérable sur la définition des activités des résidents durant leur formation. Cet aménagement présente de nombreux avantages, mais il alimente également des attentes envers une expérience éducative uniformisée et très chargée dans chaque stage en milieu hospitalier qui peut être difficile à réaliser dans la pratique.

Pour compliquer les choses encore plus, le rôle des résidents varie aussi énormément selon les spécialités et les établissements hospitaliers. Les programmes de résidence doivent relever le défi d'assurer que les résidents ont des attentes réalistes relativement au travail au moment d'entrer en exercice, tout en respectant les règlements et les attentes de la population concernant la réduction des heures de travail afin de garantir la sécurité des patients et le bien-être des résidents. Les modifications à la réglementation sur les heures de travail, au sujet desquelles un vif débat se poursuit, imposent un défi tant pour les éducateurs que pour les résidents. Il est nécessaire de maximiser l'efficacité éducative de la formation des résidents afin de compenser la réduction des heures de travail sans prolonger le temps total consacré à la formation. La réglementation sur les heures de travail aura des répercussions sur les soins aux patients, de même que sur l'éducation formelle; il y aura lieu, par voie de conséquence, d'adapter les programmes et la conception de la formation des résidents.

Les besoins de la société en matière de santé constituent un autre facteur dont il est nécessaire de tenir compte. En fait, ces besoins devraient être un critère prioritaire dans l'attribution des postes de résidence, plutôt que les besoins plus immédiats en matière de service de programmes particuliers, des milieux d'apprentissage décentralisés ou des centres de santé universitaires. Reconnaisant que les résidents fournissent des services inestimables dans nombre de volets des soins de santé, l'intégration des résidents

doit néanmoins être faite en fonction des besoins en soins de santé de la population afin d'endiguer les inégalités de distribution des effectifs médicaux entre les disciplines et les récentes difficultés de recherche d'emploi auxquelles ont dû faire face un grand nombre de nouveaux diplômés dans des spécialités et des surspécialités.

CATALYSEURS DE CHANGEMENT

Les efforts déployés au cours de la dernière décennie pour réduire le nombre d'heures de travail des résidents constituent un catalyseur de premier ordre de la réévaluation de ce double rôle. Les modifications aux normes de l'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) en 2003 ont réduit les heures de travail des résidents aux États-Unis, les limitant à 80 heures hebdomadaires pondérées sur quatre semaines^{3,4}. L'instauration de la directive européenne sur le temps de travail a entraîné des répercussions semblables dans les pays de l'Union européenne où les heures de travail se limitent maintenant à 48 heures hebdomadaires. Alors que le temps total passé en formation s'est allongé dans les pays européens en raison de l'instauration de la réduction des heures de travail, le nombre d'heures de formation n'a pas changé au Canada ni aux États-Unis.

Plus récemment, le nombre maximal d'heures de travail consécutives des résidents a également été réduit. Aux États-Unis, les heures de travail consécutives des résidents de première année d'études postdoctorales se limitent à 16, alors que des collègues plus avancés peuvent travailler des quarts allant jusqu'à 24 heures. Les résidents au Royaume-Uni ne peuvent travailler que 13 heures suivies. Au Québec, le nombre d'heures de travail consécutives des résidents a été limité à 16 à compter de juillet 2012. Ailleurs au Canada, la philosophie varie étant donné que les heures de travail sont fixées au moyen des négociations collectives entre les associations provinciales représentant les résidents et les ministères de la Santé ou leurs délégués.

Les réductions négociées au chapitre des exigences en matière de service de garde au Canada ont eu des répercussions sur le temps dédié à la formation, bien qu'elles portaient davantage sur le nombre d'heures consécutives pouvant être travaillées plutôt que sur le nombre d'heures hebdomadaires consacrées à la formation et à la prestation des soins. Les programmes n'ont pas augmenté la durée totale de la formation pour s'adapter à ces changements, en dépit du fait que la charge de travail liée à la prestation de soins à des patients atteints de maladies plus graves et les apprentissages supplémentaires requis au chapitre des connaissances médicales continuent de s'accroître. En outre, nombreux sont les diplômés qui suivent des stages de perfectionnement après la résidence, vraisemblablement pour acquérir une plus grande confiance ou consolider leurs compétences dans la perspective de l'exercice autonome. Au cours de l'année universitaire 2009–2010, il y avait 2425 postes dans le cadre de stages de perfectionnement offerts au Canada⁵.

Parmi les méthodes visant à équilibrer la charge de travail et améliorer la prestation de la FMPD afin de veiller à ce que les diplômés aient acquis la compétence à la fin de la formation figurent le recours aux services d'adjoints au médecin et la formation médicale fondée sur les compétences (FMFC). [Se reporter au livre blanc intitulé [La formation médicale fondée sur les compétences](#).] Il sera nécessaire, ultimement, de veiller à ce que les résidents deviennent des médecins bien formés et compétents à la fin de la résidence, même s'ils passent moins de temps dans des milieux cliniques en raison de la réglementation sur les heures de travail. Si le système n'est pas adapté à la suite des modifications aux heures de travail, il est possible que les résidents ne puissent acquérir les compétences souhaitées à l'intérieur du cadre temporel actuel de formation.

Les répercussions potentielles de la restriction des heures de travail sur la formation médicale, le bien-être des résidents et des enseignants, la sécurité des patients et la prestation des soins aux patients sont complexes et peuvent toucher de diverses façons les différentes parties

intéressées ainsi que les nombreux segments du système d'éducation médicale composite et interdépendant du Canada. En 2012-2013, le Collège royal a collaboré avec huit organisations de soins de santé à un processus pancanadien visant à dégager un consensus sur les heures de travail des résidents, financé par Santé Canada. L'objectif du projet était de rassembler les données probantes disponibles sur la question dans le rapport « **Fatigue, risque et excellence : À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents** » (maintenant disponible), en plus de formuler des principes et des recommandations pancanadiennes, d'établir une orientation et de dégager des pratiques exemplaires sur les heures de travail des résidents.

D'un point de vue professionnel et éthique, la prestation des soins aux patients durant la résidence a préséance sur le rôle d'apprenant et, par conséquent, les résidents doivent intégrer leurs besoins en matière de formation dans leurs tâches liées aux soins. Néanmoins, les résidents se sont donné les moyens d'exercer une influence sur leur double rôle en créant des regroupements professionnels aptes à négocier leurs droits en tant que fournisseurs de services, de même que les paramètres relatifs à leurs besoins uniques en matière de formation qui doivent être satisfaits tout en assurant les soins aux patients. Cette capacité d'influer sur le système offre de nombreux avantages, mais il existe un potentiel de risque de conflit avec le rôle de l'apprenant en tant que professionnel.

Bien que cette situation évolue, de nombreux membres du corps professoral qui enseignent dans les programmes de FMPD n'ont reçu que peu ou pas de formation formelle, soit sur les principes pédagogiques ou sur les effets d'un système de soins de santé en transformation rapide et des fluctuations du paysage démographique des apprenants sur la prestation des programmes. [Se reporter au livre blanc intitulé [Le perfectionnement du corps professoral repensé](#).]

La responsabilité professionnelle croissante, auparavant nommée responsabilité progressive, en ce qui concerne les soins aux patients est une pierre angulaire de la définition

actuelle de la FMPD; il faut toutefois qu'elle soit mise en œuvre de manière prudente afin de se conformer à de bons principes éducatifs, dont ceux de la FMFC. Les apprenants en début de formation exécutent des tâches simples et routinières dont la répétition n'offre qu'une faible valeur éducative parce qu'elles ne sont pas souvent observées et évaluées. Ils « meublent leur temps » jusqu'à ce qu'ils soient suffisamment avancés pour qu'on les récompense avec des tâches liées aux soins aux patients plus complexes, pertinentes et mobilisatrices, jumelées à un accès direct à un superviseur ou à l'observation par un superviseur. Les apprenants en début de formation qui manquent d'expérience et sont plus susceptibles de commettre des erreurs en raison de la fatigue peuvent mettre en péril la sécurité des patients s'ils ne sont pas supervisés adéquatement³. En outre, le système actuel manque de souplesse du fait que les apprenants ne peuvent cheminer dans leur résidence à un rythme correspondant à leurs capacités. Étant donné la rigueur des processus de sélection pour l'admission dans les facultés de médecine et à la formation des résidents, la plupart des candidats ont la capacité d'acquérir rapidement les compétences enseignées dans les programmes de résidence; cependant, le système dans sa forme actuelle ne prévoit pas la souplesse d'adapter la formation des résidents aux besoins éducatifs précis des apprenants individuels.

En dernier lieu, un autre facteur invitant à repenser la formation des résidents, et plus particulièrement, leur double rôle, est la nécessité de soutenir ceux-ci dans leurs démarches pour prendre soin de leur propre santé et bien-être. Plus précisément, il existe souvent des lacunes quant au maintien du bien-être, et cet aspect n'est pas suffisamment illustré de façon concrète durant la résidence. Les besoins et les défis en matière de bien-être des résidents sont uniques, particulièrement parce que ceux-ci ne peuvent exercer sur leurs horaires un contrôle équivalent à celui des médecins en exercice, et que, de ce fait, leur capacité à assumer le plein contrôle de leur santé et de leur bien-être s'en trouve limitée. L'on reconnaît qu'il existe

une interrelation entre les heures de travail et la santé des résidents; par contre, d'autres aspects, comme le soutien et le débriefing émotionnel, ont aussi leur importance, mais sont souvent ignorés. Les résidents peuvent avoir à composer avec la perte d'un patient ou avec une situation de soins stressante qui peut devenir exigeante sur le plan émotif, et il existe actuellement peu de soutien relativement à cet aspect de la formation médicale.

SOLUTIONS POSSIBLES

Il sera nécessaire d'instaurer une approche structurée pour résoudre certains des défis éducatifs actuels et intégrer des innovations en vue d'améliorer la FMPD.

Il pourrait être préférable d'amorcer la question de l'équilibre travail-formation au moyen d'une explication de ce qui constitue du travail par rapport à l'éducation (bien que, comme il a été mentionné précédemment, il serait pratiquement impossible de délimiter précisément ces deux concepts qui sont intrinsèquement liés durant la résidence). Certaines tâches de soins aux patients peuvent être maîtrisées sans qu'il soit pour cela nécessaire de les répéter souvent ou n'améliorent pas grandement la compréhension qu'ont les apprenants de l'exercice de la médecine, mais elles pourraient constituer une part raisonnable de la prestation de soins aux patients par ces apprenants. L'équilibre entre le travail et la formation postdoctorale peut basculer en faveur de cette dernière par le recours aux services d'autres professionnels de la santé (p. ex., phlébotomistes, techniciens en électrocardiographie, techniciens de laboratoire) pour l'exécution de certaines tâches plus routinières. Les assistants de salle d'opération, les infirmières en soins des plaies et les infirmières praticiennes, dont les domaines de compétence chevauchent ceux des stagiaires en début de formation, peuvent également aider à la prestation des soins aux patients et ainsi libérer les résidents qui pourront consacrer plus de temps à des activités plus riches en contenu

pédagogique. L'ajout de ces professionnels peut également rehausser la FMPD par l'offre de formation, d'observations directes, de rétroaction et d'évaluation, particulièrement dans le cas des apprenants en début de formation. L'adoption généralisée des services d'adjoints au médecin (comme c'est le cas aux États-Unis) peut modifier l'éventail de soins aux patients actuellement prodigués par les médecins, réduisant de fait le domaine professionnel, afin que les stagiaires en début de formation puissent prendre en charge des soins plus complexes et se retrouver, au bout du compte, avec un volume de travail moindre.

Le cadre CanMEDS est un système de formation médicale fondée sur les compétences. Le Collège royal s'est efforcé d'adapter l'éducation médicale au Canada afin de la rendre plus compatible avec ce cadre. Il est possible pour la FMPD de devenir plus efficace au sein d'un système de FMFC dans lequel les apprenants progressent en prouvant leur compétence dans un domaine précis de pratique⁶. À mesure que les programmes se modifient pour s'harmoniser avec la FMFC, une évaluation plus rigoureuse de la valeur pédagogique des activités relatives aux soins aux patients et de la manière dont ces activités aident les résidents à atteindre la compétence dans des domaines particuliers sera mise en place. Les programmes affecteront les résidents, non pas en fonction du temps consacré aux stages, mais selon les occasions dont ils pourront se prévaloir pour atteindre ou améliorer la compétence dans un continuum d'expertise menant à la pratique autonome. L'offre de formation aux membres du corps professoral afin qu'ils deviennent de meilleurs enseignants et éducateurs améliorera les apprentissages et aidera à apporter des solutions à la réduction des heures de travail. Le perfectionnement du corps professoral joue un rôle essentiel en vue d'assurer que les besoins des résidents en tant qu'apprenants sont satisfaits tout au long de la résidence⁷.

On devrait cibler davantage le fait que les résidents doivent prendre en charge leur formation en devenant des érudits CanMEDS et accorder une attention particulière

aux principes d'andragogie et de formation continue. Les résidents qui s'en acquittent peuvent alors adapter leur expérience éducative et en maximiser l'efficacité. Afin d'apporter des solutions aux problèmes de bien-être des résidents, on devrait envisager d'intégrer le perfectionnement du corps professoral axé sur le débiefage émotionnel avec des résidents dans la formation des enseignants. Les résidents pourraient continuer de profiter de ces séances après leur entrée en exercice et dans la participation à des activités de DPC.

Dans le but d'offrir une formation optimale aux résidents, la FMPD doit structurer cette formation autour des transitions des apprenants dans leur cheminement vers la résidence et vers l'entrée en exercice en fournissant une éducation et des responsabilités croissantes tout au long du parcours. [Se reporter au livre blanc intitulé [Le continuum de la formation médicale](#).] Les situations de stress élevé compromettent la capacité des résidents en début de formation à apprendre et à fonctionner (un des principaux aspects traités dans le rapport de l'ACGME). Par conséquent, ces apprenants requièrent qu'on leur accorde une plus grande attention, et nécessitent un degré plus élevé de supervision et d'orientation. Ils doivent cependant acquérir progressivement l'autonomie dans leurs rôles d'apprenants et de prestataires de soins aux patients. Les résidents plus avancés requièrent moins de supervision que leurs collègues en début de formation en ce qui concerne des interventions de routine; cependant, d'importantes compétences comme celles de gestion de crise qui sont acquises à un niveau plus avancé nécessitent tout de même une certaine forme de supervision. On doit également donner aux résidents en fin de formation l'occasion de s'acquitter de leurs tâches de façon autonome afin que leur rendement puisse être évalué à l'échelon d'un consultant débutant. Le processus de l'autonomie progressive exige une souplesse dans la formation et requiert que la supervision s'adapte de façon appropriée tout au long de la résidence.

OBSTACLES AU CHANGEMENT

La gouvernance de la FMPD au Canada est extrêmement complexe. Elle englobe les facultés de médecine, le réseau hospitalier, les ordres de médecins, les ministères de la Santé (en tant que payeurs), les ministères de l'Éducation, les collèges accordant l'agrément et les membres du corps professoral, qui sont aussi des praticiens indépendants. La présence d'autant d'acteurs peut mener à des situations où les attentes ou les intérêts deviennent conflictuels. Eu égard à ce qui précède, il sera nécessaire de recourir à un ensemble de solutions qui reconnaissent cette complexité pour aborder les tensions associées au double rôle des résidents.

Les structures et les politiques traditionnelles relatives à l'apprentissage se fondent depuis de nombreuses années sur les postulats voulant que les résidents soient présents dans certains hôpitaux et qu'ils s'acquittent d'un volume assez prévisible de soins aux patients. Dans certains cas, on s'appuyait sur le processus éducatif pour fournir du personnel pour la prestation des soins de santé, reliant même l'attribution des postes de formation à la capacité de fournir une couverture adéquate de service et de garde. Cependant, des négociations avec les associations de résidents ont produit des améliorations dans les conditions de travail et de formation. Certains rôles traditionnels exigés des résidents, particulièrement des tâches de routine, sont maintenant délégués à d'autres membres de l'équipe de soins de santé. Ces progrès ont été réalisés à des rythmes variables dans différents contextes et, avec l'avènement de la formation médicale décentralisée (ou répartie), il sera très important de réfléchir aux moyens de soutenir les résidents dans des milieux hospitaliers où ils deviendront de nouveaux membres d'une équipe de soins de santé déjà établie.

Alors que, d'une part, on souhaite éviter de prolonger le temps passé en formation, on rencontre aussi à l'occasion une résistance à changer les modèles et les paradigmes standards ou traditionnels. Il faudra résoudre cette

tension dans le cas où la réduction des heures de travail se concrétiserait et créerait par le fait même la nécessité d'établir une efficacité accrue de la formation durant la résidence. À ce jour, les personnes responsables des programmes de formation ont tenu pour acquis que la durée standard de cinq ans est nécessaire pour la formation des stagiaires, et elles peuvent se montrer réticentes à définir des normes et des méthodes nouvelles, de même que les éléments vraiment essentiels requis de tous les médecins au stade de l'entrée en exercice. Vu l'appréciation générale envers les praticiens très compétents issus du système canadien d'éducation médicale, il est possible que l'on ait à affronter une résistance accrue quant à la modification des modèles de formation; les gens se retrancheront alors derrière l'adage voulant que « le mieux soit l'ennemi du bien ».

Le fait que les résidents prodiguent des soins aux patients et assument des responsabilités croissantes tout au long de leur formation est reconnu comme un excellent modèle de formation qui aide à préparer les futurs médecins aux réalités de l'exercice de leur profession. L'aspect concret de la capacité à prodiguer des soins sous supervision permet aux résidents d'aborder de façon sécuritaire la complexité et les fluctuations dans les cas et les traitements des patients. La création d'un milieu qui reflète la pratique future des résidents demeure une partie importante de leur formation, et il y aura lieu d'accorder une attention particulière à cet élément dans le débat sur les heures de travail. Les médecins spécialistes formés dans des milieux qui ne reflètent pas les réalités de la pratique communautaire peuvent se trouver limités dans leur capacité à exercer hors d'un milieu de formation, et il y a donc un risque qu'ils ne puissent répondre aux besoins en matière de soins de santé de la population. [Se reporter aux livres blancs intitulés [Répondre aux besoins de la société en matière de santé et Diversification des contextes d'apprentissage](#).] L'assurance que les résidents seront bien préparés à exercer dans des milieux variés et qu'ils auront des attentes réalistes quant aux heures de travail après la fin de leur formation demeure un défi qui nécessitera des discussions plus poussées.

AVANTAGES POTENTIELS

Même si l'examen du double rôle des résidents révèle souvent des tensions et des défis inhérents au système actuel, il est aussi important de reconnaître les avantages des rôles combinés et des nombreuses occasions d'améliorer la formation, l'apprentissage et l'expérience de la résidence. La reconnaissance du fait que les résidents doivent assumer le double rôle d'apprenants et de fournisseurs de services maintiendra le concept actuel de la prestation des soins de santé dans la formation médicale tout en incitant les éducateurs médicaux à détecter des modes de formation dépassés et à demander s'il existe ou non de meilleures voies. La réduction prévue des heures de travail conjuguée au désir de ne pas prolonger la durée de la formation devrait encourager le Collège royal, les comités de spécialité et les programmes de résidence à rechercher des efficiences accrues et des modèles de formation différents dans le système de FMPD et à promouvoir le concept voulant que les résidents deviennent des « apprenants experts ». Qui plus est, les modifications à la FMPD qui permettront aux programmes de résidence de maintenir ou de réduire la durée actuelle de formation ont le potentiel d'augmenter les effectifs de travailleurs de la santé présents dans le système.

Les principes de la responsabilité croissante sont ancrés dans les programmes de formation des résidents, mais le concept parallèle de supervision adaptée — une pierre angulaire de la FMFC — n'a pas reçu autant d'attention. En déployant une plus grande énergie à définir clairement et à mettre en œuvre des paramètres de supervision adaptée, on contribuera à faire en sorte que les stagiaires puissent s'acquitter de leurs tâches en étant soumis à une supervision dont le niveau ira en décroissant afin de leur permettre de passer sans heurts à la pratique autonome. On pourra également s'assurer que les résidents ont exploré les façons de cerner les limites de leur compétence, et qu'ils savent quand rechercher de l'aide et comment examiner de manière plus approfondie les domaines problématiques. La promotion d'une supervision adéquate à tous les stades de la formation des résidents aidera à en améliorer la valeur éducative et à favoriser la sécurité des patients.

Enfin, étant donné que tous les médecins doivent exécuter des tâches de routine, il serait peut-être bon de considérer celles-ci comme des défis afin de déterminer comment, en tant que praticiens, ils peuvent apprendre de chaque contact avec des patients et se préoccuper constamment de l'amélioration de la qualité, dès la résidence et tout au long de la carrière professionnelle.

RECOMMANDATIONS

1. L'attribution des postes dans les programmes de résidence devrait se fonder sur les besoins projetés en ressources humaines de la santé par discipline, plutôt que sur les besoins à court terme en matière de prestation de soins de santé.
2. La conception des programmes de résidence devrait accroître graduellement la part de formation fondée sur les compétences, intégrant des méthodes d'évaluation appropriées qui peuvent être employées dans divers milieux de formation et tenant compte de la capacité des résidents pour l'apprentissage autodirigé.
3. Le Collège royal devrait appuyer un modèle de formation des résidents qui accorderait une plus grande souplesse quant aux façons de satisfaire les exigences de formation, reconnaissant que les questions de conception éducative et d'exposition à des cas cliniques sont, dans une très grande mesure, particulières aux spécialités.
4. Le Collège royal devrait défendre le fait que la réaction première aux restrictions des heures de travail ne doit pas être de prolonger la durée de la formation. La durée globale de la formation devrait être déterminée par l'atteinte des compétences requises.

5. Les programmes de résidence devraient être structurés de sorte que le temps imparti pour l'éducation formelle et les activités cliniques évolue progressivement tout au long de la formation des résidents.

6. Le Collège royal — en concertation avec les autres organismes d'agrément, les facultés de médecine, les associations provinciales et nationales de résidents, les ministères de la Santé et d'autres partenaires — devrait susciter une compréhension commune des faits probants reliant les heures de travail des résidents à la sécurité des patients, au bien-être des résidents et des enseignants, à l'éducation médicale et au rendement du système de santé.

7. Le Collège royal devrait revoir la structure de la formation des résidents afin d'y incorporer une phase initiale d'orientation et d'évaluation, de même qu'une phase terminale de préparation et d'évaluation finale en vue de l'entrée en exercice, dans le but de faciliter les transitions vers la résidence et hors de celle-ci.

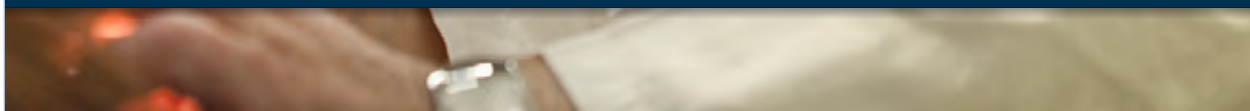
8. Le Collège royal devrait collaborer avec les programmes de formation des résidents, les hôpitaux et d'autres partenaires du système pour optimiser le milieu d'apprentissage clinique et réconcilier la valeur implicite des soins cliniques avec l'exigence d'efficacité de la formation. Les activités n'ayant aucune valeur éducative devraient être recensées, puis réduites, éliminées ou déléguées à d'autres prestataires possédant la formation appropriée.

RÉFÉRENCES

1. Kesselheim JC, Cassell C. 2013. Service: an essential component of graduate medical education. *The New England Journal of Medicine*. **368** (6): 500-1.
2. Jarvis-Selinger S, Pratt DD, Regehr G. 2012. Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Academic Medicine*. **87** (9): 1185-90.
3. Ulmer C, Miller Wolman D, Johns MME, eds. 2008. *Resident Duty Hours: Enhancing Sleep, Supervision, and Safety*. Washington, DC: The National Academies Press.
4. Nasca TJ, Day SH, Amis ES Jr., ACGME Duty Hour Task Force. 2010. The New Recommendations on Duty Hours from the ACGME Task Force. *The New England Journal of Medicine*. **363** (2): e3.
5. De Rossi S, Taber S, Frank JR. 2010. Presentation: *The "invisible" phase of postgraduate medical education A snapshot of the landscape of post-residency clinical fellowships*. International Conference on Residency Education, September 24, 2010.
6. Frank JR, Snell LS, ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, Harris P, Glasgow NJ, Campbell C, Dath D, Harden RM, Iobst W, Long DM, Mungroo R, Richardson DL, Sherbino J, Silver I, Taber S, Talbot M, Harris KA. 2010. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher*. **32** (8): 638-45.
7. Dath D, Iobst W. 2010. The importance of faculty development in the transition to competency-based medical education. *Medical Teacher*. **32** (8): 683-6.



5. Professionnalisme



Auteurs

- Lara Cooke, MD, M.Sc., M.Ed., FRCPC
- Nicolette Caccia, MD, FRCSC
- Stefanie De Rossi, BSc. Hons.
- Sherry Espin, PhD, RN
- Leslie Flynn, MD, FRCPC
- Wendy Levinson, MD, FRCPC
- Robert F. Maudsley, MD, FRCSC
- Kristin Sivertz, MD, FRCPC
- Mark Smilovitch, MD, FRCPC
- Kenneth A. Harris, MD, FRCSC

Professionnalisme



Remerciements

Kristin Sivertz (1951-2011) a participé à la rédaction de ce livre blanc. Véritable force motrice de la formation médicale postdoctorale au Canada pendant de nombreuses années, elle a cumulé ses fonctions de clinicienne active et de membre du corps professoral, et a toujours plaidé en faveur de l'amélioration du système de soins de santé dans l'ensemble de ses travaux. Les autres participants à l'élaboration de ce livre blanc soulignent son importante contribution.



Robert F. Maudsley (1938-2012) a participé à la rédaction de ce livre blanc. Véritable force motrice de la formation médicale au Canada pendant de nombreuses années, il a fait valoir son approche avec cohérence et ténacité pour mieux préparer les médecins au Canada et à l'étranger. Les autres participants à l'élaboration de ce livre blanc soulignent son importante contribution.

RÉSUMÉ

Ce livre blanc porte sur des éléments importants liés à l'enseignement et à l'évaluation du professionnalisme médical. Celui-ci constitue le fondement de tous les aspects de l'enseignement et de l'exercice de la médecine; quiconque amorce une réflexion sur l'avenir de l'éducation médicale et son volet postdoctoral doit s'y attarder.

Comme il est l'organisme de certification des médecins spécialistes au Canada, le Collège royal devra jouer un rôle de premier plan dans l'enseignement postdoctoral et l'évaluation du professionnalisme médical.

Ce livre blanc explore les éléments essentiels à l'intégration et au maintien du professionnalisme médical, celui-ci étant le pivot de l'éducation médicale, des besoins et des attentes de la société, et de l'évolution des soins de santé au XXI^e siècle.

Dans ce document, le professionnalisme se veut être une compétence individuelle, qui, rappelons-le, est formée et éclairée par les cultures institutionnelles, systémiques et sociales pouvant favoriser ou nuire à son développement et à son expression. Il y a donc lieu de tenir compte du contexte culturel et de le comprendre. L'interaction entre les nombreux éléments sociaux, culturels, systémiques, organisationnels et individuels à l'origine du concept du professionnalisme médical est extrêmement complexe et comporte plusieurs facettes. Nous avons conçu un schéma conceptuel pour mieux faire comprendre ses différentes facettes¹.

Nous présentons également les principales définitions du professionnalisme médical et les concepts clés liés à l'enseignement et à l'évaluation

du professionnalisme dans la formation médicale postdoctorale. Nous abordons de nouvelles questions et les concepts plus traditionnels associés au professionnalisme médical. Nous traitons en particulier des questions relatives à l'altruisme, à la déontologie, à l'autonomie professionnelle, aux communications numériques et au réseautage social, ainsi qu'au mieux-être des médecins. Nous examinons aussi les défis de l'enseignement du professionnalisme médical, les domaines prioritaires et proposons aux éducateurs en formation médicale postdoctorale (FMPD) et aux médecins enseignants des ressources qui les aideront à innover et à intégrer cette composante clé de la formation dans leurs programmes d'études.

Même si ce livre blanc est axé sur la formation postdoctorale, il est clair que l'essentiel de son contenu s'applique également à tous les niveaux de la formation médicale, qu'elle soit prédoctorale, postdoctorale ou reçue durant l'exercice de la profession.

CONTEXTE

Même si de nombreuses publications traitent de définitions, de l'enseignement et de l'évaluation du professionnalisme médical, il s'agit d'un concept complexe non encore défini avec précision et unanimité. Avant d'explorer les aspects de ce domaine jugés essentiels pour l'avenir de la FMPD, il importe d'examiner ce que certains entendent actuellement par « profession » et « professionnalisme médical ».

Le sens général donné au mot « profession » inclut souvent les concepts d'altruisme et un ensemble de connaissances spécialisées. Cruess et ses collaborateurs proposent une définition plus complète, qui comprend l'importance du contrat social et l'autoréglementation² :

Une occupation, un métier ou une fonction essentiellement axé sur la maîtrise d'un ensemble complexe de connaissances et de compétences. C'est une activité où la connaissance d'un certain domaine de la science ou de l'apprentissage ou la pratique d'un art fondé sur l'acquis de cette connaissance est mise au service des autres. Ceux qui l'exercent sont régis par un code de déontologie et affirment leur engagement en matière de compétence, d'intégrité, de moralité, d'altruisme et de promotion de l'intérêt général dans leur domaine. Cet engagement est à la base d'un contrat social entre les membres d'une profession et la société, laquelle, en retour, leur accorde le monopole de l'utilisation de cet ensemble de connaissances, une autonomie considérable dans l'exercice de leur profession et un privilège d'autoréglementation. Les professions et leurs membres sont redevables envers ceux qu'ils servent et envers la société² [TRAD.].

Pour Cruess et ses collaborateurs, le « professionnalisme » est, par extension, « l'ensemble des qualités, des caractéristiques ou des modèles de comportement » dont un membre d'une profession devrait faire preuve (un « professionnel »)².

Dans un article de l'American Board of Internal Medicine, « Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter³ » la définition du professionnalisme médical, affinée davantage, englobe des principes et des responsabilités, dont les trois principes suivants : la primauté du bien-être des patients, l'autonomie du patient et la justice sociale. Les auteurs y font aussi état de 10 responsabilités professionnelles témoignant d'un engagement envers chacun des éléments suivants :

- i. Compétence professionnelle
- ii. Honnêteté envers les patients
- iii. Respect du caractère confidentiel des renseignements du patient
- iv. Maintien de relations appropriées avec les patients
- v. Amélioration de la qualité des soins
- vi. Meilleur accès aux soins
- vii. Répartition équitable des ressources limitées
- viii. Connaissances scientifiques
- ix. Préservation du lien de confiance en évitant les conflits d'intérêts
- x. Responsabilités professionnelles

En outre, dans son rapport sur le projet des objectifs des écoles de médecine, l'Association of American Medical Colleges définit le professionnalisme médical en fonction de quatre éléments : connaissances, compétence, altruisme et sens du devoir⁴.

Le Cadre de compétences CanMEDS pour les médecins décrit les compétences essentielles du rôle de professionnel :

Les médecins peuvent...

1. démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société par une pratique respectueuse de l'éthique;
2. démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société en participant à l'autoréglementation de la profession;
3. démontrer un engagement envers la santé des médecins et leur pratique durable⁵.

Le mieux-être des médecins, en tant que partie intégrante du professionnalisme médical, est inclus de façon explicite dans la définition du rôle CanMEDS.

Dans un document récent publié sous l'égide de la Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Cooke et ses collaborateurs apportent d'autres précisions au sujet du professionnalisme médical :

(...) nous préférons utiliser « **formation professionnelle** » plutôt que « **professionnalisme** » pour souligner la nature continue, dynamique, multiforme et profonde du concept. Comme elle mise sur une base essentielle de compétence clinique, de compétences interpersonnelles et en communication, et une compréhension des principes juridiques et de la déontologie, la formation professionnelle couvre nécessairement les objectifs d'excellence du rendement, la reddition de comptes, l'humanisme et l'altruisme⁶ [TRAD.].

Nous soulignons également que les résidents doivent maîtriser le rôle d'expert médical ainsi que tous les rôles CanMEDS transversaux, et démontrer leur engagement en matière d'apprentissage continu. Pour Cooke et ses collaborateurs, il s'agit « d'objectifs en matière d'excellence, de reddition de comptes, d'humanisme, d'altruisme et d'une progression continue vers l'expertise au terme de la formation »⁶.

Les auteurs soulignent les défis de la formation professionnelle, y compris :

le manque de clarté et la confusion au sujet des valeurs professionnelles, l'incapacité d'évaluer, de reconnaître et de promouvoir les comportements professionnels; les attentes inadéquates en vue de viser progressivement un plus grand engagement professionnel et l'effritement des valeurs professionnelles en raison du rythme et du caractère commercial des soins de santé⁶ [TRAD.].

Ils formulent aussi des recommandations pour améliorer le processus de formation professionnelle, y compris :

promouvoir un enseignement formel en déontologie; examiner les messages cachés des programmes d'études; offrir une rétroaction ainsi que des possibilités de réflexion et d'évaluation du professionnalisme dans le contexte de mentorat longitudinal; promouvoir les relations avec le corps professoral en vue d'appuyer les apprenants et d'inculquer le respect de normes élevées, et créer des milieux d'apprentissage collaboratif axés sur l'excellence et l'amélioration continue⁶ [TRAD.].

Il importe d'inclure toutes ces définitions puisqu'elles ont contribué à façonner la formation médicale et le professionnalisme, et qu'elles apportent un éclairage différent sur les valeurs, les attitudes, les principes et les responsabilités qui sous-tendent le professionnalisme. Il convient aussi de souligner les travaux de Lesser et de ses collaborateurs, qui décrivent les comportements dénotant le professionnalisme de certains médecins, organismes et réseaux de santé⁷.

DÉFIS ET CATALYSEURS DE CHANGEMENT

Les défis et les catalyseurs de changement concernant le professionnalisme sont complexes et ont beaucoup évolué au cours des 20 dernières années. En voici quelques-uns :

- Attentes de la société : Les attentes du public évoluent constamment et sont de plus en plus nombreuses; les médias, Internet et d'autres ressources facilitent l'accès à l'information médicale.

- Modèles de soins en collaboration : Les questions liées à la pérennité du système de santé, les ressources limitées de soins de santé et la complexité croissante des problématiques présentées par les patients ont donné lieu à de nouveaux modèles de prestation des soins par des équipes multidisciplinaires. Ces modèles de pratique exigent que les médecins maîtrisent le travail en équipe et acquièrent des compétences de collaboration interprofessionnelle. [Voir la recommandation VIII, Faire progresser la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle, dans [L'avenir de l'éducation médicale au Canada \(AEMC\) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales](#)⁸].
- Hausse du nombre de plaintes pour faute professionnelle : Une étude publiée aux États-Unis a révélé que des problèmes de communication étaient à l'origine de 70 pour cent des plaintes pour faute professionnelle⁹.
- Hausse des signalements d'erreurs médicales : La sensibilisation aux taux élevés de morbidité et de mortalité attribuables aux erreurs médicales en milieu hospitalier a forcé les intervenants tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la profession à accroître la sécurité et la reddition de comptes chez les médecins en exercice et au sein des organismes de soins de santé. Il s'agit d'un nouveau domaine de compétence que les médecins doivent maîtriser, qui englobe l'amélioration de la qualité ainsi que les aptitudes et les obligations inhérentes à la divulgation des erreurs et à la transparence.
- Taux d'incapacité des médecins en raison d'un handicap et de problèmes de santé mentale : Les initiatives sur la gestion du risque et la sécurité des patients, et une meilleure réglementation et surveillance des médecins ont pointé le doigt sur des questions liées à l'incapacité des médecins en raison d'un handicap et de problèmes de santé mentale, qui sont plus fréquentes chez les médecins qu'au sein de la population^{10,11}. Ceci soulève une question importante : l'accent mis sur le mieux-être des médecins peut aller à l'encontre du principe d'altruisme. Elle devient plus importante dans un contexte où les systèmes de santé sont débordés, les heures de travail des résidents, réduites, où la population est vieillissante, de plus en plus malade, et où les besoins cliniques et pédagogiques sont donc de plus en plus grands. Les comportements à l'égard de ces questions peuvent contribuer aux tensions intergénérationnelles entre les médecins en exercice et les médecins en formation.
- Progrès de la technologie et des sciences médicales : La croissance exponentielle des connaissances médicales et des capacités de diagnostic a soulevé des questions éthiques complexes dans certains domaines, notamment les soins de fin de vie, les tests génétiques et la recherche sur les cellules souches.
- Cyberprofessionnalisme : Plusieurs questions importantes relatives aux ordinateurs et à Internet viennent remettre en cause les concepts traditionnels associés au professionnalisme médical, entre autres le fait que le caractère durable des communications en ligne et par courriel peut contribuer à la diffusion constante de documents au-delà de l'auditoire visé et longtemps après que l'auteur a modifié les propos qu'il y a exprimés. Ceci a trait particulièrement aux documents produits pendant la formation d'un médecin, lorsque son jugement peut ne pas être pleinement aiguisé. Il convient aussi d'établir un juste équilibre entre l'utilisation des réseaux sociaux à titre de ressource pédagogique et de moyen de communication, et de tribune pouvant révéler publiquement une conduite non professionnelle¹²⁻¹⁴. En dernier lieu, il existe des questions de protection du caractère confidentiel des communications électroniques avec les patients (p. ex., courriel, message texte) et des questions connexes liées aux délais de réponse, aux pare-feux et aux blogues sur les soins aux patients.
- Les perceptions négatives du professionnalisme chez les médecins en formation : Certains médecins en formation croient qu'il leur appartient d'adopter et de

démontrer des comportements professionnels. Il y a incompatibilité entre les principes professionnels qui leur ont été inculqués et qu'ils doivent respecter, et les comportements de ceux qui leur tiennent lieu de modèles. Ces médecins croient aussi que les systèmes de santé et l'ensemble de la profession se sont soustraits à leur responsabilité d'apporter les solutions requises aux problèmes systémiques à l'encontre des principes du comportement professionnel^{7,15}.

- **Menace à l'autoréglementation :** L'autoréglementation est un concept fondamental dans la définition d'une profession, mais il s'agit à la fois d'un privilège et d'une responsabilité pour les membres de cette profession. Plusieurs facteurs peuvent nuire à l'autoréglementation de la profession médicale, dont les limites imposées au sujet de la disponibilité des médecins, tant par ces derniers que par les établissements de santé. Ceci peut être considéré comme un manquement aux obligations d'accès temporaire du contrat social. Le message selon lequel le transfert de la responsabilité des soins à un groupe permettra de respecter ces obligations n'a pas bien été communiqué au public. De plus, la pérennité du système de santé et la réduction des coûts, et le rôle accru de réglementation des organismes de financement constituent un autre obstacle à l'autoréglementation de la profession médicale. À ceci s'ajoute la perception du public selon laquelle les collègues et les organismes de réglementation protègent certains médecins (« serrent les rangs ») plutôt que l'ensemble de la profession dans l'exercice de son rôle pour le bien de la société.
- **Politiques sur les conflits d'intérêts :** Les établissements d'enseignement, les commanditaires de l'industrie, les organismes de réglementation et le public sont plus sensibles au fait que la confiance et l'honnêteté pourraient être minées par la participation de l'industrie à la recherche et à l'enseignement. Cette situation pose des questions et des dilemmes déontologiques chaque fois que l'industrie pharmaceutique fournit des fonds pour des programmes d'enseignement.

RECOMMANDATIONS pour l'enseignement postdoctoral sur le professionnalisme médical

1. Le professionnalisme doit demeurer un pivot de la FMPD.

A. Agrément

- i. Les normes d'agrément du Collège royal doivent maintenir l'obligation de l'enseignement et de l'évaluation du professionnalisme médical en tant que composantes fondamentales dans toutes les phases des programmes de formation des résidents.
- ii. Les normes d'agrément du Collège royal devraient prescrire l'évaluation des politiques et des activités d'enseignement sur le mieux-être des résidents.
- iii. Le Collège royal devrait prendre les devants en collaborant avec d'autres organismes de délivrance de titres, dont le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Comité de liaison sur l'éducation médicale (CLEM), afin de favoriser l'élaboration ou la recherche et l'adoption de méthodes d'évaluation rigoureuses sur le plan pédagogique du professionnalisme médical dans tout le continuum de la formation des médecins, des études prédoctorales à l'entrée en exercice. (Voir la [recommandation n° 2](#) au sujet des répercussions sur le maintien du certificat.)

B. Enseignement du professionnalisme médical

- i. L'enseignement du professionnalisme médical ne doit pas porter sur un ensemble de valeurs et de comportements, qu'il est difficile d'évaluer, mais plutôt sur des comportements observables et mesurables qui démontrent le professionnalisme⁷ et qui peuvent servir de repères aux apprenants et aux enseignants. L'enseignement et l'évaluation du professionnalisme médical devraient constituer la pierre angulaire de la formation médicale fondée sur les compétences.

Ce « recadrage » de l’enseignement du professionnalisme dans de nombreux centres peut donner lieu à un plus grand appui des étudiants et des résidents, et contribuer à harmoniser ce qui est enseigné et observé lors de l’interaction quotidienne auprès des médecins en exercice. L’annexe A donne des exemples des comportements rattachés à certaines valeurs qui démontrent le professionnalisme médical.

- ii. L’enseignement du professionnalisme médical doit comprendre des lignes directrices sur l’utilisation des médias numériques et du réseautage social destinées aux étudiants, résidents et médecins en exercice. (Voir la [recommandation n° 3.](#))

Le Collège royal, le CLEM, le CMFC, l’Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et les collèges des provinces et territoires doivent assurer l’exhaustivité et l’adoption globale et uniforme des définitions du professionnalisme médical dans le continuum de la formation médicale et de la pratique de la médecine, de veiller à ce que l’enseignement et l’apprentissage des comportements professionnels soient cohérents aux différentes étapes de la formation.

- iii. Le Collège royal devrait aider les programmes de résidence et les universités à élaborer des stratégies assurant un juste équilibre, d’une part, entre les services et la charge de travail, et, d’autre part, la « charge cognitive » optimale. Ceci contribuerait à créer un milieu d’apprentissage où les comportements professionnels ne risquent pas d’être compromis en raison d’une « surcharge cognitive » et des modifications prévues aux heures de travail des résidents¹⁶.
- iv. Le Collège royal devrait contribuer à l’élaboration de programmes d’enseignement sur le professionnalisme. Il faudra pour cela appuyer et renforcer les ressources organisationnelles qui

élaboreront et feront connaître les programmes et méthodes d’enseignement efficaces. Il y a lieu d’encourager les apprenants à utiliser les nouveaux modèles pédagogiques, dont la simulation et les patients virtuels, afin de favoriser leur participation et l’authenticité des cas.

- v. Le Collège royal devrait contribuer aussi à l’élaboration de programmes d’enseignement sur le mieux-être des médecins, un élément fondamental du professionnalisme qui mérite une attention spéciale.
- vi. Les programmes et les méthodes efficaces liés au professionnalisme médical devraient être communiqués aux doyens aux études postdoctorales et aux directeurs des programmes de résidence, et à d’autres organismes de délivrance de titres au sein du continuum de la formation médicale, des études prédoctorales à l’entrée en exercice. L’auditoire ciblé devrait être les résidents leaders et les médecins enseignants afin de faire connaître les définitions et de mieux faire comprendre les comportements professionnels dans l’ensemble du pays.
- vii. Le Collège royal, l’AFMC, le CMFC et les organismes provinciaux et territoriaux de délivrance des permis d’exercice devraient élaborer des programmes de rattrapage pour les apprenants et les médecins en exercice qui manquent de professionnalisme.

C. Évaluation du professionnalisme médical

- i. L’enseignement du professionnalisme médical doit être accompagné d’une évaluation formelle des comportements professionnels. Il est primordial de l’assurer dans tout le continuum de la formation médicale et de la pratique de la médecine pour que les médecins en exercice, modèles des apprenants, respectent les mêmes règles de professionnalisme que ce qui est enseigné aux niveaux pré et postdoctoral.

- ii. Le Collège royal devrait collaborer avec l'AFMC, le CMFC et les organismes provinciaux et territoriaux de délivrance des permis d'exercice afin d'élaborer un document formel détaillé sur les jalons du comportement professionnel. Ce document devrait comprendre des ressources pour l'évaluation et l'enseignement des comportements professionnels tout au long de la formation médicale. Le Collège royal devra diffuser le document sur les jalons lorsqu'il sera terminé.
 - iii. *Le guide des outils d'évaluation CanMEDS¹⁷* du Collège royal devrait être mis à jour et inclure des ressources pour l'évaluation de chacune des compétences fondamentales, y compris le professionnalisme médical. L'accent devrait être mis sur l'observation directe aux fins de l'évaluation du professionnalisme.
 - iv. L'évaluation formelle des comportements professionnels des médecins en formation postdoctorale est régie par les lignes directrices actuelles sur l'agrément. L'utilisation d'instruments validés pour cette évaluation devrait être encouragée dans les programmes de résidence, les études prédoctorales et auprès des médecins en exercice. Les méthodes d'évaluation doivent être rigoureuses et permettre d'attribuer un échec à un résident qui manque de professionnalisme, quelle que soit son expertise médicale¹⁸⁻²⁰.
 - v. Le Collège royal et d'autres organismes régissant l'exercice de la médecine devraient élaborer une boîte à outils pour les interventions visant à apporter des mesures correctives, que pourraient utiliser les enseignants, les facultés de médecine et les organismes de délivrance des permis d'exercice.
- 2.** Le développement professionnel est une composante fondamentale de l'amélioration de l'enseignement et de l'évaluation du professionnalisme médical dans tout le continuum de la formation médicale et la pratique de la médecine. [Voir [le document sur le perfectionnement du corps professoral](#).]

A. L'enseignement et la formation sur le professionnalisme médical dans le cadre des programmes de perfectionnement du corps professoral devraient être fortement recommandés pour tous les membres des facultés de médecine

- i. Pour assurer l'efficacité de l'enseignement et de l'évaluation des comportements professionnels, il sera essentiel de veiller au perfectionnement du corps professoral. Le CLEM et les normes d'agrément du Collège royal doivent régir l'accès et le soutien des médecins (c.-à-d., reconnaissance aux fins de promotion, temps réservé et rémunéré) pour les programmes de perfectionnement du corps professoral.

B. Le perfectionnement du corps professoral sur le professionnalisme médical doit inclure :

- i. Des définitions claires de « profession » et de « professionnalisme médical », et des exemples concrets des comportements que les médecins et les organisations médicales doivent démontrer⁷;
- ii. Un modèle favorisant les comportements à enseigner durant le continuum de développement, des études prédoctorales à l'entrée progressive en exercice;
- iii. Des méthodes appropriées pour évaluer et détecter le manque de professionnalisme dans un cadre structuré ou non structuré¹⁸⁻²⁰;
- iv. Des outils permettant de corriger le manque de professionnalisme démontré;
- v. Des normes claires pour les médecins en exercice conformes aux normes établies pour les médecins en formation;
- vi. Des normes et des lignes directrices sur l'utilisation des médias numériques et des réseaux sociaux en médecine. (Voir [la recommandation n° 3](#).)

C. Le Collège royal devrait collaborer avec le CLEM et les organismes provinciaux et territoriaux de délivrance des permis d'exercice pour veiller à ce que les facultés de médecine définissent et évaluent adéquatement les comportements professionnels de tous les médecins.

D. Le maintien du certificat dans les domaines liés au professionnalisme médical devrait constituer une exigence pour tous les participants au programme de Maintien du certificat du Collège royal. Le maintien du certificat devrait tenir compte des aspects du professionnalisme propres au rôle du médecin dans la pratique clinique et l'enseignement.

E. Le Collège royal, les organismes provinciaux et territoriaux de délivrance des permis, l'Association médicale canadienne (AMC), l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et l'AFMC devraient trouver, concevoir et diffuser des ressources sur le mieux-être des médecins et les relations avec les médecins hors d'état d'exercer en raison d'un handicap ou d'un comportement perturbateur. L'accès à ces ressources par les résidents, les médecins et les enseignants devrait constituer une exigence pour l'agrément.

3. Domaines évolutifs du professionnalisme médical

Le Collège royal devrait se tenir au fait des domaines évolutifs de la médecine et de la société qui influenceront sur la conceptualisation du professionnalisme médical. L'incidence des médias numériques et les dilemmes déontologiques que posent la recherche sur les cellules souches, les modalités de diagnostic et les soins de fin de vie en sont des exemples, tels que mentionnés précédemment.

En tant que chef de file de la FMPD, le Collège royal est à même d'élaborer des lignes directrices appropriées et d'établir une collaboration au sujet des nouveaux enjeux touchant l'exercice de la médecine. Il devrait jouer un rôle de précurseur et de leader afin de guider la profession compte tenu des nouveaux défis à venir.

A. Médias numériques et réseautage social

Le Collège royal et les organismes pertinents de certification, d'éducation et de réglementation en médecine au Canada devraient élaborer des lignes directrices sur les comportements professionnels liés à l'utilisation d'Internet, du courrier électronique et des réseaux sociaux dans l'exercice de la médecine et les soins aux patients. Elles devraient être communiquées à tous les médecins en exercice et être adoptées par les facultés de médecine et les organismes provinciaux de délivrance des permis au Canada. Elles devraient aussi être incorporées aux descriptions des attentes en matière de comportement professionnel des médecins.

B. Évolution des technologies médicales et opinion actuelle

Le Collège royal et les organismes d'enseignement et de réglementation de la médecine devraient bâtir un consensus sur les dilemmes déontologiques que posent les technologies médicales en évolution et les débats qu'elles soulèvent, comme la recherche sur les cellules souches, les soins en fin de vie et l'utilisation des tests diagnostiques.

Le Collège royal devrait jouer un rôle clé dans la diffusion de ressources pédagogiques sur les fondements de l'éthique biomédicale, qui faciliteraient l'enseignement de ces sujets aux médecins en formation et en exercice dans le cadre du programme de Maintien du certificat.

RÉFÉRENCES

1. Caccia, N. 2011. *Professionalism Concept Maps*. Disponible à l'adresse http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/advocacy/educational_initiatives
2. Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. 2004. "Profession": A working definition for medical educators. *Teaching and Learning in Medicine*. **16** (1): 74-6.
3. American Board of Internal Medicine Foundation, ACP-ASIM Foundation, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine. 2002. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine*. **136** (3): 243-6.
4. Association of American Medical Colleges, 1998. Learning Objectives for Medical Student Education: Guidelines for Medical Schools. Report 1. Dernière consultation le 23 mai 2013 sur le site Web de l'AAMC : <https://members.aamc.org/eweb/upload/Learning%20Objectives%20for%20Medical%20Student%20Educ%20Report%20I.pdf>.
5. Frank, J. R. (dir.). 2005. *Le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
6. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. 2010. *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency*. San Francisco: Jossey-Bass.
7. Lesser CS, Lucey CR, Egener B, Braddock 3rd CH, Linas SL, Levinson W. 2010. A behavioral and systems view of professionalism. *Journal of the American Medical Association*. **304** (24): 2732-7.
8. L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC). *L'avenir de l'éducation médicale au Canada : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. Dernière consultation le 27 janvier 2011 sur le site Web de l'AFMC : http://www.afmc.ca/fmcc/pdf/collective_vision.pdf
9. Beckman HB, Markakis HM, Suchman AL, Frankel RM. 1994. The doctor-plaintiff relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*. **154** (12): 1365-70.
10. Cohen JS, Patten S. 2005. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*. **5**: 21.
11. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. 2009. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*. **394** (9702): 1714-21.
12. MacDonald J, Sohn S, Ellis P. 2010. Privacy, professionalism and Facebook: a dilemma for young doctors. *Medical Education*; **44**(8):805-13.
13. Spector N.D, Matz PS, Levine LJ, Gargiulo KA, McDonald 3rd MB, McGregor RS. 2010. e-Professionalism: challenges in the age of information. *The Journal of Pediatrics*. **156** (3): 345-6.
14. Varga-Atkins T, Dangerfield P, Brigden D. 2010. Developing professionalism through the use of wikis:A study with first-year undergraduate medical students. *Medical Teacher*. **32** (10): 824-9.
15. Hafferty FW. 1998. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*. **73** (4): 403-7.
16. Schumacher DJ, Slovin SR, Riebschlenger MP, Englander R, Hicks PJ, Carraccio C. 2012. Perspective: beyond counting hours: the importance of supervision, professionalism, transitions of care, and workload in residency training. *Academic Medicine*. **87** (7): 883-8
17. Bandiera G., Sherbino J., Frank J.R. 2006. *Le guide des outils d'évaluation CanMEDS : introduction aux méthodes d'évaluation des compétences CanMEDS*. Ottawa, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
18. Berk R. A. 2009. Using the 360 degrees multisource feedback model to evaluate teaching and professionalism. *Medical Teacher*. **31** (12): 1073-80.
19. Cruess R, McLroy JH, Cruess S, Ginsburg S, Steinert Y. 2006. The Professionalism Mini-Evaluation Exercise: a preliminary investigation. *Academic Medicine*. **81** (10 Suppl): S74-8.
20. Tsugawa Y, Tokudo Y, Ohbu S, Okubu T, Cruess R, Cruess SR, Ohde S, Okada S, Hayashida N, Fukui T. 2009. Professionalism Mini Evaluation Exercise for medical residents in Japan: a pilot study. *Medical Education*. **43** (10): 968-78.
21. Lesser CS, Lucey CR, Egener B, Braddock CH, Linas SL, Levinson W. 2010. A behavioral and systems view of professionalism. *The Journal of the American Medical Association*. **304** (24): 2732-7.

Annexe A : Tableau 1. Cadre de référence pour la conceptualisation du professionnalisme : Comportements des médecins auprès des patients, des membres de la famille et des autres professionnels de la santé²¹

Valeurs	Exemples de comportements des médecins	
	Interaction avec les patients et membres de la famille	Interaction avec les collègues et autres membres de l'équipe de soins
Compassion, respect, esprit de collaboration, « au service » du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des soins axés sur les patients, faire preuve d'empathie, de compassion et chercher à tisser des liens • Favoriser l'autonomie du patient, découvrir et respecter ses préférences, et l'inclure dans la prise de décisions • Être accessible, assurer l'accès aux soins en temps opportun et la continuité des soins par les fournisseurs • Agir dans l'intérêt du patient s'il y a conflit d'intérêts 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec les autres membres de l'équipe de soins pour favoriser la prestation des services au patient • Respecter les autres membres de l'équipe en tout temps
Intégrité et transparence	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la confidentialité des renseignements sur le patient; maintenir des relations appropriées avec ce dernier, divulguer rapidement les erreurs médicales, assumer la responsabilité de ses erreurs et faire le nécessaire pour les corriger • Gérer les conflits d'intérêts et faire connaître toute relation pouvant remettre en cause les recommandations du médecin au sujet du diagnostic et de la prise en charge (p. ex., copropriétaire d'un centre de chirurgie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire part de collègues incompetents ou hors d'état d'exercer en raison d'un handicap • Participer aux évaluations par les pairs et tous azimuts de l'équipe • Faire connaître les normes et les procédures pour le transfert des patients pour assurer la coordination et la continuité des soins
Quête de l'excellence	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter les lignes directrices nationales reconnues et fondées sur les faits (p. ex., de l'Agency for Healthcare Research and Quality ou du US Preventive Services Task Force), les adapter au besoin en fonction des patients, mais se conformer aux lignes directrices dans la majorité des cas • Participer à des activités d'apprentissage continu et de développement professionnel • Veiller à l'amélioration continue de la qualité des soins dans l'ensemble du système 	<ul style="list-style-type: none"> • Participer aux efforts concertés pour améliorer les facteurs systémiques contribuant à la qualité des soins
Administration des ressources de la santé équitable et conforme à l'éthique	<ul style="list-style-type: none"> • Ne causer aucun préjudice; ne prodiguer aucun soin jugé superflu ou non légitime • S'engager à soigner équitablement, respecter les besoins et les préférences des sous-populations, et prodiguer de nouveaux soins même si le patient n'a pas d'assurances ou n'est pas en mesure de payer • Respecter les facteurs culturels et tenir compte des ressources disponibles dans la prestation des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des mécanismes de rétroaction par les pairs sur l'utilisation des ressources et la justesse des soins • Avec le personnel clinique et les autres employés, veiller à assurer l'efficacité des soins et à optimiser la contribution de tous les membres de l'équipe dans la prestation et la gestion des soins • Collaborer avec les collègues afin de coordonner les soins, éviter les examens redondants et optimiser l'utilisation des ressources dans tous les milieux de soins

Reproduit avec l'autorisation de *The Journal of the American Medical Association*.

Annexe A : Tableau 2. Cadre de référence pour la conceptualisation du professionnalisme : Comportements des médecins auprès des patients, des membres de la famille et des autres professionnels de la santé²¹

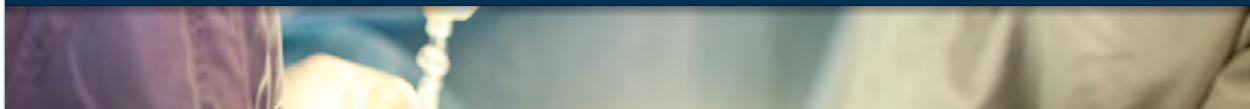
Exemples de comportements organisationnels		
Valeurs	Milieus de pratique (c.-à-d. hôpitaux, réseaux de la santé, organisations médicales)	Organismes professionnels et de défense des intérêts des médecins
Compassion, respect, esprit de collaboration, « au service » du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer le développement de compétences culturelles et en communication afin d’assurer une interaction efficace avec les patients, les familles et les membres de l’équipe de soins • Miser sur des aides de prise de décisions partagées et encourager les patients à participer à la prise de décisions sur les soins • Créer des mécanismes de mise à contribution des représentants des patients et des aidants naturels dans la gestion et la gouvernance organisationnelles • Adopter des politiques et pratiques qui permettent aux patients d’avoir accès aux fournisseurs de soins de leur choix en temps opportun • Favoriser la création d’un milieu physique propice à la guérison 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir une politique de rémunération fondée sur le temps consacré à l’interaction clinique auprès des patients, à la prise de décisions partagées, et à l’accessibilité afin de fournir des soins en temps opportun • Promouvoir l’acquisition de compétences favorisant la participation des patients et le travail d’équipe
Intégrité et transparence	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un soutien organisationnel et aux pairs concernant la divulgation d’erreurs médicales et de médecins incapables d’exercer en raison d’un handicap ou de leur incompétence • Adopter des politiques claires et rigoureuses en matière de conflit d’intérêts et assurer la confidentialité des renseignements sur les patients • Fournir une rétroaction à l’équipe de soins au sujet de son efficacité et lui imputer la responsabilité des résultats auprès d’une population donnée, p. ex., rémunération, rapports publics ou les deux • Décourager la prestation de services lorsque leur valeur n’a pas été confirmée pour le patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et adopter des stratégies organisationnelles propices à une « culture axée sur le professionnalisme » • Participer à l’élaboration de normes professionnelles et mettre en place des mesures correctives et disciplinaires pour les membres qui ne les respectent pas • S’engager à communiquer l’information importante sur le rendement • Encourager la création de systèmes de déclaration et d’analyse d’erreurs médicales afin d’éclairer les stratégies de prévention et d’amélioration de la prestation des soins • Élaborer des politiques sur les conflits d’intérêts • Résoudre les conflits d’intérêts en tenant compte des avantages pour les patients
Quête de l’excellence	<ul style="list-style-type: none"> • Miser sur le soutien des mécanismes d’amélioration de la qualité dans l’ensemble de l’organisation, p. ex., dossiers et registres médicaux électroniques • Déterminer des objectifs d’amélioration clairs, surveiller les résultats et relever la barre en matière de rendement 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des mesures de la qualité clinique des soins et des lignes directrices claires sur la pratique clinique, encourager l’adoption de ces mesures et de ces lignes directrices • Établir des objectifs ambitieux et appuyer des mesures permettant d’améliorer la qualité des soins de façon rapide et significative • Accroître le savoir scientifique

Exemples de comportements organisationnels		
Valeurs	Milieux de pratique (c.-à-d. hôpitaux, réseaux de la santé, organisations médicales)	Organismes professionnels et de défense des intérêts des médecins
Administration des ressources de la santé équitable et conforme à l'éthique	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager l'utilisation judicieuse des ressources pour soigner un ensemble de patients, p. ex., en fournissant de l'information sur les coûts et les résultats dans l'ensemble du système • Utiliser des mécanismes de sensibilisation aux facteurs culturels et à l'amélioration continue de la qualité axés sur la réduction des disparités dans les soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la création et l'adoption d'outils pour assurer des soins de santé au moindre coût et l'utilisation judicieuse des ressources en soins de santé • Promouvoir la santé publique et plaider en faveur des intérêts collectifs en matière de santé et de soins, quels que soient les intérêts personnels du médecin ou de la profession • Promouvoir des politiques de rémunération axées sur le coût total des soins plutôt que sur des rencontres individuelles discrètes et les commentaires de certains cliniciens • Appuyer la création d'outils pour favoriser une réflexion sur les disparités en matière de soins et réduire les écarts injustifiés en ce qui a trait à la qualité et à l'utilisation des ressources

Reproduit avec l'autorisation de *The Journal of the American Medical Association*.



6. Une culture équitable de sécurité des patients



Auteurs

Amy Nakajima, MD, FRCSC

Sarah Taber, MHA/MGSS

Susan Brien, MD, M.Ed., CMSQ, FRCSC, CPE, FRCSC

Mark Daly, RRT MA (Ed)

Chris Hayes, MD, FRCPC

Mark Fleming, PhD

Angèle Landriault, BScN

Anne Matlow, MD, FRCPC

Gary Victor, FRCPC

Gordon Wallace, MD, FRCPC

Kenneth A. Harris, MD, FRCSC

SOMMAIRE

La sécurité des patients est une pierre angulaire de la qualité des soins de santé. La prestation de soins de santé sécuritaires de grande qualité transcende le diagnostic ayant trait à la maladie et au patient, ainsi que la gestion de ceux-ci. Elle exige l'adoption et la culture d'une perspective systémique proactive désignée sous l'appellation de « culture équitable » de sécurité des patients. Les organismes d'intervenants canadiens se préoccupent depuis longtemps de la sécurité des patients, ce qui a entraîné l'élaboration d'outils et de ressources visant à améliorer les résultats cliniques chez les patients. Cependant, malgré la qualité de ces initiatives, l'expérience des auteurs porte à croire que leur adoption demeure rare et inégale au sein des programmes de formation médicale postdoctorale (FMPD) et qu'il faut travailler davantage pour en accroître l'appropriation, pour ultimement faire en sorte que les systèmes de soins de santé soient conçus de façon à ce que la qualité des soins soit uniformément sécuritaire.

Devant l'importance de la sécurité des patients et de la mise en œuvre d'une culture de sécurité des patients, ce livre blanc explore les raisons possibles du peu d'engouement pour les *Compétences liées à la sécurité des patients*. Soulignons, plus particulièrement, que le « curriculum caché » risque de venir miner les efforts de mise en œuvre d'un programme officiel avisé et bien structuré en matière de sécurité des patients. Par la suite, les auteurs présentent aussi une série de recommandations de changements, dont un certain nombre d'approches visant à intégrer la sécurité des patients dans les programmes de FMPD. Parmi ces recommandations figurent notamment l'accroissement de la capacité

d'enseignement, la planification et la création méthodiques d'un programme pour la sécurité des patients, l'élaboration de stratégies et d'outils d'enseignement, ainsi que de méthodes d'évaluation. Le Collège royal peut notamment faire usage des moyens particuliers suivants pour faire progresser la sécurité des patients dans les programmes de FMPD spécialisés :

- une meilleure incorporation des compétences en matière de sécurité des patients dans la prochaine édition du *Cadre de compétences CanMEDS pour les médecins*;
- l'intégration des connaissances, des compétences et des attitudes liées à la sécurité des patients aux examens du Collège royal et à la liste des exigences aux fins du Maintien du certificat;
- l'intégration de la mesure de la culture de sécurité des patients aux normes d'agrément des programmes de FMPD.

Les départements universitaires sont incités à reconnaître officiellement l'enseignement et la recherche en matière de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité et les dirigeants sont invités à intégrer la sécurité des patients à leur mission universitaire en prônant et en faisant progresser efficacement la sécurité des patients dans les milieux d'enseignement et les milieux cliniques au sein de leur organisation. Ensemble, ces éléments permettraient de démontrer un engagement collectif envers l'établissement d'une culture équitable de sécurité des patients bien intégrée, un aspect essentiel si nous comptons améliorer les résultats cliniques chez les patients en évitant les préjudices liés aux soins de santé.

INTRODUCTION

La prestation de soins sécuritaires transcende le diagnostic ayant trait à la maladie et au patient, ainsi que la gestion de ceux-ci. Elle suppose une perspective systémique tenant compte de la nature et de la contribution de l’organisation, des gens, des tâches, des outils, de la technologie et du milieu aux résultats cliniques chez le patient. Les organisations qui s’engagent véritablement envers la sécurité des patients favorisent également une *culture* proactive et novatrice qui cible et corrige les vulnérabilités dans les processus et les systèmes de soins, plutôt que d’attendre que vienne le moment de réagir à des événements indésirables¹. Il importe, dans cette perspective, de se centrer sur l’élaboration d’une culture de sécurité des patients. Dans ce contexte, une « culture de sécurité des patients renvoie :

à l’engagement que prennent les professionnels de la santé, leurs institutions et leurs organisations envers la réduction des préjudices subis par les patients, la promotion du bien-être des patients et des fournisseurs de soins de santé, la réduction des risques d’événements indésirables et la communication des enjeux liés à la sécurité, tout en tirant des leçons des accidents évités de justesse et des autres incidents².

Il y a des valeurs et des principes communs à une culture de sécurité des patients. Par exemple, une culture de sécurité des patients valorise la transparence³, la responsabilisation⁴, ainsi que les soins centrés sur le patient et sa famille⁵. Il s’agit aussi d’une culture misant sur les leçons tirées des événements indésirables, y compris les erreurs et les accidents évités de justesse. Cette culture est productive et caractéristique d’une organisation d’apprentissage où on se livre activement

la recherche de renseignements, où les défaillances et les accidents évités de justesse font l’objet d’enquêtes et où les nouvelles idées sont bien accueillies⁶. Dans ce type de culture, les travailleurs de la santé ont également l’occasion de s’approprier les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires à l’exercice de la médecine la plus sécuritaire qui soit. Enfin, une récente recension des écrits a donné lieu à un modèle conceptuel de *culture de sécurité* au sein duquel on a ciblé sept sous-cultures d’une culture de sécurité des patients, en l’occurrence : leadership, travail d’équipe, culture fondée sur des données probantes, communication, apprentissage, culture juste et centrée sur le patient⁷.

Il est certes difficile de définir la culture dans le contexte d’un système aussi complexe que celui des soins de santé et d’en parler avec précision. On dit souvent que « la culture est la façon dont nous faisons les choses ici⁸. » Cependant, dans le domaine des soins de santé, il y a différents *lieux* au sein desquels les patients reçoivent des soins et une diversité de *personnes* qui prodiguent ces soins. Dans ce contexte, des notions comme « nous » et « ici » deviennent complexes. Les résultats de recherche actuels sur la sécurité des patients, de même que le présent livre blanc, reconnaissent qu’au chapitre de l’attitude, des connaissances et de l’appropriation de principes en matière de sécurité des patients, chaque milieu ou chaque unité revêt un caractère unique⁹.

CONTEXTE

La sécurité des patients, ou l’évitement de préjudices liés à la prestation des soins de santé, sont une pierre angulaire et une dimension fondamentale d’un système de soins de santé de grande qualité^{10,11}. Les statistiques actuelles en ce qui a trait aux événements indésirables font ressortir l’importance d’un processus rigoureux d’amélioration continue en matière de sécurité des patients dans l’ensemble du système de soins de santé au Canada. Bien

qu'aucune organisation ni aucun professionnel de la santé ne cherchent à causer préjudice à un patient, en réalité, le système de soins de santé n'est pas encore conçu pour assurer la prestation continue de soins sécuritaires¹². Au Canada, entre 9 000 et 24 000 adultes par année subissent des blessures dans les hôpitaux à la suite d'événements indésirables¹³. De même, un récent examen des dossiers révèle que 9,2 % des enfants admis dans les hôpitaux canadiens subissent un événement indésirable¹⁴.

La survenue d'événements indésirables entraîne de graves répercussions humaines et financières. Il importe de voir au-delà des statistiques et des chiffres présentés ci-dessus. Chacun de ces incidents ou événements a touché une personne ayant un nom et un visage. Le préjudice subi par ces personnes a eu des répercussions sur chacune d'elles en tant que patients, de même que sur leurs proches, la collectivité et la société dans son ensemble. Le coût financier du traitement des événements indésirables liés au système est également considérable⁹. En cette époque où les attentes en matière de responsabilisation s'intensifient, de tels coûts devraient mettre en évidence l'importance de se pencher sur la sécurité des patients et de veiller à son amélioration.

Reconnaissant l'importance d'améliorer la sécurité des patients dans le contexte des soins de santé, les intervenants se préoccupent depuis longtemps de l'enjeu de la sécurité des patients dans le cadre de la FMPD. Jusqu'ici, cependant, les initiatives prises à cet égard n'ont pas été mises en œuvre de façon globale à l'échelle nationale. Les données empiriques semblent indiquer qu'il faut travailler davantage pour promouvoir et faire progresser une culture équitable de sécurité des patients. L'initiative « L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) » constitue une occasion d'amener la sécurité des patients à l'avant-scène de la FMPD.

Aperçu des initiatives en matière de sécurité des patients

Un certain nombre d'initiatives nationales et locales ont été lancées dans le but d'améliorer les résultats chez les patients et de réduire le nombre d'effets indésirables. Voici certaines des initiatives internationales mises de l'avant :

- la conférence consensuelle nationale organisée conjointement par l'American College of Surgeons (ACS) et l'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) sur l'élaboration d'un programme de sécurité des patients pour les programmes de résidence américains;
- l'« école ouverte » de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), une ressource en ligne pour les apprenants, les enseignants et les éducateurs;
- le guide du programme de l'OMS en matière de sécurité des patients pour les facultés de médecine;
- le cadre national de l'Australie sur l'éducation en matière de sécurité des patients (National Patient Safety Education Framework¹⁵).

De plus, des exemples provinciaux et locaux d'initiatives axées sur la sécurité des patients ont aussi vu le jour au Canada, soit les suivantes :

- La Faculté de médecine de l'Université McGill et le Centre universitaire de santé McGill offrent de la formation en matière de sécurité des patients à leurs étudiants de 4^e année depuis 2008.

- L'Université Memorial de Terre-Neuve a mis en œuvre un module interprofessionnel sur la sécurité des patients pour les étudiants en médecine, en sciences infirmières et en pharmacie.
- L'Université de Toronto a démarré un programme de maîtrise ès sciences sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients en 2012.

En 2001, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a accueilli un forum sur la sécurité des patients qui a donné naissance à une stratégie nationale visant l'amélioration systématique de la sécurité des patients. Un Comité directeur national sur la sécurité des patients a ensuite été créé. Ce comité, qui a fait ressortir la nécessité de créer des programmes de formation et de perfectionnement, a également favorisé la mise en œuvre d'une organisation nationale sans but lucratif pour la sécurité des patients : l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). En collaboration avec le Collège royal, l'ICSP a élaboré les *Compétences liées à la sécurité des patients*, le premier effort national visant à définir les connaissances, les compétences et les attitudes dont doivent faire preuve tous les professionnels de la santé au moment de l'obtention de leur diplôme afin d'assurer la prestation de soins sécuritaires auprès des patients. Le cadre des *Compétences liées à la sécurité des patients* vise six domaines ayant trait à la sécurité des patients, en l'occurrence :

- contribuer à une culture de sécurité des patients;
- travailler en équipe pour veiller à la sécurité des patients;
- communiquer efficacement pour renforcer la sécurité des patients;

- gérer les risques associés à la sécurité;
- optimiser les facteurs humains et environnementaux;
- reconnaître les événements indésirables, y réagir et les divulguer².

Cependant, malgré l'élaboration des *Compétences liées à la sécurité des patients*, outre les autres cadres portant sur la sécurité des patients élaborés sous l'angle de la formation professionnelle en santé, la mise en œuvre de contenus en matière de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité au sein des programmes de formation médicale demeure inégale partout au Canada et se limite souvent à quelques foyers d'innovation et d'excellence.

STATUT ACTUEL

Les données probantes de l'ensemble du Canada et des États-Unis corroborent une préoccupation quant à la non-intégration, jusqu'ici, de cadres en matière de sécurité des patients aux programmes de formation médicale. Par exemple, selon un sondage réalisé en 2006 auprès de directeurs de stage d'externat en médecine interne des États-Unis et du Canada, peu de facultés avaient mis en œuvre un programme particulier en matière de sécurité des patients, malgré l'insistance des organismes de réglementation, de médecine et de formation en ce qui a trait à la nécessité de bonifier la formation des étudiants en médecine dans ce domaine¹⁶.

L'IHI a récemment entrepris un projet de recherche et de développement pour aider les centres médicaux universitaires et les programmes de FMPD à s'harmoniser et à renforcer leur capacité en matière d'enseignement de la qualité et de la sécurité. Dans le cadre de ce projet, on a procédé à un examen portant sur plusieurs aspects de l'enjeu, qui a permis de dégager les constats suivants en ce qui a trait à la situation actuelle :

peu d’harmonisation en ce qui a trait à l’assurance de la qualité au sein des institutions et la sécurité des patients; des enseignants qui manquent de temps, de motivation ou de connaissances pour participer aux activités en matière d’assurance de la qualité et de sécurité des patients et des résidents qui cheminent dans leur formation clinique en n’ayant aucune occasion ou en ayant bien peu de possibilités de voir les méthodes et les pratiques en matière d’assurance de la qualité et de sécurité des patients¹⁷.

Cette lacune transparaît d’ailleurs dans les faiblesses constatées en ce qui a trait aux connaissances en matière de sécurité des patients chez des stagiaires en médecine de divers niveaux, de divers grades et de diverses spécialités, ce qui témoigne de la nécessité d’interventions éducatives efficaces¹⁸. De plus, bien que certains programmes de formation prédoctorale et postdoctorale aient commencé à intégrer dans leur cursus officiel les connaissances et les compétences représentant les aspects scientifiques de la sécurité des patients mis en évidence dans les *Compétences liées à la sécurité des patients*, les volets culturels et comportementaux de la sécurité des patients ne sont pas officiellement (ni non officiellement) abordés. Ce dernier volet est peut-être le plus complexe à véhiculer. Par contre, il peut s’agir de la variable la plus importante en ce qui a trait au comportement des résidents (et des professeurs)¹⁹.

EXPLORATION DES ÉVENTUELS DÉFIS LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE

Les auteurs du présent livre blanc supposent que l’adoption, au sein des programmes de FMPD, des *Compétences liées à la sécurité des patients* et d’autres cadres a jusqu’ici été limitée pour les raisons suivantes :

1. L’enseignement des principes de sécurité des patients n’a pas constitué un impératif jusqu’ici. Ni le Collège royal ni le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) n’obligent explicitement les programmes de FMPD à inclure l’enseignement et l’évaluation des connaissances, des habiletés et des attitudes qui constituent les *Compétences liées à la sécurité des patients*.
2. Le cadre des *Compétences liées à la sécurité des patients* est un document de base axé sur les résultats²⁰. Par conséquent, les éducateurs peuvent éprouver de la difficulté à traduire ces compétences en enseignement officiel, non officiel et ponctuel pour les résidents. De plus, les lacunes dans l’élaboration et la diffusion à grande échelle d’outils d’enseignement et d’évaluation concrets rendent difficiles pour les directeurs de programme et les autres éducateurs de passer du cadre conceptuel à des notions pratiques pour les apprenants. Il faut également souligner que les exigences peuvent différer d’une spécialité à une autre (p. ex., la médecine par rapport à la chirurgie), rendant ainsi une approche universelle au sein des hôpitaux et du milieu universitaire trop générale pour être mise efficacement en application.

Actuellement, les programmes de FMPD doivent structurer leur programme à l’aide du cadre CanMEDS. Ce cadre comporte des compétences en matière de sécurité des patients, mais de façon désordonnée. Faire correspondre les *Compétences liées à la sécurité des patients* avec le cadre CanMEDS constitue souvent une tâche d’élaboration de cursus ardue. Par conséquent, il peut devenir difficile d’intégrer l’enseignement des *Compétences liées à la sécurité des patients* au programme existant. Dans le cadre de l’élaboration du présent livre blanc, les auteurs se sont

efforcés d'établir des liens entre les *Compétences* et les rôles CanMEDS, ce qui s'est révélé complexe en raison de multiples recoupements entre chacun des six domaines relevant de la sécurité des patients et un certain nombre de rôles CanMEDS. Même au niveau des compétences individuelles, bon nombre des compétences en matière de sécurité des patients renfermaient des aspects de deux rôles CanMEDS ou plus. Une classification initiale pourra constituer le point de départ d'un débat à venir. Un autre document renfermant aussi des liens par rapport aux rôles CanMEDS constitue un outil d'évaluation pour les directeurs de programme²¹. Une entente globale s'impose en ce qui a trait aux liens à établir entre les deux cadres, pour faire en sorte que les résultats de cet exercice d'association deviennent un outil pratique pour les directeurs de programme.

3. Les corps professoraux et les programmes ne disposent pas d'un nombre suffisant d'experts en la matière pour intégrer le contenu relevant de la sécurité des patients à même les programmes de FMPD. La sécurité des patients et l'assurance de la qualité sont des créneaux de compétences relativement nouveaux au sein des facultés et il y a un manque d'enseignants disposant de l'expérience/ de la formation nécessaire à l'élaboration et à la prestation de ce type de cursus à tous les niveaux de la formation, y compris le perfectionnement des enseignants et la FMPD. Dans de nombreux cas, le soutien universitaire et la reconnaissance de l'enseignement, particulièrement dans le domaine de la qualité et de la sécurité des patients, continuent de tirer de l'arrière par rapport aux secteurs de la recherche et des soins cliniques.

4. La culture qui prévaut dans le milieu de la formation médicale et dans de nombreux hôpitaux n'est généralement pas orientée

vers la sécurité des patients. Bien que des hôpitaux et des programmes puissent mettre en œuvre des processus de sécurité et des programmes en matière de sécurité des patients, ces programmes n'ont pas été universellement acceptés et sont souvent enseignés sans véritable engagement envers la sécurité des patients ou une bonne compréhension de cet enjeu. À cet égard, l'une des principales raisons du manque d'uniformité dans l'appropriation de ce volet est l'existence d'un curriculum caché, qui risque de venir miner des initiatives comme celle des *Compétences liées à la sécurité des patients*.

De nombreux outils, comme la réflexion et la conception systémiques, le travail d'équipe, la communication et la sensibilisation, sont applicables aux soins de santé et se révèlent essentiels à la prestation des soins les plus sécuritaires qui soient. Cependant, pour que ces sciences et ces outils puissent être utilisés avec efficacité, ils doivent être mis en application dans un milieu favorable, en l'occurrence, au sein d'une culture de sécurité des patients. D'ici la résolution des enjeux énumérés plus haut, la sécurité des patients demeurera en périphérie de la formation médicale et, par conséquent, ne pourra être explicitement intégrée dans la culture ou l'exercice de la médecine chez les médecins d'aujourd'hui, ni chez les générations de médecins qui leur succéderont. De plus, la population ne saura pas que ses médecins sont compétents dans ces domaines. Les enseignants de médecine et l'ensemble du système de FMPD ont une responsabilité envers la population en ce qui a trait à la formation des professionnels de la santé de demain. Ils doivent en effet veiller à ce que les futurs médecins soient formés dans le respect des paradigmes évolutifs du travail d'équipe, de la communication, de la réflexion systémique, de la prévention et de l'importance de tirer des leçons des événements indésirables, le tout au sein d'un milieu d'apprentissage favorable.

PISTES DE SOLUTIONS – le programme explicite

Les auteurs ont envisagé un certain nombre d'options pour défier le *statu quo* et faire changer les choses. Le présent livre blanc aborde quatre changements particuliers qui devraient être effectués en ce qui a trait aux outils et aux ressources en matière d'élaboration de programme, d'enseignement et d'évaluation :

1. Les programmes de formation médicale prédoctorale et postdoctorale doivent enrichir leurs activités d'enseignement et de formation officielles en matière de sécurité des patients et ce domaine doit être valorisé dans les approches liées au développement professionnel continu (DPC).
2. Il importe d'élaborer et de diffuser des outils didactiques.
3. Il faut élaborer et diffuser des stratégies et des méthodes d'évaluation.
4. Le perfectionnement des enseignants s'impose pour créer une cohorte d'experts locaux en matière de sécurité des patients, pouvant enseigner dans ce domaine et servir de modèles aux étudiants.

Par la suite, les auteurs discutent aussi de la nécessité d'adopter des approches et des principes généraux pour contrer le curriculum caché et promouvoir une culture de sécurité des patients.

D'abord, il est nécessaire d'intensifier la formation et l'enseignement officiels en matière de sécurité des patients. Ces apprentissages doivent être incorporés à tous les niveaux du cheminement des étudiants, de la formation prédoctorale à la formation postdoctorale, de même qu'au développement professionnel continu (DPC) et au cycle de

Maintien du certificat (MDC). Idéalement, la sécurité des patients doit être inculquée à chaque rencontre clinique, plutôt que de faire l'objet de séances d'enseignement épisodiques distinctes²²⁻²⁶ et le perfectionnement du corps professoral dans le domaine de l'enseignement de la sécurité des patients doit s'accompagner de mesures incitatives afin de promouvoir et de faire progresser une culture de sécurité au sein des milieux de travail et d'apprentissage.

De façon plus particulière, l'intégration des *Compétences liées à la sécurité* des patients à l'intérieur du cursus doit devenir un impératif pour les programmes de FMPD. Le Collège royal est le mieux placé pour rendre obligatoires pour tous les programmes l'enseignement et l'évaluation des *Compétences liées à la sécurité des patients* et pour prendre en charge l'intégration de ces mêmes *Compétences liées à la sécurité des patients* au cadre CanMEDS de façon à les rendre plus facilement repérables.

Il faut cependant reconnaître que l'introduction de tels éléments de cursus en l'absence des mesures de soutien nécessaires n'entraînerait pas les répercussions positives voulues sur les programmes canadiens. L'introduction de tout nouveau cadre ou de toute nouvelle approche nécessite des outils, des ressources, de même que des mesures de perfectionnement et de soutien pour le corps enseignant à l'intérieur de chaque programme. De précédentes expériences de lancement de projets d'envergure, comme celui du cadre CanMEDS initial, en 1996, ont démontré très clairement à quel point une telle nécessité s'intensifie en période d'innovation et de mise en œuvre d'un nouveau système²⁷. À cet égard, l'introduction de cet impératif doit s'accompagner d'outils pratiques afin d'aider les enseignants de médecine et les directeurs de programme à intégrer les aspects liés à la sécurité des patients à leurs cursus existants. Par conséquent, la deuxième recommandation des auteurs porte sur l'élaboration d'outils didactiques.

Le document *Conscience de la situation et sécurité des patients – Une brève introduction*, produit par le Collège

royal, constitue un excellent exemple du type d'outil didactique à élaborer et à diffuser²⁸. De façon plus particulière, les auteurs recommandent l'élaboration d'une trousse accessible et facile à mettre en œuvre, renfermant des outils adaptables aux besoins des différentes disciplines et des divers contextes. Le Collège royal peut aussi envisager l'utilisation d'outils existants, comme le répertoire de pratiques efficaces CanMEDS, afin de donner aux éducateurs des exemples d'idées ayant connu du succès dans des programmes semblables.

Il y a lieu d'explorer une grande diversité d'outils didactiques : formation au chevet des patients; conversations spéculatives au moment du transfert de la responsabilité d'un patient; discussions, structurées ou non, portant sur des incidents vécus²⁹; apprentissage par cas³⁰; séances scientifiques³¹, conférences sur la sécurité des patients³², séances sur la morbidité et la mortalité³³, club de lecture³⁴, examens cliniques objectifs structurés (ECOS)^{35,36} et séances de simulation³⁷. De plus, selon des évaluations systématiques des efforts déployés dans le secteur du développement professionnel continu en vue de l'intégration de la qualité et de la sécurité pour les cliniciens en exercice, des techniques d'apprentissage bien établies chez les adultes, comme l'apprentissage par l'expérience, sont fondamentales pour la réussite de la mise en œuvre de ces compétences³⁸. Par conséquent, les outils éducatifs comme la simulation peuvent se révéler très importants, puisqu'ils prônent un milieu d'enseignement favorable aux thèmes entourant la sécurité des patients, au professionnalisme et à l'interprofessionnalisme, tout en gardant le patient au centre de la démarche. Parmi les autres stratégies d'enseignement donnant lieu à des discussions authentiques et significatives sur la sécurité des patients figurent l'utilisation de descriptions détaillées³⁹, la pratique réflexive⁴⁰⁻⁴³ et le récit, par les médecins et les patients eux-mêmes, d'incidents vécus⁴⁴. Toutes ces stratégies semblent avoir de la valeur aux yeux des étudiants, puisqu'elles les aident à s'approprier et à mettre en pratique des compétences en matière de sécurité des patients²⁹.

Outre l'intégration d'une variété et d'un vaste choix de stratégies, les auteurs recommandent aux responsables de l'élaboration des outils didactiques d'envisager des moyens récents et novateurs, comme les programmes en ligne⁴⁵. Parmi ceux-ci figurent l'« école ouverte » de l'IHI⁴⁶, le programme sur la sécurité des patients du US Department of Veteran Affairs⁴⁷ et le guide du programme de l'OMS en matière de sécurité des patients pour les facultés de médecine⁴⁸. L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a récemment lancé son « Guide des bonnes pratiques », un programme sur la sécurité des patients à l'intention des étudiants de médecine qui se présente sous forme d'outil d'autoapprentissage en ligne, accompagné de matériel didactique afin de permettre au corps professoral de faciliter l'apprentissage des étudiants⁴⁹. Le programme interactif d'apprentissage par cas en ligne « PCC Curriculum on the Go » a aussi été élaboré en collaboration avec le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIIS) les directeurs de pédiatrie du Canada et des directeurs de programmes de résidence en pédiatrie à partir du cadre des *Compétences liées à la sécurité des patients*⁵⁰. Ce programme, conçu pour être souple, peut être adapté pour cadrer dans des séances de durées diverses, selon les besoins des utilisateurs.

Troisièmement, il faudra des stratégies et des outils d'évaluation en plus des stratégies et des outils nécessaires à l'élaboration des programmes. L'évaluation du rendement des résidents devrait inclure des outils validés aux fins de l'évaluation des compétences liées à la sécurité des patients. Le système de notation ANTS (Anaesthetists' Non-Technical Skills), servant à l'évaluation du rendement du travail d'équipe⁵¹, fait partie de ces outils. Les méthodes d'évaluation peuvent prendre la forme d'observations directes dans le milieu de travail, lors de simulation en laboratoire ou dans le cadre d'une tâche d'équipe ou de rétroactions multiresources de la part de membres de l'équipe interprofessionnelle, des patients et de leur famille⁵². Parmi les méthodes d'évaluation peuvent également figurer l'évaluation du rendement de groupes ou d'équipes, de même que celle du rendement d'une personne⁵³⁻⁵⁶. L'observation directe, les ECOS pratiques

et les scénarios de simulation sont aussi des stratégies d'évaluation formative précieuses dans le but de cibler les besoins d'apprentissage des stagiaires et des fournisseurs de soins de santé en ce qui a trait aux connaissances, aux aptitudes et aux attitudes constituant les *Compétences liées à la sécurité des patients* dans le contexte clinique⁵⁷. La valeur de la mise en œuvre des ECOS portant sur la sécurité des patients tient notamment à la capacité d'évaluer les répercussions et l'efficacité des programmes en matière de sécurité des patients offerts aux stagiaires et évalués par ceux-ci⁵⁸. En termes d'évaluation sommative, on estime que l'évaluation explicite des compétences en matière de sécurité des patients dans le cadre des examens de certification du Collège royal constituerait un puissant moteur pour en susciter l'inclusion dans les programmes de FMPD (p. ex., en 2010, un ECOS portant sur la divulgation a été intégré à l'examen d'obstétrique et de gynécologie). Aux États-Unis, l'American Board of Medical Specialties a commencé, en 2003, à inciter chacun des conseils de ses spécialités membres à intégrer un volet sur la sécurité des patients à ses examens de certification⁵⁹.

La diffusion d'outils d'enseignement et d'évaluation est absolument nécessaire. La création d'un service d'archives renfermant les ressources d'enseignement et d'évaluation accessibles permettra aux enseignants d'accéder plus facilement aux outils nécessaires, de mettre en commun leurs compétences et leur expérience et d'éviter de « réinventer la roue ». Une approche en matière de diffusion consiste notamment à élaborer des plateformes – prix, subventions, bourses de recherche, programmes menant à un diplôme et reconnaissance universitaire – pour appuyer, favoriser et célébrer l'excellence en matière d'enseignement et d'évaluation des compétences liées à la sécurité des patients. Une autre approche de diffusion vise la reconnaissance d'initiatives de recherche lancées et menées par des résidents et des enseignants dans les domaines de la sécurité des patients et de l'assurance de la qualité. Ces stratégies mettraient en évidence l'importance des compétences, ainsi que l'interprofessionnalisme dans le secteur de la formation, par l'entremise de la pratique et de l'apprentissage continu.

Quatrièmement, il est également essentiel de constituer une cohorte d'experts locaux en matière de sécurité des patients. Ces personnes pourront utiliser des outils pour enseigner à la prochaine génération de médecins et pour conseiller ces derniers. Elles pourront notamment faire office de champions en matière de sécurité⁶⁰. Idéalement, la sécurité des patients gagnerait à être enseignée dans un cadre interprofessionnel⁶¹, en tenant compte de deux défis considérables et omniprésents : les obstacles logistiques et le manque d'enseignants qualifiés « formés, compétents, détenant une expérience adéquate dans le domaine et aptes à offrir des services d'enseignement et de mentorat efficaces^{17,62-64}. » La capacité d'intégrer ce contenu de façon créative dans la formation et le développement professionnel au Canada demeure limitée et le fait que les cliniciens exerçant la profession soient réticents à inclure des éléments en matière de sécurité des patients dans leur propre plan d'apprentissage contribue aux défis vécus dans le milieu d'apprentissage. À cet égard, un perfectionnement des enseignants s'impose pour rendre ceux-ci mieux aptes à enseigner la sécurité des patients dans un cadre officiel, non officiel et ponctuel^{17,26,62,65,66}. De plus, pour être véritablement efficaces, les enseignants devront envisager des stratégies d'intégration d'éléments de sécurité des patients et d'assurance de la qualité dans la formation prédoctorale et postdoctorale, tout en veillant à ce que la sécurité des patients s'enseigne notamment dans le contexte de l'intervention directe auprès du patient⁶⁷. Par exemple, une approche stratifiée en ce qui a trait à l'enseignement du transfert de la responsabilité d'un patient peut s'amorcer par une séance didactique magistrale, se poursuivre par une période de travail en sous-groupe comportant des discussions et un jeu de rôles sur un cas, puis par un scénario de simulation ou un exercice d'ECOS avec rétroactions immédiates, pour ensuite se terminer par une évaluation pratique.

Le perfectionnement du corps professoral permettra également aux enseignants et aux autres membres de l'équipe interprofessionnelle d'illustrer des pratiques appropriées. L'intégration de tels enseignements

dans l'exercice quotidien de la médecine constitue un complément nécessaire à la formation officielle. Ces situations permettent également aux apprenants de mettre directement en pratique ce qu'ils auront appris dans un cadre formel et de recevoir ensuite des rétroactions directes et immédiates de la part de leurs modèles de rôle, pour intégrer par la suite ces rétroactions afin d'améliorer leur rendement futur.

Le Collège royal a un rôle important à jouer en matière de perfectionnement des corps professoraux à l'échelle du pays. Le mandat national du Collège royal en matière de formation médicale spécialisée lui donne une perspective exclusive et la possibilité d'élaborer un programme national de perfectionnement des enseignants. [Voir [le document sur le perfectionnement du corps professoral.](#)] À cette fin, le Collège royal et l'ICSP ont élaboré ensemble un atelier de perfectionnement du corps professoral de quatre jours : ASPIRE (Atelier visant à promouvoir la sécurité des patients dans la formation des résidents), afin d'enseigner aux professeurs la façon d'intégrer la dimension de la sécurité des patients dans les programmes de perfectionnement des enseignants et de formation des résidents, d'élaborer et d'animer la formation en matière de sécurité des patients, de jouer un rôle de leadership dans les activités liées à la sécurité des patients, ainsi que de cibler et de former des champions sur place dans chaque institution. Outre ces activités, le Collège royal pourrait envisager la création d'un programme de bourses de recherche ou de diplôme national en matière de sécurité des patients, afin de constituer un cadre d'experts à même la formation médicale. La création d'une communauté d'enseignants cliniciens, d'éducateurs, d'experts et de chercheurs en enseignement spécialisée dans la sécurité des patients et l'assurance de la qualité, la diffusion des programmes de sécurité des patients (rencontres d'enseignement ponctuelles et programmes longitudinaux) et l'élaboration d'outils d'évaluation devraient tous contribuer à l'évolution d'une culture de sécurité des patients.

PISTES DE SOLUTIONS – un impératif pour la gestion du curriculum caché et de la culture de formation médicale

Les éventuelles solutions apparaissant plus haut visent le programme explicite de FMPD. Par contre, et peut-être plus fondamentalement, des efforts s'imposent pour gérer le curriculum caché, qui risque de venir saboter ces pistes de solutions en entrant en contradiction avec « les objectifs et le contenu des cours officiellement offerts⁶⁸ ».

Le curriculum caché est un « ensemble d'influences fonctionnant au niveau de la structure et de la culture organisationnelles⁶⁹ », qui se répercute sur la nature des apprentissages, sur les interactions professionnelles et sur la pratique clinique. Plus concrètement, le curriculum caché est constitué de « comportements observés chez les enseignants ou les cliniciens, d'interactions et de conversations non officielles avec d'autres étudiants, des enseignants et des professionnels en exercice, de même que de l'ensemble des normes et de la culture de l'environnement de formation ou de pratique⁶⁸. » Ce curriculum caché influence énormément la formation de l'identité professionnelle, les valeurs, les attitudes et les pratiques des stagiaires⁴⁰.

Pour optimiser la sécurité des patients que nous soignons, les stratégies officielles visant l'intégration de la dimension de la sécurité des patients aux programmes de FMPD doivent viser à la fois le programme explicite et le curriculum caché⁷⁰ ». Il peut être complexe de cibler et de mettre en œuvre des solutions pratiques pour gérer la culture de la formation médicale et le curriculum caché, ce qui rend cet obstacle difficile à surmonter. En médecine, le cadre d'apprentissage se confond aux cadres de travail au sein des milieux hospitaliers et des autres services de santé. La gestion de la culture du milieu d'apprentissage nécessite donc la gestion de la culture de la médecine.

Cinq stratégies fondamentales sont recommandées pour gérer le curriculum caché et pour promouvoir une culture de sécurité des patients :

1. utiliser des données explicites pour alimenter le curriculum caché;
2. incarner des modèles de rôle inspirants;
3. utiliser un langage collaboratif;
4. promouvoir la formation interprofessionnelle et les compétences liées au travail d'équipe;
5. inciter les dirigeants à promouvoir, à prioriser et à reconnaître officiellement la valeur de la sécurité des patients.

Utiliser des données explicites pour alimenter le curriculum caché

Pour commencer à aider les enseignants à cette fin, il est recommandé que les programmes de FMPD commencent à mesurer officiellement la culture des milieux de travail et d'apprentissage par rapport à la sécurité des patients au moyen d'un outil ou d'un instrument validé. Certains instruments ont été élaborés pour évaluer les perceptions des apprenants par rapport au milieu de formation, dont le Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM).^{19,71-75}

Le récent *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety*⁷⁶ renferme une excellente recension des divers outils publiés servant à mesurer la culture de sécurité des patients et il existe de plus en plus de preuves de l'utilisation de ces outils dans le milieu d'apprentissage^{77,78}. Par exemple, dans une étude de 2009, Parry, Horowitz et Goldman ont utilisé le Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) conçu par Sexton et son équipe pour

comprendre les perceptions des résidents en pédiatrie en matière de sécurité des patients. Leurs données « suggèrent que les médecins stagiaires sont à l'aise quant à leur capacité de soigner les patients de façon autonome... [cependant, ils] ne sont pas tout à fait à l'aise quant à leur capacité d'agir de façon interdépendante⁷⁷. » L'utilisation d'un autre outil, le Patient Safety Culture Tool, est exigée auprès de tous les services de santé agréés par Agrément Canada⁷⁹. Le Collège royal gagnerait peut-être à explorer la possibilité d'une collaboration avec Agrément Canada, afin que le même outil puisse être utilisé dans les milieux de travail comme dans les milieux d'apprentissage.

Bien qu'une généralisation des données de chaque étude pour tous les stagiaires de tous les programmes puisse se révéler impossible, le concept de la mesure de la culture à partir des attitudes des gens est un lien commun. Récemment, Eric Thomas et son équipe ont conçu un outil destiné aux étudiants en médecine, le Medical Student Safety Attitudes and Professionalism Survey (MSSAPS), pour évaluer l'incidence de leurs expériences cliniques sur leurs attitudes en ce qui a trait à la prestation de soins de santé plus sécuritaires⁸⁰.

La mesure de la culture de sécurité des patients fournira aux cliniciens et aux éducateurs des données de référence pour déterminer le niveau de maturité de la culture qui prévaut actuellement dans leur programme respectif et les aidera à évaluer l'incidence des efforts mis en œuvre pour veiller à l'amélioration ou au maintien de la culture actuelle⁸¹.

Incarner des modèles de rôle inspirants

Il est prouvé qu'un climat d'apprentissage positif réduit les erreurs et incite à tirer des leçons des erreurs commises et des accidents évités de justesse^{82,83}. Tous les médecins, dans tous les types de milieu de pratique, doivent prodiguer des soins sécuritaires et efficaces et doivent donner l'exemple à cet égard. Les médecins doivent être explicites en ce qui

a trait à cette pratique et par les exemples qu'ils incarnent pour les observateurs, notamment en ce qui a trait à la nécessité de prodiguer aux apprenants un encadrement approprié⁸⁴. Comme l'indiquent Cruess, Cruess et Steinert, « les modèles professionnels inspirent et enseignent par l'exemple, souvent même au moment où ils font autre chose⁸⁵ ». De plus, comme le souligne Maudsley, « les activités de perfectionnement des enseignants, y compris les discussions sur la définition d'un bon modèle professionnel et sur la façon d'incarner les attributs appropriés, devraient être au cœur des efforts de l'institution d'enseignement⁸⁶ ».

Les enseignants doivent être conscients des comportements qu'ils incarnent. Pour être des modèles professionnels efficaces, les enseignants doivent démontrer dynamiquement leurs compétences en matière de sécurité des patients, de même que leur engagement envers la prestation de soins sécuritaires. Les enseignants devraient aussi être conscients des comportements qu'ils incarnent. Pour être des modèles professionnels efficaces, ils doivent démontrer dynamiquement des compétences en matière de sécurité des patients, de même qu'un engagement à prodiguer des soins sécuritaires. Les enseignants doivent aussi amener activement les résidents à participer à des interventions en matière de sécurité des patients et à en organiser afin de contrer la perception selon laquelle les résidents ne seraient que des fournisseurs de soins de passage, ainsi que pour les amener à s'approprier les enjeux liés à la sécurité des patients⁸⁷. Des outils appropriés doivent être mis en œuvre pour aider les enseignants à acquérir les compétences nécessaires pour incarner efficacement les comportements clés à adopter : compétences cliniques, aptitudes d'enseignement et valeurs personnelles.

Utiliser un langage collaboratif

L'enseignement et l'utilisation d'un langage collaboratif peuvent enrichir les possibilités d'apprentissage et favoriser le travail d'équipe interdisciplinaire et interprofessionnel, de même que la sécurité des patients. Il y a un rapport d'autorité important au sein du milieu hiérarchique

traditionnel des soins de santé. Or, ce rapport d'autorité exacerbe les difficultés qu'a l'apprenant à intervenir en présence d'éventuelles préoccupations liées à la sécurité des patients^{88,89}. Pourtant, les interventions constituent une mesure du travail d'équipe et de la culture de sécurité dans un milieu de soins de santé. La culture de la pratique sécuritaire en est une qui non seulement tolère, mais qui encourage activement les tâches difficiles que représentent les questionnements, l'expression de son désaccord et la remise en question des décisions et des actions d'un supérieur⁸⁸. Les enseignants cliniciens, les éducateurs et les autres membres de l'équipe de soins de santé qui travaillent avec des stagiaires et qui leur enseignent devraient les inciter et les encourager à communiquer activement les erreurs et les accidents évités de justesse qu'ils pourraient avoir observés et devraient œuvrer à l'élimination de l'intimidation liée à la hiérarchie dans le milieu médical, qui risque d'empêcher les stagiaires de promouvoir la sécurité⁹⁰. La culture de collaboration devrait aussi inclure le patient. Les enseignants démontrent et incarnent le principe de l'approche axée sur les patients en incitant ceux-ci à participer activement à leurs propres soins^{5,91}.

Promouvoir la formation interprofessionnelle et les compétences liées au travail d'équipe

Une autre façon de surmonter les obstacles liés à la culture et au curriculum caché, particulièrement en ce qui a trait à la hiérarchie traditionnelle qui prévaut au sein des organismes de soins de santé, est l'éducation interprofessionnelle. La prestation des soins de santé est assurée dans un système complexe par différentes personnes issues de diverses disciplines⁹²⁻⁹⁴. Le travail d'équipe et la pratique collaborative sont essentiels à la prestation de soins de santé hautement fiables. L'éducation interprofessionnelle, définie comme étant « l'apprentissage que font des gens de deux professions ou plus avec les autres, auprès des autres ou à propos des autres afin

d'accroître la collaboration et la qualité des soins⁹⁵ » est une stratégie fondamentale apte à améliorer la pratique collaborative et le travail d'équipe. Par conséquent, l'éducation interprofessionnelle doit devenir un volet essentiel et systématique de la formation médicale prédoctorale, de la FMPD et du DPC, dans le cadre du plan d'apprentissage continu du médecin⁹⁶.

Les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires à l'efficacité du travail d'équipe ne sont pas innées. Elles doivent être enseignées, illustrées, apprises et exercées. Elles ne peuvent s'acquérir entièrement dans les silos des processus éducatifs centrés sur une seule profession. Par exemple, la faculté de médecine de l'Université du Michigan a créé un programme de jumelage avec du personnel infirmier afin de permettre aux étudiants de première année de médecine d'en apprendre davantage sur le rôle du personnel infirmier dans les soins de santé. Ce programme a engendré une attitude plus positive envers le personnel infirmier et une meilleure compréhension du rôle de celui-ci au sein des équipes de soins de santé⁹⁷.

Deux études font ressortir la nécessité de rendre les enseignants plus aptes à illustrer et à enseigner la sécurité des patients et les soins interprofessionnels^{63,64}. En 2009, Anderson et son équipe ont conçu un programme en matière de sécurité des patients destiné aux étudiants de médecine, dont la prestation s'est effectuée par l'entremise de cours magistraux et de séances en sous-groupe, pour ensuite se concrétiser dans la pratique. Ils ont constaté que les étudiants ayant fait partie de groupes interprofessionnels plutôt que de groupes appartenant à une seule profession ont tiré une valeur ajoutée de ces interactions et ont pu structurer plus clairement leur pensée dans le cadre d'un milieu de travail d'équipe interpersonnel sécuritaire⁹⁸. Headrick et son équipe décrivent, quant à eux, une initiative destinée à intégrer l'amélioration et la sécurité des patients dans les programmes de médecine et de soins infirmiers et constatent que le manque d'enseignants en milieu clinique disposés et aptes à enseigner la dimension de l'amélioration des soins est un facteur limitant pour les programmes⁶⁴.

Le CPIS résume, pour sa part, le besoin dans la citation suivante : « Comment peuvent-ils travailler ensemble s'ils n'apprennent pas ensemble⁹⁹? » L'intégration de la dimension de la sécurité des patients dans la formation médicale doit donc comporter un volet éducatif interprofessionnel global mettant en évidence l'apprentissage en équipe à tous les niveaux de la formation médicale. En somme, la culture de l'exercice sécuritaire de la médecine est mise en évidence dans un milieu d'apprentissage sain, exempt de harcèlement et d'intimidation, et dans une atmosphère de collaboration et de respect professionnel. Les enjeux implicites au sein du milieu d'apprentissage, comme des modèles professionnels négatifs, peuvent constituer d'importants obstacles à la mise en œuvre des *Compétences liées à la sécurité des patients* dans le cadre de la FMPD et doivent être résolus.

Inciter les dirigeants à promouvoir, à prioriser et à reconnaître officiellement la valeur de la sécurité des patients

Il est depuis longtemps reconnu dans les ouvrages traitant de sécurité des patients que l'appui des dirigeants est nécessaire à la mise en œuvre de processus et de changements destinés à favoriser la sécurité des patients dans les hôpitaux et d'autres organismes de services de santé. Des dirigeants engagés peuvent susciter la culture et le changement. Il en faut pour envisager, concevoir, mettre en œuvre et promouvoir une culture de sécurité. Les dirigeants doivent aussi appuyer les efforts déployés par les directeurs de programmes et les champions en vue de la conception et de la prestation des programmes en matière de sécurité et d'en évaluer la mise en œuvre.

Les visites de dirigeants et d'autres stratégies sont désormais des volets de plus en plus courants au sein des programmes de qualité organisationnelle et de sécurité des patients^{100, 101}. De plus, les auteurs du rapport *Unmet Needs* soutiennent que le soutien des dirigeants,

« principalement celui des doyens de facultés de médecine, des directeurs généraux d'hôpitaux, des directeurs de départements et de programmes de résidence¹⁰² », est nécessaire pour faire changer la culture de la formation médicale de façon à ce que le programme explicite et le curriculum caché favorisent une culture équitable de sécurité des patients.

Les dirigeants peuvent s'y prendre de diverses façons pour promouvoir activement la sécurité des patients, notamment en faisant de cet enjeu une priorité, en le reconnaissant officiellement et en le faisant progresser au sein des pratiques organisationnelles.

Faire de la sécurité des patients une priorité

D'abord, la sécurité des patients peut être activement élevée au rang de priorité. Comme le souligne le rapport *Unmet Needs*, la sécurité des patients ne se résume pas à cocher une liste de vérification ni à suivre des protocoles prescrits. La culture de la pratique doit englober les concepts de la prestation de soins sécuritaires et efficaces et la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnables pour réduire les erreurs médicales. Sans le soutien des dirigeants, il faudra beaucoup de temps pour changer la culture. De plus, il est, dans de telles circonstances, fort peu probable que les directeurs de programme et les professeurs de médecine disposent des ressources et des outils nécessaires pour susciter de véritables changements¹⁰³⁻¹⁰⁵.

Les institutions ayant fait de la sécurité des patients une priorité auront vraisemblablement élaboré des objectifs de sécurité et de qualité organisationnelle s'inscrivant dans la FMPD. Elles auront aussi probablement les caractéristiques suivantes : des dirigeants (directeurs généraux, doyens, directeurs de département et chefs de service) qui comprennent la valeur de la formation en matière de qualité et de sécurité pour les résidents et qui insistent sur la nécessité de faire correspondre cette formation à des objectifs institutionnels de qualité

et de sécurité; un corps professoral adéquatement formé ayant le temps et les ressources nécessaires pour enseigner la qualité et la sécurité et disposant de suffisamment de possibilités professionnelles pour s'adonner à la recherche et à l'enseignement de la qualité et de la sécurité; des résidents qui intègrent la qualité et la sécurité à leur travail clinique au quotidien et dont les efforts sont récompensés et reconnus et des programmes de FMPD qui facilitent et favorisent constamment les possibilités d'apprentissage en matière de qualité et de sécurité et qui offrent aux stagiaires des possibilités d'explorer des carrières gratifiantes dans ce domaine au-delà de la formation clinique¹⁷.

Reconnaître officiellement la sécurité des patients

Deuxièmement, les dirigeants au sein des institutions et des départements universitaires peuvent reconnaître officiellement la sécurité des patients en intégrant l'assurance de la qualité et la sécurité des patients à leur mission d'enseignement. Ces dirigeants sont les mieux placés pour élaborer, promouvoir et instaurer localement des stratégies, des programmes, des initiatives et des interventions en matière de sécurité des patients et d'assurance de la qualité. De plus, les départements et les institutions universitaires peuvent aider les corps enseignants à se donner la capacité de mener des programmes de recherche en sécurité des patients et en assurance de la qualité, d'entreprendre des recherches, ainsi que de diffuser et de reconnaître la participation par l'entremise de la promotion universitaire¹⁰⁶. La création d'une section entièrement dévolue à la sécurité des patients et à l'assurance de la qualité au sein d'un département universitaire permettrait de mieux coordonner la stratégie en la matière. De plus, une telle initiative constituerait une déclaration puissante de l'engagement d'un département envers la sécurité des patients et l'assurance de la qualité et favoriserait l'établissement d'une culture de sécurité des patients clairement définie¹⁰⁷.

Faire progresser la sécurité des patients par l'entremise des pratiques organisationnelles

Troisièmement, les dirigeants peuvent donner le ton et changer la culture de la sécurité des patients au sein des milieux de travail et d'apprentissage en venant modifier les structures traditionnelles, comme les séances sur la morbidité et la mortalité. Dans une culture du blâme, ces rondes ne sont pas traitées en tant qu'occasions d'apprentissage. Les dirigeants doivent percevoir les séances sur la morbidité et la mortalité comme des véhicules de renforcement et d'intégration du contenu du programme de sécurité des patients et de la gestion des soins aux patients³³. Les séances de morbidité et de mortalité, ou d'autres structures comme les séances scientifiques, les vérifications de dossiers ou les projets de formation personnels (PFP) devraient inclure des objectifs pour les étudiants, pour les résidents et pour les professeurs. Ces structures existantes doivent aussi être perçues comme d'importants lieux d'apprentissage continu. Il faut reconnaître que ces expériences éducatives intéressantes peuvent susciter des changements. Par exemple, la participation des résidents à des projets expérientiels d'amélioration de la qualité comme la vérification des dossiers, dans le cadre d'un programme de qualité/sécurité officiel, entraîne fréquemment des améliorations considérables en ce qui a trait aux processus de soins^{22,108-110}.

Lorsqu'un préjudice survient à la suite de la prestation de soins de santé, il faut se concentrer essentiellement, dans l'immédiat, à répondre aux besoins cliniques, émotifs et informationnels des patients et à apporter les améliorations nécessaires pour limiter tout préjudice semblable envers d'autres patients dans le futur. Cependant, dans de nombreuses institutions et organisations, advenant un préjudice, les professionnels de la santé touchés, y compris les médecins et les stagiaires, ne reçoivent que très peu de soutien émotionnel, voire aucun. Les personnes touchées devraient avoir droit à du soutien¹¹¹ afin que tous les professionnels de la santé puissent se donner des mécanismes d'adaptation sains et appropriés et que l'organisation puisse entretenir activement une

culture équitable. De plus, les interventions à la suite d'un événement indésirable devraient inclure la participation à des exercices d'assurance de la qualité et d'analyse des causes fondamentales pour apprendre à tous les fournisseurs de soins, y compris les résidents, comment améliorer la qualité et la sécurité des soins dans leur pratique et pour favoriser une culture génératrice de sécurité des patients¹¹². La formation doit, certes, inclure la divulgation des événements indésirables auprès des patients et le rôle des excuses dans des circonstances souvent difficiles, y compris les exigences stipulées par la loi¹¹³⁻¹¹⁵. Ces structures existantes constituent une excellente occasion pour les éducateurs et les praticiens de délaissier le discours du blâme au profit d'une approche préconisant une culture juste et équitable mettant en évidence les enjeux systémiques liés à la compréhension des événements indésirables et des accidents évités de justesse, sans toutefois faire abstraction de la responsabilité individuelle liée au comportement professionnel.

AVANTAGES ÉVENTUELS de la reconnaissance de l'importance de la culture

Les principaux avantages ciblés se rapportent à la culture liée à la sécurité des patients et au curriculum caché. Plus particulièrement, ces efforts sont perçus comme un moyen de contribuer à l'articulation de ce qui s'enseigne implicitement et à la conscientisation en la matière, de même que de promouvoir la prise de décisions plus explicite sur ce qui doit être enseigné et sur les méthodes d'enseignement efficaces à cet égard, le tout dans le but de faire évoluer une culture équitable.

Dans une culture de sécurité des patients, le corps professoral contribuera activement à planifier, à bâtir, à illustrer et à soutenir une culture valorisant et prônant la sécurité des patients. Les enseignants reconnaîtront que des soins de qualité placent le patient au centre de la démarche et feront donc montre d'un comportement respectueux et professionnel en tout temps. Lorsque la

culture existante ne répondra pas aux besoins liés à la prestation de soins de santé sécuritaires pour les patients, selon de solides données tirées d’une évaluation de la culture, le corps professoral oeuvrera à la création d’une culture englobant les façons dont les choses devraient être faites.

De plus, les solutions sont perçues comme étant favorables à la création d’un milieu d’apprentissage sécuritaire pour tous les stagiaires en médecine. Dans une organisation d’apprentissage, les enseignants et les stagiaires sont des apprenants. Dans une telle organisation, les connaissances seront continuellement enrichies à partir des sciences pertinentes (p. ex., sciences biologiques, science de la fiabilité, ingénierie des facteurs humains, psychologie cognitive) pour améliorer la prestation de soins de qualité. Des apprentissages réalisés par d’autres organisations hautement fiables, comme l’aviation et le forage en mer, où les conséquences des erreurs sont considérables et où un engagement inébranlable envers une culture de sécurité est nécessaire, seront aussi mis en application. L’accent sera mis sur la prévention des erreurs, plutôt que sur leur gestion, afin de permettre des analyses et des systèmes proactifs améliorés.

En résumé, l’intégration des *Compétences liées à la sécurité* dans les programmes de FMPD et l’élimination des obstacles à leur mise en œuvre :

- se répercuteront positivement sur la culture des milieux de travail et d’apprentissage;
- favoriseront la participation et le leadership des étudiants au sein des initiatives touchant la sécurité des patients et l’assurance de la qualité;
- entraîneront, idéalement, des améliorations en ce qui a trait à la sécurité et à la qualité des soins prodigués aux patients.

RECOMMANDATIONS

1. Le Collège royal joue un rôle essentiel dans l’orientation des changements en ce qui concerne l’enseignement des contenus relatifs à la sécurité des patients dans les programmes de FMPD. L’enseignement et l’évaluation des compétences liées à la sécurité des patients doivent devenir des éléments obligatoires des programmes de FMPD.

Plus particulièrement, le Collège royal dispose de leviers de changement à différents égards :

- incorporer les *Compétences liées à la sécurité* dans la prochaine édition du cadre CanMEDS;
- intégrer la sécurité des patients dans les normes d’agrément pour tous les programmes de FMPD;
- veiller à ce que les connaissances sur la sécurité des patients, y compris les stratégies visant à éviter les erreurs et la gestion des erreurs, soient évaluées dans les examens propres aux spécialités du Collège royal;
- inclure des exigences concernant la sécurité des patients et l’assurance de la qualité dans les programmes de développement professionnel continu au nombre des exigences annuelles du programme de MDC.

2. Des programmes de perfectionnement des corps professoraux et de DPC devront être créés pour les enseignants et les médecins en exercice pour assurer l’intégration des thèmes et des comportements en matière de sécurité des patients au sein des cultures de la médecine et de la formation médicale.

En ce qui a trait aux leviers de changement du Collège royal, il est recommandé :

- que le Collège royal fasse équipe avec l'ACPM, le CMFC, l'ICSP et d'autres organismes afin d'étudier des options pour la conception d'un programme de formation des formateurs et l'attribution de ressources appropriées pour les enseignants des programmes de FMPD;
 - que ce programme de formation des formateurs soit notamment utilisé pour promouvoir la nomination et la formation d'un champion local en matière d'enseignement de la sécurité des patients au sein de chaque faculté de médecine;
 - que le Collège royal crée, de concert avec ses partenaires, une trousse d'outils ou un inventaire des pratiques exemplaires pour aider les corps professoraux à intégrer la sécurité des patients dans leurs programmes d'études existants et à créer des rencontres d'enseignement novatrices;
 - que le Collège royal propose un programme de domaine de compétence ciblée (diplôme) en matière de sécurité des patients ou collabore avec ses partenaires à la conception d'un tel programme.
- 3.** Les programmes en matière de sécurité des patients (tant du point de vue de l'enseignement que de l'apprentissage) devraient être de nature interprofessionnelle.

Il est recommandé que le Collège royal :

- favorise la formation de partenariats avec des organismes représentant d'autres professionnels de la santé afin de créer des ressources et des outils supplémentaires à l'intention des corps professoraux;
- incite les professions de la santé à se renseigner et à se familiariser avec les programmes de sécurité des patients et les ressources didactiques émanant d'autres groupes et organismes, afin de veiller à

l'harmonisation de leur enseignement et de leur matériel;

- encourage l'utilisation de la simulation comme outil de grande valeur pour l'éducation interprofessionnelle, tant dans les milieux de travail que d'apprentissage.
- 4.** Il y aurait lieu de mettre en œuvre des stratégies systématiques pour évaluer et modifier les milieux de travail et d'apprentissage afin de soutenir une culture de sécurité des patients.

Le Collège royal dispose notamment des moyens d'action suivants à l'égard de cette recommandation :

- encourager l'évaluation de la culture dans les programmes de FMPD au moyen d'un instrument valide et fiable comme le Safety Attitudes Questionnaire (questionnaire sur les attitudes en matière de sécurité, ou SAQ) en incluant cette mesure parmi les exigences pour l'agrément des programmes de formation postdoctorale
- favoriser le soutien des dirigeants envers la sécurité des patients, établir des conditions propices à la culture en modifiant les structures traditionnelles comme les séances de morbidité et mortalité et autres, afin de privilégier la détection, l'atténuation et la prévention des erreurs par l'examen des complications et des erreurs évitées de justesse pour promouvoir une culture juste et équitable.

REFERENCES

1. Singer S.J., Falwell A., Gaba D.M., Meterko M., Rosen A., Hartmann C.W. et Baker L. 2009. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Management Review*. **34** (4): 300–11.
2. Frank J.R. et Brien S., corédacteurs, au nom du Comité directeur sur les compétences liées à la sécurité des patients. *Compétences liées à la sécurité des patients : L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé*. Ottawa (Ontario) : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2008.
3. Apold J., Daniels T. et Sonnonborn M. 2006. Promoting collaboration and transparency in patient safety. *Joint Commission journal on quality and patient safety*. **32** (12): 672–5.
4. Boelen C. et Woollard B. 2009. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Medical Education*. **43** (9): 887–94.
5. Angood P., Dingman J., Foley ME., Ford D., Martins B., O'Regan P., Salamendra A., Sheridan S. et Denham CR. 2010. Patient and family involvement in contemporary health care. *Journal of Patient Safety*. **6** (1): 38–42.
6. Westrum R. 1988. Organizational and inter-organizational thought. Presentation to the World Bank Conference on Safety Control and Risk Management. Washington, DC.
7. Sammer C.E., Lykens K., Singh K.P., Mains D.A. et Lackan N.A. 2010. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*. **42** (2): 156–65.
8. Deal T.E. et Kennedy A.A. 1982. *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life*. Cambridge MA: Perseus Books Group.
9. Etchells E., Koo M., Daneman N., McDonald A., Baker M., Matlow A., Krahn M. et Mittmann N. 2012. Comparative economic analyses of patient safety improvement strategies in acute care: a systematic review. *BMJ Quality and Safety*. **21** (6): 448–56.
10. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington D.C.: National Academy Press.
11. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Énoncé de position. L'art et la science pour des soins de santé de grande qualité : 10 principes qui favorisent l'amélioration de la qualité*. Extrait le 10 mars 2013 du site Web du Collège royal : http://www.collegeroyal.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/policy/quality_improvement_f.pdf.
12. Landrigan C.P., Parry G.J., Bones C.B., Hackbarth A.D., Goldmann D.A. et Sharek P.J. 2010. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *New England Journal of Medicine*. **363** (22): 2124–34.
13. Baker G.R., Norton P.G., Flintoft V., Blais R., Brown A., Cox J., Etchells E., Ghali Wa, Hébert P., Majumder S.R., O'Beirne M., Palacios-Derflinger L., Reid R.J., Sheps S. et Tamblyn R. 2004. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. **170** (11): 1678–86.
14. Matlow A.G., Baker G.R., Flintoft V., Cochrane D., Coffey M., Cohen E., Cronin C.M., Damignani R., Dubé R., Galbraith R., Hartfield D., Newhook L.A., Nijssen-Jordan C. 2012. Adverse events among children in Canadian hospitals: the Canadian Paediatric Adverse Events Study. *Canadian Medical Association Journal*. **184** (13): E709–18.

15. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. 2005. *National Patient Safety Education Framework*. Extrait le 13 janvier 2011 du site Web de l’Australian Commission on Safety and Quality in Health Care : <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/framework0705.pdf>.
16. Alper E., Rosenberg E.I., O’Brien K.E., Fischer M. et Durning S.J. 2009. Patient safety education at U.S. and Canadian medical schools: results from the 2006 Clerkship Directors in Internal Medicine survey. *Academic Medicine*. **84** (12): 1672–6.
17. Institute for Healthcare Improvement. 2011. *Approaches to Training Faculty at Academic Medical Centers to Ensure That Clinical Trainees Become Effective Improvers: IHI 90-Day R&D Final Summary Report*. Cambridge (MA) : Institute for Healthcare Improvement. Extrait le 24 avril 2013 du site Web de l’IHI : <http://www.ihf.org/knowledge/Pages/Publications/TrainingFacultyatAMCsIHI90DayRDProject.aspx>.
18. Kerfoot B.P., Conlin P.R., Trivison T. et McMahon G.T., 2007. Patient safety knowledge and its determinants in medical trainees. *Journal of General Internal Medicine*. **22** (8): 1150–4.
19. Soemantri D., Herrera C. et Riquelme A. 2010. Measuring the educational environment in health professions studies: a systematic review. *Medical Teacher*. **32** (12): 947–52.
20. Association canadienne des centres de santé pédiatriques. 2012. *Safety Competencies Challenge: A Demonstration Project Final Report*. Extrait le 6 mai 2013 du site Web de l’ACCSP : http://static.squarespace.com/static/50056474c4aa4387b4e629eat/50c7a9f4e4b0feb658b79cc7/1355262452931/2012%2003%2008%20Final%20Report%20Competencies%20Challenge%20_3_.doc.pdf.
21. On peut se procurer un exemplaire des résultats de cet exercice d’établissement de correspondances en communiquant avec le Dr Mark Fleming à l’adresse mark.fleming@smu.ca.
22. Singh R., Naughton B., Taylor J.S., Koenigsberg M.R., Anderson D.R., McCausland L.L., Wahler R.G., Robinson A. et Singh G. 2005. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. *Medical Education*. **39** (12): 1195–1204.
23. Wong B.M., Levinson W. et Shojania K.G. 2012. Quality improvement in medical education: current state and future directions. *Medical Education*. **46** (1): 107–19.
24. DaRosa D.A. et Pugh CM. 2012. Error training: missing link in surgical education. *Surgery*. **151** (12): 139–45.
25. Patow C.A., Karpovich K., Riesenber L.A., Jaeger J., Rosenfeld J.C., Wittenbreer M. et Padmore J.S. 2009. Residents’ engagement in quality improvement: a systematic review of the literature. *Academic Medicine*. **84** (12): 1757–64.
26. Aboumatar H.J., Thompson D., Wu A., Dawson P., Colbert J., Marsteller J., Kent P., Lubomski L.H., Paine L. et Pronovost P. 2012. Development and evaluation of a 3-day patient safety curriculum to advance knowledge, self-efficacy and system thinking among medical students. *BMJ Quality and Safety*. **21** (5): 416–22.
27. Frank J.R. et Danoff D. 2007. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher*. **29** (7): 642–7.
28. Parush A., Campbell C., Hunter A, Ma C., Calder L., Worthington J., Abbott C. et Frank J.R. *Conscience de la situation et sécurité des patients*, Ottawa (Ontario) : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011.

29. Teigland C.L., Blasiak R.C., Wilson L.A., Hines R.E., Meyerhoff K.L. et Viera A.J. 2013. Patient safety and quality improvement education: a cross-sectional study of medical students' preferences and attitudes. *BMC Medical Education*. **13**: 16.
30. Ahmed M., Arora S., Baker P., Vincent C. et Sevdalis N. 2012. Case-based learning for patient safety: the Lessons Learnt program for UK junior doctors. *World Journal of Surgery*. **36** (5): 956–8.
31. Wachter R.M., Shojania K.G., Saint S., Markowitz A.J. et Smith M. 2002. Learning from our mistakes: quality grand rounds, a new case-based series on medical errors and patient safety. *Annals of Internal Medicine*. **136** (11): 850–2.
32. Yee P.L., Edwards M.L., Dixon J., Gleason N.S. 2009. Implementation of patient safety rounds in a children's hospital. *Nursing Administration Quarterly*. **33** (1): 48–53.
33. Higginson J., Walters R. et Fulop N. 2012. Mortality and morbidity meetings: an untapped resource for improving the governance of patient safety? *BMJ Quality and Safety*. **21** (7): 576–85.
34. Staveski S., Leong K., Graham K., Pu L. et Roth S. 2012. Nursing mortality and morbidity and journal club cycles: paving the way for nursing autonomy, patient safety, and evidence-based practice. *AACN Advanced Critical Care*. **23** (2): 133–41.
35. Singh R., Singh A., Fish R., McLean D., Anderson D.R. et Singh G. 2009. A patient safety objective structured clinical examination. *Journal of Patient Safety*. **5** (2): 55–60.
36. Pernar L.I., Shaw T.J., Pozner C.N., Vogelgesang K.R., Lacroix S.E., Gandhi T.K. et Peyre S.E. 2012. Using an Objective Structured Clinical Examination to test adherence to Joint Commission National Patient Safety Goal--associated behaviors. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. **38** (9): 414–8.
37. Shearer J.E. 2013. High-fidelity simulation and safety: an integrative review. *The Journal of Nursing Education*. **52** (1): 39–45.
38. Boonyasai R.T., Windish D.M., Chakraborti C., Feldman L.S., Rubin H.R. et Bass E.B. 2007. Effectiveness of teaching quality improvement to clinicians: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*. **298** (9): 1023–37.
39. Martinez W. et, Lo B. 2008. Medical students' experiences with medical errors: an analysis of medical student essays. *Medical Education*. **42** (7): 733–41.
40. Gaufberg E.H., Batalden M., Sands R. et Bell S.K. 2010. The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Academic Medicine*. **85** (11): 1709–16.
41. Sandars J. 2009. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher*. **31** (8): 685–95.
42. Ahmed M., Arora S., Carley S., Sevdalis N. et Neale G. 2012. Junior doctors' reflections on patient safety. *Postgraduate Medical Journal*. **88** (1037): 125–9.
43. Ogdie A.R., Reilly J.B., Pang W.G., Keddem S., Barg F.K., Von Feldt J.M. et Myers J.S. 2012. Seen through their eyes: residents' reflections on the cognitive and contextual components of diagnostic errors in medicine. *Academic Medicine*. **87** (10): 1361–7.

44. Blickem C. et Priyadharshini E. 2007. Patient narratives: The potential for “patient-centred” interprofessional learning? *Journal of Interprofessional Care*. **21** (6): 619–32.
45. Shaw T.J., Pernar L.I., Peyre S.E., Helfrick J.F., Vogelgesang K.R., Graydon-Baker E., Chretien Y., Brown E.J., Nicholson J.C., Heit J.J., Co J.P. et Gandhi T. 2012. Impact of online education on intern behaviour around joint commission national patient safety goals: a randomised trial. *BMJ Quality and Safety*. **21** (10): 819–25.
46. Institute for Healthcare Improvement. 2010. IHI Open School. Extrait le 13 janvier 2011 du site Web de l’IHI : <http://www.ihl.org/IHI/Programs/IHIOpenSchool/>.
47. US Department of Veterans Affairs. *Patient Safety Curriculum*. Extrait le 4 mai 2013 du site Web du US Department of Veteran Affairs : www.patientsafety.gov/curriculum/index.html.
48. Organisation mondiale de la santé. 2009. *WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*. Extrait le 13 janvier 2011 du site Web de l’OMS : <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/>.
49. Association canadienne de protection médicale. Guide des bonnes pratiques. Extrait le 4 mai 2013 du site Web de l’ACPM : *Good Practices Guide*. Extrait le 4 mai 2013 du site Web de l’ACPM : www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/ela/goodpracticesguide/pages/index/index-f.html.
50. Association canadienne des centres de santé pédiatriques. PCC Curriculum on the Go. Extrait le 4 mai 2013 du site Web de l’ACCSP : <http://ken.caphc.org/xwiki/bin/view/SafetyCompetencies-CurriculumontheGo/Curriculum+on+the+Go>.
51. Fletcher G., Flin R., McGeorge P., Glavin R., Maran N. et Patey R. 2004. Rating non-technical skills: developing a behavioural marker system for use in anaesthesia. *Cognition, Technology and Work*. **6** (3): 165–71.
52. Flin R., O’Connor P. et Crichton M. 2008. *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills*. Hampshire, England: Ashgate Publishing, Ltd.
53. Frankel A., Gardner R., Maynard L., et Kelly A. 2007. Using the Communication and Teamwork Skills (CATS) Assessment to measure health care team performance. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. **33** (9): 549–58.
54. Malec J.F., Torsher L.C., Dunn W.F., Wiegmann D.A., Arnold J.J., Brown D.A., et Phatak V. 2007. The mayo high performance teamwork scale: reliability and validity for evaluating key crew resource management skills. *Journal of the Simulation in Healthcare*. **2** (1): 4–10.
55. Rosen MA, Salas E, Wilson KA, King HB, Salisbury M, Augenstein JS, Robinson DW, Birnbach DJ. 2008. Measuring team performance in simulation-based training: adopting best practices for healthcare. *Journal of the Simulation in Healthcare*. **3** (1): 33–41.
56. Healey A.N., Undre S., Sevdalis N., Koutantji M. et Vincent C.A. 2006. The complexity of measuring interprofessional teamwork in the operating theatre. *Journal of Interprofessional Care*. **20** (5): 485–95.
57. Orledge J., Phillips W.J., Murray W.B. et Lerant A. 2012. The use of simulation in healthcare: from systems issues, to team building, to task training, to education and high stakes examinations. *Current Opinion in Critical Care*. **18** (4): 326–32.

58. Singh R., Singh A., Fish R., McLean D., Anderson D.R. et Singh G. 2009. A patient safety objective structured clinical examination. *Journal of Patient Safety*. **5** (2): 55–60.
59. Kachalia A., Johnson J.K., Miller S. et Brennan T. 2006. The incorporation of patient safety into board certification examinations. *Academic Medicine*. **81** (4): 317–25.
60. Tess A.V., Yang J.J., Smith C.C., Fawcett C.M., Bates C.K. et Reynolds E.E. 2009. Combining clinical microsystems and an experiential quality improvement curriculum to improve residency education in internal medicine. *Academic Medicine*. **84** (3): 326–34.
61. Kearney A., Adey T., Bursey M., Cooze L., Dillon C., Barrett J., King-Jesso P. et McCarthy P. 2010. Enhancing patient safety through undergraduate inter-professional health education. *Healthcare Quarterly*. **13**: 88–93.
62. Wong B.M., Etchells E.E., Kuper A., Levinson W. et Shojania K. 2010. Teaching quality improvement and patient safety to trainees: a systematic review. *Academic Medicine*. **85** (9): 1425–39.
63. Thompson D.A., Cowan J., Holzmüller C., Wu A.W., Bass E. et Pronovost P. 2008. Planning and implementing a systems-based patient safety curriculum in medical education. *American Journal of Medical Quality*. **23** (4): 271–8.
64. Headrick L.A., Barton A.J., Ogrinc G., Strang C., Aboumatar H.J., Aud M.A., Haidet P., Madigosky W.S. et Patterson J.E. 2012. Results of an effort to integrate quality and safety into medical and nursing school curricula and foster joint learning. *Health Affairs (Millwood)*. **31** (12): 2669–80.
65. Kearney A., Adey T., Bursey M., Cooze L., Dillon C., Barrett J., King-Jesso P. et McCarthy P. 2010. Enhancing patient safety through undergraduate inter-professional health education. *Healthcare Quarterly*. **13**: 88–93.
66. Pingleton S.K., Horak B.J., Davis D.A., Goldmann D.A., Keroack M.A. et Dickler R.M. 2009. Is there a relationship between high-quality performance in major teaching hospitals and residents' knowledge of quality and patient safety? *Academic Medicine*. **84** (11): 1510–5.
67. Wohlauer M.V., Arora V.M., Horwitz L.I., Bass E.J., Mahar S.E. et Philibert I. 2012. The patient handoff: a comprehensive curricular blueprint for resident education to improve continuity of care. *Academic Medicine*. **87** (4): 411–8.
68. Greiner A.C. et E. Knebel, corédacteurs. 2003. *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Washington, DC: The National Academies Press.
69. Hafferty F.W. 1998. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*. **73** (4): 403–7.
70. Pingleton S.K., Davis D.A. et Dickler R.M. 2010. Characteristics of quality and patient safety curricula in major teaching hospitals. *American Journal of Medical Quality*. **25** (4): 305–11.
71. Roff S. 2005. The Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) —a generic instrument for measuring students' perceptions of undergraduate health professions curricula. *Medical Teacher*. **27** (4): 322–5.
72. Whittle S.R., Whelan B. et Murdoch-Eaton D.G. 2007. DREEM and beyond; studies of the educational environment as a means for its enhancement. *Education for Health: Change in Training and Practice*. **20** (1): 7.
73. Kelly M., Bennett D. et O'Flynn S. 2012. General practice: the DREEM attachment? Comparing the educational environment of hospital and general practice placements. *Education for Primary Care*. **23** (1): 34–40.

74. Miles S., Swift L. et Leinster S.J. 2012. The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): a review of its adoption and use. *Medical Teacher*. **34** (9): 620–34.
75. Ashcroft D.M., Morecraft C., Parker D. et Noyce P.R. 2005. Safety culture assessment in community pharmacy: development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Quality and Safety in Healthcare*. **14** (6): 417–21.
76. Carayon P. rédacteur. 2007. *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
77. Parry G, Horowitz L, Goldmann D. 2009. Patient safety attitudes of paediatric trainee physicians. *Quality and Safety in Health Care*. **18** (6): 462–6.
78. Paine L.A., Rosenstein B.J., Sexton J.B., Kent P, Holzmüller C.G. et Pronovost P.J. 2010. Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre: a prospective cohort study *Quality and Safety in Health Care*. **19** (6): 547–54.
79. Agrément Canada. *Programme d'agrément Qmentum*. Extrait le 19 janvier 2011 du site Web d'Agrément Canada : <http://www.accreditation.ca/fr/qmentum>.
80. Liao J.M., Etchegaray J.M., Williams S.T., Berger D.H., Bell S.K. et Thomas E.J. The Medical Student Safety Attitudes & Professionalism Survey (MSSAPS): Grading Patient Safety Progress Through Medical Student Experiences. (Manuscrit en cours de relecture)
81. Fleming M. et Wentzell N. 2008. Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. *Healthcare Quarterly*. **11** (3 Spec No): 10–5.
82. Chang Y. et Mark B. 2011. Effects of learning climate and registered nurse staffing on medication errors. *The Journal of Nursing Administration*. **41** (7-8 Suppl): S6–13.
83. Mardon R.E., Khanna K., Sorra J., Dyer N. et Famolaro T. 2010. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of Patient Safety*. **6** (4): 226–32.
84. Shojania K.G., Fletcher K.E. et Saint S. 2006. Graduate medical education and patient safety: a busy—and occasionally hazardous—intersection. *Annals of Internal Medicine*. **145** (8): 592–8.
85. Cruess S.R., Cruess R.L. et Steinert Y. 2008. Role modelling – making the most of a powerful teaching strategy. *British Medical Journal*. **336** (7646): 718–21.
86. Maudsley R.F. 2001. Role models and the learning environment: essential elements in effective medical education. *Academic Medicine*. **76** (5): 432–34.
87. Padmore J.S., Jaeger J., Riesenbergl L.A., Karpovich K.P., Rosenfeld J.C. et Patow C.A. 2009. “Renters” or “owners”? Residents’ perceptions and behaviors regarding error reduction in teaching hospitals: a literature review. *Academic Medicine*. **84** (12): 1765–74.
88. Pian-Smith M.E., Simon R., Minehart R.D., Podraza M., Rudolph J. Walzer T. et Raemer D. 2009. Teaching residents the two-challenge rule: a simulation-based approach to improve education and patient safety. *Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. **4** (2): 84–91.

89. Cosby K.S. et Croskerry P. 2004. Profiles in patient safety: authority gradients in medical error. *Academic Emergency Medicine*. **11** (12): 1341–5.
90. Seiden S.C., Galvan C. et Lamm R. 2006. Role of medical students in preventing patient harm and enhancing patient safety. *Quality and Safety in Health Care*. **15** (4): 272–6.
91. Entwistle V.A., McCaughan D., Watt I.S., Birks Y., Hall J., Peat M., Williams B. et Wright J. 2010. Speaking up about safety concerns: multi-setting qualitative study of patients' views and experiences. *Quality and Safety in Health Care*. **19** (6): e33.
92. Varpio L., Hall P., Kuziemyk C., Casimiro L., Brassat-Latulippe A., Bidlake E., Brajtman S. et Humphrey-Murto S. 2010. It takes a village to train a resident: Qualitatively investigating how interprofessional education contributes to the development of resident competencies. Presentation to the Association for Medical Education in Europe. Glasgow, United Kingdom.
93. Reeves S., Lewin S., Espin S. et Zwarenstein M. 2010. *Interprofessional Teamwork in Health and Social Care*. Chichester, Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
94. Lo L. 2010. *Teamwork and Communication in Healthcare: A Literature Review*. Calgary AB: Canadian Patient Safety Institute.
95. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. *Defining IPE*. Extrait le 10 janvier 2011 du site Web du CAIPE : www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/.
96. Weaver S.J., Rosen M.A., Salas E., Baum K.D. et King H.B. 2010. Integrating the science of team training: guidelines for continuing education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. **30** (4): 208–20.
97. Jain A., Luo E., Yang J., Purkiss J. et White C. 2012. Implementing a nurse-shadowing program for first-year medical students to improve interprofessional collaborations on health care teams. *Academic Medicine*. **87** (9): 1292–5.
98. Anderson E., Thorpe L., Heney D. et Petersen S. 2009. Medical students benefit from learning about patient safety in an interprofessional team. *Medical Education*. **43** (6): 542–52.
99. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. *What is Interprofessional Education (IPE)*. Extrait le 24 mai 2013 du site Web du CPIS : http://www.cihc.ca/files/CIHC_Factsheets_IPE_Feb09.pdf.
100. Frankel A., Grillo S.P., Pittman M., Thomas E.J., Horowitz L., Page M. et Sexton J.B. 2008. Revealing and resolving patient safety defects: the impact of leadership WalkRounds on frontline caregiver assessments of patient safety. *Health Services Research*. **43** (6): 2050–66.
101. Thomas E.J., Sexton J.B., Neilands T.B., Frankel A. et Helmreich R.L. 2005. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. *BMC Health Services Research*. **5** (1): 28.
102. National Patient Safety Foundation. *Unmet Needs: Teaching Physicians to Provide Safe Care. Report of the Lucian Leape Institute Roundtable on Reforming Medical Education*. Extrait le 25 avril 2013 du site Web de la NPSF : www.npsf.org/wp-content/uploads/2011/10/LLI-Unmet-Needs-Report.pdf.
103. Vogelsmeier A., Scott-Cawiezell J., Miller B. et Griffith S. 2010. Influencing leadership perceptions of patient safety through just culture training. *Journal of Nursing Care and Quality*. **25** (4): 288–94.

104. Weaver S.J., Lubomksi L.H., Wilson R.F., Pfoh E.R., Martinez K.A. et Dy S.M. 2013. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*. **158** (5 Pt 2): 369–74.
105. Shekelle P.G., Pronovost P.J., Wachter R.M., McDonald K.M., Schoelles K., Dy S.M., Shojania K., Reston J.T., Adams A.S., Angood P.B., Bates D.W., Bickman L., Carayon P., Donaldson L., Duan N., Farley D.O., Greenhalgh T., Haughom J.L., Lake R., Lilford R., Lohr K.N., Meyer G.S., Miller M.R., Neuhauser D.V., Ryan G., Saint S., Shortell S.M., Stevens D.P. et Walshe K. 2013. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. *Annals of Internal Medicine*. **158** (5 Pt 2): 365–8.
106. Neeman N., Sehgal N.L. 2012. Perspective: a road map for academic departments to promote scholarship in quality improvement and patient safety. *Academic Medicine*. **87** (2): 168–71.
107. Boudreaux A.M. et Vetter T.R. 2013. The creation and impact of a dedicated section on quality and patient safety in a clinical academic department. *Academic Medicine*. **88** (2): 173–8.
108. Kim C.S., Lukela M.P., Parekh V.I., Mangrulkar R.S., Del Valle J., Spahlinger D.A. et Billi J.E. 2010. Teaching internal medicine residents quality improvement and patient safety: a lean thinking approach. *American Journal of Medical Quality*. **25** (3): 211–7.
109. B. Wong, J. Goguen, K. Shojania. *Building capacity for quality: An experiential co-learning quality improvement curriculum for faculty and residents*. Présenté à la Conférence internationale sur la formation des résidents de 2012. Ottawa (Ontario).
110. Voss J.D., May N.B., Schorling J.B., Lyman J.A., Schectman J.M., Wolf A.M., Nadkarni M.M. et Plews-Ogan M. 2008. Changing conversations: teaching safety and quality in residency training. *Academic Medicine*. **83** (11): 1080–7.
111. Wu A. 2000. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal*. **320** (7237): 726–7.
112. Pettker C.M. et Funai E.F. 2010. Getting it right when things go wrong. *Journal of the American Medical Association*. **303** (10): 977–8.
113. Association canadienne de protection médicale. *La communication avec le patient lors d'un préjudice : La divulgation d'événements indésirables*. Extrait le 26 avril 2013 du site Web de l'ACPM : www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/disclosure/pdf/com_disclosure_toolkit-f.pdf.
114. Institut canadien pour la sécurité des patients. *Lignes directrices canadiennes relatives à la divulgation : parler ouvertement aux patients et aux proches*. Extrait le 26 avril 2013 du site Web de l'ICSP : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines%20FR.pdf>.
115. Halbach J.L. et Sullivan L.L. 2005. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Academic Medicine*. **80** (6): 600–6.

GLOSSAIRE

Échelon du pouvoir

Le terme « échelon du pouvoir » a d’abord été défini dans l’aviation quand il a été constaté qu’il arrive que des pilotes et des co-pilotes peuvent ne pas communiquer efficacement en situations stressantes s’ils ont un écart important d’expérience, de savoir faire, ou d’autorité¹.

Le terme a été appliqué pour la première fois aux soins de santé dans *To Err Is Human*², pour désigner l’équilibre du pouvoir décisionnel ou le degré de progression de la chaîne de commandement et de la hiérarchie dans une situation donnée³.

Erreur professionnelle (médicale)

La définition suivante est extraite du glossaire créé pour l’atelier ASPIRE du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (en avril 2013)⁴ :

Il existe de nombreuses définitions de l’erreur médicale, formulées en fonction de leur utilisation dans les domaines de la recherche, de l’amélioration de la qualité et du droit et de la réglementation de la médecine. Certaines s’articulent autour de résultats cliniques imprévus et non souhaités qui sont considérés comme des indicateurs d’erreur. D’autres définitions tiennent compte des omissions et des gestes posés dans la prestation des soins par les prestataires individuels et au niveau systémique. Une définition de James Reason formulée en 1990 décrit l’erreur comme l’échec de réaliser comme prévu une action planifiée (erreur d’exécution) ou comme l’utilisation d’un plan erroné pour réaliser un but (erreur de planification)⁵. La définition de Reason établit une distinction entre les erreurs d’exécution et les erreurs de planification, et affirme que les échecs sur les plans mental et du jugement, ainsi que physique et technique contribuent

tous à des erreurs. Cette définition néglige toutefois de mentionner les erreurs d’omission : et s’il n’y avait pas de plan, ou qu’aucun geste n’a été posé⁶? En outre, il est possible que le défaut d’accomplir une tâche planifiée ne constitue pas une erreur puisqu’il pourrait simplement représenter une modification au plan fondée sur l’évolution des circonstances⁷.

Définitions plus récentes de l’erreur

Acte d’omission ou geste posé dans la planification ou l’exécution qui contribue ou pourrait contribuer à un résultat involontaire⁶.

Acte (plan, décision, choix, action ou inaction) qui, eu égard aux informations disponibles et à l’état clinique du patient à ce moment, n’était pas approprié ou a été exécuté incorrectement dans ces circonstances, et qui a par conséquent causé un événement indésirable (accident au Québec) ou un incident évité de justesse⁸.

Le fait qu’une erreur s’est produite ne signifie pas nécessairement qu’il y a eu négligence dans les soins prodigués (en droit). Voir *Négligence/faute professionnelle*.

Préjudice

Les Compétences liées à la sécurité des patients définissent le préjudice comme suit « Résultat qui influe négativement sur la santé ou la qualité de vie d’un patient⁹. »

Le préjudice laisse entendre la défaillance d’une structure ou d’une fonction de l’organisme et/ou tout effet nuisible en découlant, incluant une maladie, une blessure, des souffrances, une incapacité et même la mort, et peut être physique, social ou psychologique¹⁰.

Préjudice associé à la prestation des soins et termes connexes

L’Organisation mondiale de la santé (OMS) est en train

d'élaborer un cadre de classification et de terminologie commun – la Classification internationale pour la sécurité des patients (CISP) – visant à faciliter la diffusion et l'apprentissage de l'information sur la sécurité des patients à l'échelle mondiale.

La Classification internationale pour la sécurité des patients a pour objet de catégoriser l'information sur la sécurité des patients sur la base de séries normalisées de concepts avec des définitions convenues et des termes recommandés; elle vise aussi à faciliter la description, la comparaison, la mesure, la surveillance, l'analyse et l'interprétation de l'information afin d'améliorer les soins aux patients¹⁰.

Aux fins du présent document, nous avons choisi de conserver la terminologie utilisée dans la version originale du livre blanc « Culture équitable en matière de sécurité des patients ». Nous incluons dans le glossaire des termes qui sont dans la CISP et qui seront probablement, dans l'avenir, intégrés dans le travail et l'enseignement de la sécurité des patients et de la qualité.

Voici des extraits du glossaire ASPIRE⁴ :

Des termes différents sont utilisés au Canada et dans le reste du monde pour désigner les raisons de préjudices involontaires découlant de la prestation de soins de santé. Il est possible que la littérature scientifique et les organismes de santé utilisent une variété de termes pour décrire des types semblables d'événements cliniques, alors que les provinces et les territoires utilisent des termes différents dans le libellé de leurs lois.

La terminologie en usage au Canada se regroupe d'après trois approches principales :

1. Terminologie des incidents liés à la sécurité des patients

La Classification internationale pour la sécurité des patients (CISP) élaborée par l'OMS est un cadre de terminologie commune visant à faciliter la diffusion

et l'apprentissage de l'information sur la sécurité des patients à l'échelle mondiale. Un des objectifs de la CISP consiste à harmoniser le langage sur la sécurité des patients afin que les prestataires, les organismes, les autorités et les pays puissent amorcer la classification d'événements semblables d'après ce modèle, ce qui permettra la diffusion et la comparaison d'informations sur les incidents dans le but d'apprendre des expériences respectives. Pour en savoir plus sur cette terminologie nouvelle : <http://www.globalpatientsafetyalerts.com/french/toolsresources/pages/international-classification-for-patient-safety.aspx>.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) soutient la CISP de l'OMS et a adapté ses définitions. L'ICSP encourage l'emploi du terme « incident préjudiciable » au lieu de « événement indésirable ».

La CISP recommande l'utilisation des termes suivants :

Incident lié à la sécurité des patients : Un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice accessoire à un patient.

Il y a trois types d'incidents liés à la sécurité des patients :

- Incident préjudiciable : Un incident lié à la sécurité des patients qui a causé un préjudice au patient. (Remplace « événement indésirable évitable » et « événement sentinelle ».)
- Incident sans préjudice : Un incident lié à la sécurité des patients qui a atteint le patient, sans toutefois entraîner de préjudice discernable.
- Incident évité de justesse : Un incident lié à la sécurité d'un patient qui n'a pas eu de répercussions sur le patient. (Remplace « échappée belle ».)

Remarque : Les raisons de ces types d'incidents sont des défaillances du système associées au processus de prestation des soins et des problèmes de rendement des prestataires, incluant les erreurs.

La CISP recommande également le terme « circonstance à signaler » pour définir les situations qui doivent être déclarées ou signalées.

Circonstance à signaler : Une circonstance où il y avait un risque important qu'un préjudice soit causé, mais sans aucun incident lié à la sécurité des patients (aucun patient spécifique n'est concerné).

2. Événement indésirable du point de vue terminologique

Le terme événement indésirable est toujours utilisé au Canada pour décrire les préjudices associés à la prestation des soins, et certaines lois provinciales emploient ce terme.

Événement indésirable : Événement causant un préjudice involontaire au patient et lié aux soins ou aux services prodigués au patient, plutôt qu'aux problèmes de santé sous-jacents du patient¹¹.

Remarque : Les raisons pour les événements indésirables comprennent les risques inhérents aux investigations et aux traitements, les défaillances du système liées aux processus de prestation des soins et des problèmes de rendement des prestataires, incluant les erreurs.

Autres termes associés (extraits du document Les Compétences liées à la sécurité des patients)⁹ :

Événement sans préjudice : Événement qui touche le patient, mais ne lui cause pas de préjudice.

Incident évité de justesse : Un incident qui aurait pu causer un préjudice au patient, mais ne l'a pas atteint grâce à une intervention opportune ou à la chance (quelquefois appelé « échappée belle »). Dans le langage de tous les jours, on utilise l'expression « évité de justesse » pour indiquer la détection juste à temps d'un événement indésirable potentiel.

3. Terminologie utilisée au Québec^{4,12} :

Il est important que les médecins qui exercent au Québec comprennent les termes *accident* et *incident*, parce qu'ils sont consacrés par la loi et aideront les médecins à respecter leur obligation de divulguer et de rapporter les événements.

Accident : En droit québécois, on entend par **accident** un préjudice associé à la prestation des soins. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* définit l'accident comme une « action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers ».

Un accident inclurait un préjudice à un patient associé à l'un ou plusieurs des facteurs suivants :

- des risques reconnus inhérents aux investigations ou aux traitements;
- des défaillances du système;
- un problème de rendement d'un fournisseur de soins.

Selon la terminologie utilisée, la signification du terme *accident* s'harmonise le plus étroitement avec l'un ou l'autre des termes suivants utilisés dans le reste du Canada :

- événement indésirable;
- événement indésirable au patient¹².

Un accident doit être divulgué au patient. *Le Code de déontologie des médecins du Québec* énonce que le médecin « doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier de tout incident, accident ou complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique⁴. »

Incident : Dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* du Québec, un *incident* désigne « une action ou une situation qui n’entraîne pas de conséquence sur l’état de santé ou le bien-être d’un usager, du personnel, d’un professionnel concerné ou d’un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d’autres occasions, pourrait entraîner des conséquences. »

La signification du terme *incident* s’harmonise le plus étroitement avec les deux termes suivants utilisés dans le reste du Canada :

- événement sans préjudice (un événement qui touche le patient, mais ne lui cause pas de préjudice);
- incident évité de justesse (un incident qui aurait pu causer un préjudice au patient, mais ne l’a pas atteint)¹².

D’après la définition du terme au Québec, la divulgation d’un incident peut être exigée si :

- l’incident a atteint le patient, mais sans causer de préjudice. En règle générale, de tels incidents doivent être divulgués aux patients;
- l’incident n’a pas atteint le patient (c.-à-d. la situation a été rectifiée à temps), mais le potentiel de préjudice était présent. Le patient doit être informé de l’incident s’il existe un risque semblable et continu pour la sécurité du patient, ou si le patient est au courant de l’incident et qu’une explication dissiperait les inquiétudes et favoriserait la confiance.

Dans les établissements publics du Québec, comme les hôpitaux, la loi requiert de remplir un rapport dans le format approprié, tant pour les incidents que pour les accidents. Le rapport est conservé dans le dossier médical du patient. Il est prudent d’informer le patient de l’incident, du rapport et de toute mesure préventive mise en place ultérieurement. Cela réduira les probabilités de malentendus ou de méfiance dans le cas où le patient prendrait connaissance du dossier médical et du rapport dans l’avenir⁴.

Facteurs humains

L’ergonomie (ou facteurs humains) est la discipline scientifique qui vise la compréhension fondamentale des interactions entre les humains et les autres composantes d’un système. C’est également la profession qui applique les principes théoriques, les données et les méthodes en vue d’optimiser le bien-être des personnes et le rendement global des systèmes¹³.

Le système représente les artéfacts physiques, cognitifs et organisationnels avec lesquels les personnes interagissent. Le système peut être une technologie, un logiciel ou un dispositif médical; une personne, une équipe ou une organisation; une procédure, une politique ou une directive; ou un environnement physique. Les interactions entre les personnes et les systèmes sont les tâches¹⁴.

Formation interprofessionnelle

« Formation où les membres de deux professions ou plus apprennent ensemble, les uns des autres et à propos des autres dans le but d’améliorer la collaboration et la qualité des soins¹⁶. »

Le Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) utilise le terme « interprofessional education » (IPE), la formation interprofessionnelle, pour inclure toutes les facettes de cette forme d’apprentissage en milieux professionnels et universitaires avant et après la qualification, adoptant ainsi une perspective inclusive de la notion « professionnelle »¹⁵.

Culture juste en matière de sécurité

En 1999, l’Institute of Medicine a publié *To Err is Human*, un document fondateur qui a lancé la sécurité des patients dans le domaine public et dans les conversations. L’une des principales conclusions du rapport est que les erreurs

médicales sont causées en général par la défaillance des systèmes, des processus et des conditions qui fait en sorte que les individus commettent des erreurs ou ne réussissent pas à empêcher qu'elles se produisent. Cela a marqué un virage en délaissant l'approche traditionnelle, qui consistait à chercher un fournisseur de soins individuel à blâmer, en faveur d'une approche « sans torts ». Plus récemment, des experts en matière de sécurité des patients ont décrit le besoin de redéfinir la responsabilisation personnelle. Marx présente un processus pour décider comment un individu est responsable de ses propres décisions, énonçant les quatre concepts clés suivant : l'erreur humaine, la négligence, la conduite irresponsable et les violations commises sciemment¹⁶.

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) définit la « culture juste » comme suit :

Une démarche en soins de santé où offrir des soins de santé sécuritaires est une valeur fondamentale de l'organisation. La culture encourage et développe les connaissances, les compétences et l'engagement de l'ensemble des dirigeants, des gestionnaires, des professionnels de la santé, du personnel et des patients en vue de prodiguer des soins sécuritaires. Les occasions d'améliorer de façon proactive la sécurité des soins sont constamment relevées et des mesures sont prises pour y donner suite. Les professionnels de la santé et les patients reçoivent un soutien approprié et adéquat dans la quête de soins sécuritaires. La culture favorise l'apprentissage à partir des événements indésirables et des accidents évités de justesse pour renforcer le système, et, au besoin, soutient et sensibilise les professionnels de la santé et les patients pour aider à éviter que des événements semblables se reproduisent. Il y a un engagement commun dans l'ensemble de l'organisation concernant la mise en œuvre d'améliorations et le partage des leçons à retenir. La justice constitue un élément important. Tous les intervenants sont conscients des attentes, et, dans l'analyse des événements indésirables, toute responsabilisation professionnelle des professionnels de la

santé est établie de manière équitable. Autant les intérêts des patients que ceux des professionnels y sont protégés¹⁷.

On utilise souvent indifféremment les termes « culture de sécurité des patients » et « climat de sécurité des patients »; mais « leur portée et leur profondeur présentent des différences conceptuelles importantes¹⁸. » [traduction]

Le terme « climat de sécurité des patients » vise précisément les perceptions ou les attitudes communes des membres d'une équipe à l'égard des normes, des politiques et des procédures associées à la sécurité des patients¹⁹. Ainsi, la mesure du climat cherche à saisir les perceptions de l'équipe sur les aspects observables, en surface, d'une culture à un moment particulier dans le temps²⁰⁻²².

Le plus souvent, le climat de sécurité est mesuré par l'entremise de questionnaires ou de sondages invitant les membres de l'équipe à indiquer leurs perceptions de l'équipe, des tâches et de l'environnement.

La différence entre la culture et le climat est souvent réduite à une différence de méthodologie. Les études comportant des sondages de cliniciens et d'employés sont catégorisées comme des études du climat de sécurité, et les études ethnographiques comportant des observations détaillées et longitudinales sont catégorisées comme des études de la culture de sécurité¹⁸.

Le terme « culture de sécurité des patients » a été utilisé dans le présent document; mais il serait plus correct d'utiliser « climat de sécurité des patients » quand il s'agit de mesure de la culture de sécurité des patients à un moment donné.

Négligence/faute professionnelle

Ce qui suit est extrait du glossaire ASPIRE⁴ :

Concept juridique. Dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada, à l'exception du Québec, afin de pouvoir établir qu'il y a eu négligence de la part

d'un médecin, un patient demandeur doit prouver, à la satisfaction de la cour, que le préjudice a été causé parce que le *médecin* ne s'est pas conformé à une norme de pratique raisonnable et acceptable. Afin de déterminer s'il y a eu négligence ou faute professionnelle, les tribunaux appliquent non pas une norme de pratique visant la perfection, mais plutôt la norme de pratique qu'aurait utilisée un collègue dans des circonstances similaires.

Au Québec, la faute professionnelle est un concept au cœur de la responsabilité civile. Toute personne a le devoir de se conformer à certaines règles ou normes de conduite. Si elle y manque, elle commet une faute professionnelle. Le demandeur peut démontrer que le médecin a commis une faute professionnelle, c'est-à-dire qu'il n'a pas agi de manière raisonnable et prudente comme l'aurait fait un médecin de formation et expérience semblables dans les mêmes circonstances. Le demandeur doit aussi avoir subi un préjudice à la suite de la faute et établir que cette faute a causé le préjudice⁸.

Conscience situationnelle

La définition la plus simple de « conscience de la situation » ou « conscience situationnelle » est « savoir ce qui se produit autour de vous »²³. Le sens du terme conscience situationnelle peut être élargi pour porter sur

la perception des éléments de l'environnement à l'intérieur d'un volume de temps et d'espace, la compréhension de leur signification et la projection de leur état dans un proche avenir²⁴.

La conscience situationnelle est définie plus précisément comme les « processus cognitifs pour établir et maintenir la conscience d'une situation ou d'un événement », incluant

la surveillance continue de l'environnement, en remarquant ce qui se produit et en détectant tous les changements dans l'environnement (et) dans les fonctions comme première étape du processus décisionnel²⁵.

Le modèle le plus connu de conscience situationnelle, créé par Endsley, comprend trois niveaux — collecte de l'information, interprétation de l'information collectée et anticipation des états futurs — et reconnaît l'importance de la perception du temps et des autres aspects temporels dans la formulation de la conscience situationnelle²³.

Défaillance du système

La « défaillance du système » peut être définie comme le manque, le mauvais fonctionnement ou la défaillance de politiques, de processus opérationnels ou d'infrastructures d'appoint pour la prestation des soins de santé²⁶.

Équipe

Une équipe est

un groupe d'individus avec un objectif commun qui, même s'ils ont tous des tâches individuelles définies, atteignent l'objectif en travaillant de façon interdépendante et en collaboration... Les équipes de soins varient énormément par la taille, la complexité, la diversité de compétences, les professions concernées et l'ancienneté des membres²⁷.

Technologie

La « technologie » peut être définie comme **une pièce d'équipement ou un outil qu'on utilise pour réaliser une activité**. Il peut s'agir des outils les plus simples ou des dispositifs ou systèmes les plus complexes pour réaliser des tâches, activités et objectifs propres aux êtres humains (p. ex., allant du bracelet avertisseur d'allergie au tomodynamomètre en passant par les systèmes informatisés d'entrée des ordonnances médicales)⁹.

RÉFÉRENCES

1. Cosby KS, Croskerry P. 2004. Profiles in patient safety: authority gradients in medical error. *Academic Emergency Medicine*. **11** (12): 1341–5.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. 2000. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.
3. Wachter RM, Sehgal NJ, Ranji S, Cucina R, Shojania KG, eds. Agency of Healthcare Research and Quality. PSNet Patient Safety Network. Glossaire. Dernière consultation le 17 mai 2013, sur le site Web de l’AHRQ : <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx>.
4. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Atelier ASPIRE. Dernière consultation le 17 mai 2013, sur le site Web du Collège royal : www.collegeroyal.ca/portal/page/portal/rc/events/aspire.
5. Reason J. 1990. *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press.
6. Grober ED, Bohnen JM. 2005. Defining medical error. *Canadian Journal of Surgery*. **48** (1): 39-44.
7. Hoppes M, Mitchell JL, Venditti EG, Bunting RF. 2012. *Serious Safety Events: Getting to Zero*. American Society for Healthcare Risk Management. Dernière consultation le 17 mai 2013, sur le site Web de l’ASHRM : www.ashrm.org/ashrm/resources/SSEs/SSE%20White%20Pape_10-5-12_FINAL.pdf.
8. L’Association canadienne de protection médicale. 2012. *Guide des bonnes pratiques de l’ACPM*. Dernière consultation le 17 mai 2013, sur le site Web de l’ACPM : <http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/ela/goodpracticesguide/pages/index/index-f.html>.
9. Frank JR et Brien S, (corédacteurs) au nom du Comité directeur sur les compétences liées à la sécurité des patients. 2008. *Les compétences liées à la sécurité des patients – L’amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé*. Ottawa (Ontario) : Institut canadien pour la sécurité des patients.
10. Organisation mondiale de la santé. 2009. *More than words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Dernière consultation le 13 mai 2013, sur le site Web de l’OMS : www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
11. Institut canadien pour la sécurité des patients. *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation - Parler ouvertement aux patients et aux proches*. Dernière consultation le 13 mai 2013, sur le site Web de l’ICSP : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines%20FR.pdf>.
12. Association canadienne de protection médicale. *Guide des bonnes pratiques*. Dernière consultation le 17 mai 2013, sur le site Web de l’ACPM : <http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/ela/goodpracticesguide/pages/index/index-f.html>.
13. International Ergonomics Association. Definition of ergonomics. Dernière consultation le 17 mai 2013, sur le site Web de l’IEA : <http://iea.cc/whats/index.html>.
14. Carayon P, ed. 2012. *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety*. 2nd edition. Boca Raton, Florida: CRC Press.

15. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. *Defining IPE*. Dernière consultation le 17 mai 2013, sur le site Web du CAIPE : www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/.
16. Marx D. 2001. *Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives*. New York, NY: Columbia University.
17. Association canadienne de protection médicale. 2009. *Leçons à retenir des événements indésirables : Favoriser une culture juste en matière de sécurité dans les hôpitaux et les établissements de santé au Canada*. Ottawa (Ontario) : Association canadienne de protection médicale. Dernière consultation le 17 mai 2013, sur le site Web de l'ACPM : https://oplfprd5.cmpa-acpm.ca/fr/duties-and-responsibilities/-/asset_publisher/bFaUiyQG069N/content/learning-from-adverse-events-fostering-a-just-culture-of-safety-in-canadian-hospitals-and-health-care-institutions.
18. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. 2013. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*. **158** (5 Pt 2): 369-74.
19. Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O, Admi H, Donchin Y. 2007. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Critical Care Medicine*. **35** (5): 1312-7.
20. Singer SJ, Vogus TJ. 2012. Safety climate research: taking stock and looking forward. *BMJ Quality and Safety*. **22** (1): 1-4.
21. Jackson J, Sarac C, Flin R. 2010. Hospital safety climate surveys: measurement issues. *Current Opinion in Clinical Care*. **16** (6): 632-8.
22. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. 2012. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Quality and Safety*. **22** (1): 1108.
23. Endsley MR. 2000. Theoretical Underpinnings of Situation Awareness: A Critical Review. In *Situation Awareness Analysis and Measurement*, edited by Endsley MR and DG Garland. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1-24.
24. Endsley MR. 1988. *Situation awareness global assessment technique (SAGAT)*. Proceedings of the National Aerospace and Electronics Conference. New York: IEEE. Dernière consultation le 17 mai 2013, sur le site Web de l'IEEE : http://ieeexplore.ieee.org/xpl/login.jsp?tp=&number=195097&url=http%3A%2F%2Fieeexplore.ieee.org%2Fxppls%2Fabs_all.jsp%3Farnumber%3D195097.
25. Flin R, O'Connor P, Crichton M. 2008. *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills*. Hampshire, England: Ashgate Publishing, Ltd.
26. Association canadienne de protection médicale. *La communication avec le patient lors d'un préjudice : La divulgation d'événements indésirables*. Dernière consultation le 17 mai 2013, sur le site Web de l'ACPM : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/disclosure/pdf/com_disclosure_toolkit-f.pdf.
27. Vincent C. 2010. *Patient Safety*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.



7. La formation médicale fondée sur les compétences



Auteurs

Linda Snell, MD, MHPE, FRCPC, FACP
Jason R. Frank, MD, MA(Ed), FRCPC
Grant Stoneham, MD, FRCPC
Stefanie De Rossi, BHSc. Hons.
William Fletcher, MD, FRCPC
Katharine Gillis, MD, FRCPC
Jennifer Stewart, MHS/MES
Tim Allen, MD, MA (Ed), FRCPC
Susan Wasserman, MD, FRCPC
Verna Wing-Yun Yiu, MD, FRCPC
Kenneth A. Harris, MD, FRCSC

RÉSUMÉ

Les cadres de compétences comme CanMEDS, CanMEDS - Médecine familiale (CanMEDS-MF) et l'Outcome Project (États-Unis) de l'Accreditation Council for Graduate Medical Education constituent la base de la formation pour de nombreux médecins en formation, particulièrement en ce qui concerne la résidence. La justification pour la formation médicale fondée sur les compétences (FMFC) réside dans le fait qu'elle se concentre sur les résultats et les aptitudes, les compétences étant le principe organisationnel du modèle pédagogique. La FMFC fait la promotion de la formation axée sur l'apprenant et réduit l'accent mis sur la formation axée sur la durée pour l'obtention des compétences. Toutefois, il existe une gamme d'approches pour la conception des programmes de résidence, de « dépendant de la durée » à « indépendant de la durée », en passant par un modèle hybride entre les deux. Dans le présent document, nous répondons aux critiques faites à l'égard de la FMFC et proposons des étapes pour arriver à une approche fondée sur les compétences pour la planification des programmes et la formation des résidents.

INTRODUCTION

La pratique de la médecine a remarquablement changé au cours des 100 dernières années. Cependant, la formation médicale s'effectue toujours selon des changements proposés à l'époque de William Osler et dans le rapport Flexner de 1910. Les éducateurs médicaux d'aujourd'hui font face aux critiques dénonçant le fait que nos structures existantes de formation des futurs médecins, particulièrement au niveau postdoctoral, ne reflètent pas le contexte actuel. Le savoir et les technologies du

domaine médical ont connu une croissance exponentielle depuis les années 1960, ce qui exige des résidents qu'ils acquièrent davantage de connaissances, de compétences et de comportements complexes. L'information médicale est dorénavant aisément accessible aux patients grâce à Internet et leur perception de l'expertise médicale diffère de celle de générations précédentes. La société contemporaine est de plus en plus caractérisée par le consumérisme dans les soins de santé. À notre époque de prise de responsabilités, la société et les organismes de réglementation demandent que notre système produise continuellement des praticiens compétents. Les éducateurs médicaux doivent affronter ces défis en s'assurant que chaque diplômé est bien outillé pour exercer le métier.

Une des approches pour garantir l'acquisition du savoir est de se concentrer sur les compétences claires et de les utiliser comme moyen pour organiser la formation des résidents. Cette technique porte le nom de formation médicale fondée sur les résultats ou sur les compétences (FMFC). La FMFC est simplement une approche axée sur les résultats pour concevoir la formation médicale postdoctorale (FMPD) qui met l'accent sur les compétences. Elle a récemment été définie comme étant

une approche visant à préparer les médecins à une pratique fondamentalement orientée sur les aptitudes des diplômés et organisée autour de compétences tirées d'une analyse de besoins de la société et des patients. Elle réduit l'importance mise sur la durée de la formation et propose une formation plus souple, centrée sur les besoins de l'apprenant et misant sur une plus grande imputabilité¹.

Les apprenants assument plus de responsabilités pour leurs propres apprentissages et évaluations dans la FMFC qu'ils le font dans les approches traditionnelles. Dans la FMFC, les résultats (compétences) ne constituent pas des connaissances ou des aptitudes isolées, mais ils intègrent plutôt

de multiples composantes, comme les connaissances, les aptitudes, les valeurs et les attitudes. Puisque les compétences sont observables, elles peuvent être mesurées et évaluées pour assurer leur acquisition. Les compétences peuvent être assemblées comme des blocs pour faciliter le développement progressif². [TRADUCTION]

- sélectionner les activités éducatives, les expériences et les méthodes d’enseignement;
- sélectionner les outils d’évaluation pour mesurer la progression d’un jalon à l’autre.

Ces étapes sont décrites plus en détail par Holmboe et Snell.³

La FMFC peut être perçue comme étant une approche à la formation médicale pour laquelle le temps constitue une ressource pour acquérir des compétences. Cependant, la FMFC ne devrait pas être considérée comme étant incompatible avec la formation traditionnelle axée sur le temps, laquelle est organisée en fonction de stages prévisibles. La FMFC ne devrait pas non plus être reconnue comme étant une simple approche ne visant qu’à atteindre un niveau minimum de compétences. Au contraire, la FMFC facilite le développement de l’excellence en définissant clairement les jalons à atteindre lors des stages d’un bout à l’autre du spectre, soit de novice à spécialiste.

Pour faciliter cette approche, l’établissement des normes et les organismes de certification, comme le Collège royal, doivent modifier le modèle de la FMPD pour permettre une « progression des compétences » grâce à l’atteinte de différents jalons. Si ces jalons sont accessibles autant à la formation médicale prédoctorale qu’au développement professionnel continu, ils sont donc présents tout au long du continuum de la formation médicale.

Les étapes suivantes sont nécessaires au moment de la planification d’un curriculum de FMFC :

- définir les aptitudes exigées des diplômés;
- définir clairement les compétences requises et leurs composantes;
- définir les jalons tout au long du cheminement vers l’acquisition des compétences;

CONTEXTE ET SITUATION ACTUELLE DE LA FORMATION ET DES COMPÉTENCES MÉDICALES

La littérature sur la formation fondée sur les compétences remonte à plus de 60 ans et a été utilisée comme approche pour de nombreuses professions, y compris la formation des travailleurs sociaux et des enseignants². Le numéro du mois d’août 2010 de *Medical Teacher* était entièrement consacré à un discours entourant la FMFC et fournissait des preuves d’une résurgence de l’intérêt pour ce sujet.

Au cours des 15 dernières années, les compétences (ou les aptitudes des médecins) sont devenues une unité de normes en matière de planification de la formation médicale au Canada et ailleurs dans le monde. Les cadres de compétences comme CanMEDS^{4,5}, CanMEDS - Médecine familiale (CanMEDS-FM)⁶ et le Outcome Project (États-Unis) de l’Accreditation Council for Graduate Medical Education⁷ constituent la base pour la formation d’un grand nombre de médecins en formation, particulièrement en ce qui concerne la FMPD.

Malgré tout, la plupart des programmes de résidence au monde sont toujours organisés en fonction du temps passé dans des stages précis plutôt que centrés sur l’acquisition de compétences, la durée étant souvent utilisée comme un indicateur de substitution des compétences. Cette approche serait considérée comme inacceptable dans

d'autres domaines. La résistance à la FMFC découle peut-être d'une croyance voulant que cette formation soit incompatible avec les modèles fondés sur la durée. Nous suggérons d'incorporer la FMFC au niveau de la résidence, au sein même d'une structure axée sur la durée, et nous défendons un modèle hybride de stages axés sur les compétences avec une durée limitée. Il existe une gamme d'approches pour la conception des programmes de résidence, de « dépendant de la durée » à « indépendant de la durée », comme l'illustre le [tableau 1](#).

Le projet pilote du programme de résidence de la division de chirurgie orthopédique de l'Université de Toronto, le programme de résidence du Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists et le programme prédoctoral de la Cleveland Clinic sont tous des exemples de programmes existants de FMFC. Bon nombre de ces programmes sont structurés de telle sorte qu'ils se situent entre « dépendant de la durée » et à « indépendant de la durée ».

DÉFIS ET CATALYSEURS DE CHANGEMENT

La justification pour la FMFC, publiée dans un récent article scientifique², est expliquée ci-dessous.

1. Le besoin de placer l'accent sur les résultats d'apprentissage. De nombreux programmes actuels ne définissent pas clairement les aptitudes que devront avoir les diplômés, et garantissent encore moins que ces aptitudes sont apprises, évaluées et acquises. Ces programmes ne réussissent pas à assurer que les diplômés en médecine possèdent les compétences dans tous les domaines essentiels de la pratique visée. Ce manque de définitions claires peut faire en sorte qu'une compétence dans un domaine pourrait être considérée à tort comme étant une compétence dans un autre (p. ex., excellentes aptitudes en communication considérées comme preuves de connaissances médicales). Voilà qui ne rend pas service à la profession et au public.

2. Un faible accent sur les aptitudes ou les compétences en tant que principe organisationnel des programmes. L'approche axée sur les objectifs a mené à un trop grand accent porté sur les objectifs cognitifs, et ce, aux dépens de compétences et d'aspects d'ordre plus important de la pratique, comme les attitudes et les comportements. L'utilisation de listes d'objectifs relatifs aux connaissances peut conduire à l'établissement d'un programme pour lequel la gamme complète de compétences et de comportements nécessaires à une future pratique n'est pas requis ou acquis.

3. Un accent sur la formation axée sur la durée aux dépens de l'atteinte des compétences. Une grande partie de la formation médicale contemporaine est orientée sur le temps passé sur un aspect de la formation plutôt que sur les aptitudes réellement acquises. Les aspects de la délivrance de titres et certificats des médecins, comme l'admissibilité aux examens de certification, ont également tendance à se concentrer sur le temps passé sur des expériences précises.

4. Le besoin de promouvoir une formation axée sur l'apprenant. La théorie et la pratique actuelles en éducation suggèrent que les stagiaires doivent prendre davantage de responsabilités concernant leur progrès et leur développement. Les programmes doivent être plus souples pour répondre aux besoins des apprenants et plus adaptés aux voies individuelles de pratique.

CRITIQUES SUR LA FMFC

Voici certains des défis que pose la FMFC et qui sont généralement soulevés par ses critiques⁸⁻¹⁰. Nous avons répondu à chacun des défis.

1. Les critiques reprochent à la FMFC de promouvoir le réductionnisme. Les compétences ne sont pas équivalentes à une liste d'objectifs d'apprentissage ou de tâches réductionnistes. Elles constituent plutôt un objectif plus vaste qui nécessite une intégration des connaissances, des compétences et des comportements dans la pratique.

Tableau 1. Gamme de modèles d'approches pour les programmes de résidence
Selon les travaux de Carraccio¹¹

	Modèle « dépendant de la durée »	Modèle hybride	Modèle « indépendant de la durée »
Structure organisationnelle	Temps passé dans les stages	Progression des compétences dans un stage axé sur la durée	Progression des compétences
Degré de structure	Stages et demi-journées de formation universitaire et autres contextes formels d'enseignement	Programme structuré souple; stages comme seule méthode d'apprentissage	Programme structuré axé sur l'apprenant; aucune limite de temps; stages en tant que ressource pour aider l'apprentissage
Objectifs d'apprentissage	Objectifs de formation	Jalons	Jalons
Rôle des stages à durée limitée	Unité du programme	Ressource pour acquérir les compétences	Non pertinent
Rôle de l'évaluation en cours de formation	Assurer que les stages sont réussis	Documenter la progression et l'atteinte des étapes clés pendant les stages, en plus du progrès général au fil du temps pendant les stages et dans d'autres contextes (p. ex., simulation)	Documenter la progression et l'atteinte des étapes clés dans tous les contextes
Rôle de l'évaluation sommative	Décider de l'état de préparation à l'examen	Assurer l'acquisition des compétences et l'atteinte des étapes clés	Assurer l'acquisition des compétences et l'atteinte des étapes clés
Principaux outils d'évaluation	Une seule mesure subjective, souvent en dehors du milieu de travail (p. ex., fiches d'évaluation en cours de formation [FECF], fiches d'évaluation en fin de formation [FEFF], échelles d'évaluation générales, examens oraux); accent sur l'évaluation à la fin d'une période déterminée	Évaluations formative et sommative réunies dans un portfolio (p. ex., fiches de rencontre, mini-exercices d'évaluation clinique [mini-EECC], réaction multisource [RMS], registres, évaluations fondées sur la pratique, examens cliniques objectifs structurés [ECOS] et autres méthodes de simulation)	Différentes mesures objectives mettant l'accent sur l'observation dans de véritables milieux (p. ex., fiches de rencontre, mini-EECC, RMS, registres, évaluations fondées sur la pratique, ECOS et autres méthodes de simulation), toutes réunies dans un portfolio contenant les réflexions nécessaires
Orientation du programme	Processus pour les stages	Acquisition de résultats fondés sur les compétences à l'aide de stages et d'autres activités	Acquisition de résultats fondés sur les compétences
Rôles de l'enseignant	Supervision, enseignement	Supervision, enseignement, observation directe	Supervision, enseignement, observation directe
Rôles de l'apprenant	Service dans des stages; assister à des cours universitaires; étudier pour des examens	Prise en charge de l'apprentissage; déterminer le parcours de progression des compétences à l'aide des stages	Prise en charge de l'apprentissage; déterminer le parcours de progression des compétences à l'aide de toutes les activités d'apprentissage

2. Certains perçoivent la FMFC comme étant trop axée sur la formation visant un seuil minimal de compétences et non sur la promotion de l'excellence. Selon nous, la FMFC facilite le développement de l'excellence en établissant les cibles de compétence aux niveaux appropriés, définissant clairement les jalons pour chaque compétence. De plus, lorsqu'une compétence est acquise, la FMFC permet d'utiliser la durée comme une ressource dans la poursuite de l'excellence.

3. La FMFC présente des défis pour l'enseignement et le processus d'apprentissage, la mise en œuvre et l'évaluation. Pour les utilisateurs de la FMFC sur le terrain (enseignants, directeurs de programme, planificateurs de programme et apprenants), les enjeux concrets de la mise en œuvre peuvent être intimidants. Puisque les résidents jouent un double rôle en tant qu'apprenants et prestataires de services, le concept de « indépendant de la durée » de la FMFC pure pose problème. Premièrement, des interruptions de service importantes peuvent se produire si les résidents évoluent à différents rythmes dans le programme de résidence. Deuxièmement, le changement vers un processus « indépendant de la durée » exigerait des ressources énormes, et la mise sur pied d'un programme « indépendant de la durée » axé sur les compétences pour chaque programme de formation dans les facultés de médecine au pays n'est peut-être pas réaliste. Troisièmement, il est possible d'omettre des compétences cachées et de ne pas allouer le temps nécessaire aux résidents pour qu'ils forment leur identité professionnelle. Finalement, bien que les disciplines principalement procédurales puissent mieux convenir à la FMFC étant donné la plus grande facilité d'évaluation des interventions, il peut être plus difficile d'évaluer la progression d'une compétence pour les spécialités exigeant des diagnostics complexes. Pour ces raisons, nous croyons que l'adoption d'une approche fondée sur les compétences au sein d'un système axé sur la durée peut être plus appropriée pour une grande partie de la plupart des programmes de résidence.

4. La FMFC fait la promotion de l'auto-détermination pour le processus d'apprentissage, mais pas nécessairement pour la désignation ou la définition de compétences spécifiques. Ainsi, bien que les apprenants disposent de plus de liberté pour décider comment ils souhaitent apprendre dans un modèle de FMFC, il est possible qu'ils aient moins de liberté pour choisir ce qu'ils veulent apprendre puisque les compétences sont codifiées¹⁰. Afin de régler ce problème, les compétences et les jalons sélectionnés doivent être suffisamment souples pour répondre aux besoins futurs ou actuels des apprenants et de la société.

RECOMMANDATIONS

Les compétences ne constituent pas une longue liste d'objectifs d'apprentissage ou de tâches réductionnistes. Il s'agit plutôt d'une série de résultats ou d'aptitudes qui intègrent les connaissances, les compétences et les comportements dans la pratique pour un contexte précis. Le caractère prometteur de la FMFC repose sur l'importance accordée aux résultats et à la garantie d'acquisition des compétences des diplômés. Idéalement, les compétences et les jalons devraient démontrer une progression de l'acquisition de cette compétence tout au long du continuum de la formation médicale, soit de l'admission à la faculté de médecine jusqu'au développement professionnel continu.

Pour répondre aux critiques énoncées précédemment, les auteurs proposent les recommandations suivantes.

1. Que le Collège royal fasse la promotion d'une approche axée sur la FMFC pour la planification de programmes misant sur les résultats et comprenant des définitions claires de tous les domaines essentiels des compétences comprises, et ce, dans tout le continuum de formation.

- 2. Que le Collège royal mette en valeur les compétences en tant que cadre organisationnel pour que les éducateurs conçoivent des expériences d'apprentissage qui soulignent les aptitudes observables.
- 3. Que le Collège royal établisse un processus clairement défini pour présenter les compétences.

À ce jour cependant, les enseignants, les apprenants et les administrateurs de l'enseignement ne comprennent et n'acceptent pas complètement la FMFC. Le corps professoral, en particulier les concepteurs de programmes, devra être informé sur le concept et les principes de la FMFC. Le corps professoral doit être formé sur les aspects généraux de la FMFC, soit la planification de programmes, les méthodes d'enseignement et de supervision et, surtout, les stratégies d'évaluation.

- 4. Que le Collège royal facilite l'adoption d'une approche fondée sur les compétences pour la FMFC en adaptant les normes de certification et en fournissant un développement du corps professoral adéquat.
- 5. Que le Collège royal explore avec les doyens, les bailleurs de fonds et les éducateurs leurs points de vue sur la faisabilité de programmes de résidence hybrides intégrant la FMFC et réponde à toute préoccupation pouvant être soulevée.
- 6. Que le Collège royal rejette la notion de formation fondée sur les compétences comme antonyme de la formation axée sur la durée, et doit plutôt encourager la notion du temps comme étant une ressource à utiliser pour acquérir des compétences et atteindre l'excellence.

Les principaux défis logistiques et financiers pour concevoir et mettre en œuvre la FMFC à son état pur suggèrent que des versions hybrides pourraient être à la fois plus acceptables et réalisables.

- 7. Que le Collège royal fasse la promotion d'un modèle hybride de programmes de formation en résidence pour lesquels la mesure du succès ne repose pas sur la durée, mais plutôt sur le fait que les compétences sont acquises ou non. Ce modèle hybride mettrait l'accent sur une approche fondée sur les compétences au sein d'un système axé sur la durée.
- 8. Que le Collège royal promeuve un programme de formation dont les périodes de temps souples permettent d'augmenter les aptitudes de l'apprenant. Toutefois, des durées minimales et maximales doivent être imposées pour la progression.

L'évaluation des compétences doit changer puisque toutes les compétences devront être démontrées et observées dans le milieu de travail. Des occasions d'observation directe seront nécessaires, tout comme le développement de nouveaux outils d'évaluation formatifs et sommatifs (p. ex., fiches de rencontre, portfolios, rétroaction multisource) et de méthodes plus efficaces d'évaluation des facteurs qualitatifs.

- 9. Que le Collège royal collabore avec les doyens, les éducateurs et d'autres intervenants à la mise en œuvre d'outils d'évaluation fiables fondés sur les compétences, et mette sur pied un programme de perfectionnement du corps professoral connexe afin que ces outils soient utilisés adéquatement.
- 10. Que le Collège royal collabore avec les comités de spécialité en vue de mettre en place un dépôt pour les outils et les stratégies pédagogiques et de définir les compétences transversales pouvant être adaptées aux diverses spécialités.

REFERENCES

1. Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. 2010. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Medical Teacher*. **32** (8): 631-7.
2. Frank JR, Snell L, ten Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, Harris P, Glasgow NJ, Campbell C, Dath D, Harden RM, Iobst W, Long DM, Mungroo R, Richardson DL, Sherbino J, Silver I, Taber S, Talbot M, Harris KA. 2010. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher*. **32** (8): 638-45.
3. Holmboe E., Snell L. 2011. « Les principes de la formation fondée sur les compétences : mieux préparer les apprenants à la pratique » dans *Conception des programmes d'études : un guide CanMEDS pour les professions de la santé*, édité par Sherbino J. et Frank J. Ottawa : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
4. Frank, J.R. (Ed). 2005. *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
5. Frank JR, Danoff D. 2007. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher*. **29** (7): 642-7.
6. Le Collège des médecins de famille du Canada. 2009. *CanMEDS-Médecine familiale*. Dernière consultation le 19 février 2013 sur le site Web du CMFC : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%202009.pdf>.
7. Swing SR. 2007. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Medical Teacher*. **29** (7): 648-54.
8. Snell LS, Frank JR. 2010. Competencies, the tea bag model, and the end of time. *Medical Teacher*. **32** (8): 629-30.
9. Talbot M. 2004. Monkey see, monkey do: a critique of the competency model in graduate medical education. *Medical Education*. **38** (6): 587-92.
10. Hodges, BD. 2010. A tea-steeping or i-Doc model for medical education? *Academic Medicine*. **85** (9 Supp): S34-S44.
11. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. 2002. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Academic Medicine*. **77** (5): 361-7.



8. Évaluation



Auteurs

Graham Bullock, MD, FRCPC
Tim Allen, MD, MA (Ed), FRCPC
Jennifer Chapin
Gary Cole, PhD
Kenneth A. Harris, MD, FRCSC
Richard Hodder, MD, FRCPC
A. Curtis Lee, PhD
Jonathan Sherbino, MD, M.Ed., FRCPC
Chris Watling, MD, MMed., PhD, FRCPC
Jason R. Frank, MD, MA(Ed), FRCPC



Évaluation



Remerciements

Richard Hodder (1946 – 2012) a participé à la rédaction de ce livre blanc. Véritable force motrice de la formation médicale au Canada pendant de nombreuses années, il a fait valoir son approche avec cohérence et ténacité pour mieux préparer les médecins au Canada et à l'étranger. Les autres participants à l'élaboration de ce livre blanc soulignent son importante contribution.

RÉSUMÉ

Le présent document présente une vaste analyse des politiques et pratiques en matière d'évaluation, dans le contexte de la formation médicale postdoctorale au Canada. Notre but est de susciter une discussion, d'éclairer les décisions que le Collège royal doit prendre et d'accomplir un travail préparatoire en prévision de l'examen de l'évaluation de la formation médicale postdoctorale au Canada, afin qu'elle soit pratique et souple, qu'elle tienne compte des pratiques d'excellence actuelles et qu'elle soit en mesure de répondre aux besoins de la société en matière de santé au XXI^e siècle.

Le cadre canadien d'évaluation doit être modernisé afin de tenir compte des réalités du paysage actuel de la formation postdoctorale, y compris du fait que le système comporte maintenant plusieurs voies d'accès. Cette modernisation doit également s'appuyer sur le cadre CanMEDS, qui définit les différents rôles qu'un médecin compétent est appelé à jouer.

Cependant, le système qui en résultera en fin de compte doit être solide et savoir s'adapter, tout en maintenant les normes nationales élevées de certification au Canada. Le présent document postule qu'un cadre d'évaluation fondé sur la compétence offrirait l'étendue et la souplesse nécessaires, et poursuit en énonçant certains des principes généraux sur lesquels un tel cadre doit être établi.

INTRODUCTION

D'entrée de jeu, il faut reconnaître que la formation médicale est, de par sa nature, un continuum qui couvre la formation prédoctorale, la formation postdoctorale et le développement professionnel continu (DPC) des médecins en exercice. Par conséquent, la formation postdoctorale et l'évaluation ne peuvent être dissociées. Tout comme le but de la formation postdoctorale, marquée par l'examen national de certification, ne doit pas être considéré comme l'apogée de la compétence. Il faut plutôt le voir comme un point de repère dans le perfectionnement professionnel tout au long de la carrière. Par extension, toutes les observations et recommandations qui découlent du présent document ont des incidences directes et tangentielles sur l'étendue de la formation postdoctorale et de l'évaluation. En effet, on pourrait fort bien soutenir que tout nouveau système d'évaluation postdoctorale n'arrivera pas à réaliser son plein potentiel s'il est mis en œuvre de manière isolée.

La définition de la compétence qu'on exige d'un professionnel de la santé est bien davantage que la somme des connaissances et des aptitudes techniques d'un individu. Un certain succès a déjà été obtenu dans le cadre de l'élaboration du cadre de compétences CanMEDS¹, avec la définition des différents rôles qu'un médecin compétent est appelé à jouer. Il reste à relever le défi de trouver un cadre d'évaluation complémentaire, qui intègre les différentes valeurs inhérentes à CanMEDS et qui, en même temps, favorise l'évaluation véritable de la compétence, soutient les décisions en matière de promotion ou de certification et saisit l'essence d'une pratique clinique sous le signe de la compétence.

Dans la foulée des autres documents faisant partie de la présente publication, le présent texte reconnaît les principales forces et faiblesses du système existant d'évaluation postdoctorale et, ce faisant, il remet en question des pratiques qui sont dépassées ou inefficaces, et justifie et soutient celles qui donnent de bons résultats.

Bien qu'il soit impossible dans le contexte d'un examen sommaire de faire une revue exhaustive et détaillée des publications portant sur l'évaluation, nous avons répertorié des tendances évolutives et des méthodologies. Finalement, nous formulons des recommandations de changements, qui insistent sur l'adoption d'une politique d'évaluation plutôt que sur la mise en œuvre plus détaillée de méthodes précises d'évaluation. Plus précisément, l'adoption de programmes rigoureux d'évaluation, qui permettent de formuler des jugements d'ensemble fondés sur des données intégrées et regroupées (tant quantitatives que qualitatives) provenant de sources multiples et s'étendant sur des périodes longitudinales, permettra d'évaluer la compétence d'une manière plus valable que la simple utilisation d'un « nouvel » instrument d'évaluation. Inévitablement, la réussite ou l'échec reposera davantage sur notre capacité à favoriser une « culture de l'évaluation » au sein des programmes de résidence au Canada que sur une méthode ou une technologie en particulier.

CONTEXTE

Le système canadien de FMPD des spécialistes comprend plus de 600 programmes de formation dans 67 disciplines, gérés par les 17 facultés de médecine relevant du Collège royal. Au-delà du domaine des spécialistes, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) gère en parallèle des dizaines de programmes de formation en médecine familiale. Bien que le Collège royal assume de nombreux mandats, au premier rang se trouve l'engagement à veiller à ce que la formation postdoctorale et, implicitement, la compétence des médecins spécialistes canadiens, satisfassent aux normes les plus élevées, et ce, au bénéfice du public en général. Notre autonomie professionnelle repose sans aucun doute sur la capacité du Collège royal de faire la preuve de cette compétence, tant au chapitre de la certification que dans le cadre de l'exercice de la médecine.

Les programmes individuels de formation sont offerts en fonction d'objectifs communs de formation et de normes d'agrément supervisés par les comités de spécialité, les universités et le Collège royal. Il existe cependant passablement de variantes d'un site et d'une discipline à l'autre quant à la façon dont ces objectifs et ces normes sont appliqués, particulièrement en ce qui a trait à l'évaluation en cours de formation.

La fiche d'évaluation en cours de formation (FECF), exigée par le Collège royal et structurée de manière à tenir compte du cadre CanMEDS, constitue l'épine dorsale de tous les programmes du Collège royal. Bien qu'elle soit depuis longtemps acceptée comme le point de référence de l'évaluation en cours de formation, le déploiement opérationnel de la FECF comporte de sérieuses lacunes, car elle est rarement alimentée par des données fiables ou objectives, elle fait en sorte que les professeurs universitaires peuvent concentrer leur travail sur des champs restreints de rendement et elle est souvent rédigée longtemps après que l'expérience de formation ait pris fin². De plus, l'information que la FECF donne aux apprenants ne signifie pas grand-chose pour eux, car elle leur permet rarement de connaître leurs forces et leurs faiblesses, d'éclairer leur conceptualisation des compétences qu'ils acquièrent ou d'orienter leur apprentissage futur. Finalement, certains ont évoqué l'hypothèse que dans les faits, la structure de la FECF engendrerait chez les professeurs universitaires et les apprenants une image déformée des rôles CanMEDS, ce qui aurait pour effet de masquer leur nature intégrée et leur philosophie holistique³.

Bien que la plupart des programmes du Collège royal font effectivement appel à une forme quelconque d'examen structurés (écrits ou oraux) en cours de formation, l'évaluation est grandement axée sur le rôle d'expert médical⁴. En comparaison, une part relativement peu importante de l'évaluation est fondée sur une supervision bien documentée ou sur une observation de la pratique

clinique dans un véritable milieu de travail. Afin de combler les lacunes, les programmes utilisent fréquemment et de façon peu judicieuse des substituts de compétence (p. ex., on assimile la facilité démontrée de présenter des séances scientifiques à la capacité de communiquer efficacement avec les patients).

Les directeurs de programme du Canada sont tout à fait conscients de ces lacunes au chapitre de l'évaluation et ils ont exprimé le désir que soit adopté un cadre d'évaluation plus solide, pratique et, de préférence, de portée nationale⁵. Cependant, bien qu'ils soient des cliniciens et des enseignants tout à fait dévoués, la plupart des directeurs de programme n'ont ni le temps ni l'expertise pour pouvoir définir et concevoir de manière autonome les outils nécessaires.

Le Collège royal impose des exigences très normatives par l'entremise de ses normes d'agrément, mais il a relativement peu soutenu les initiatives pratiques nationales en matière d'évaluation en cours de formation; il a énoncé des lignes directrices⁶, mais offert peu de soutien concret en vue de les mettre en œuvre. Les ressources du Collège royal sont plutôt fortement axées sur la conception annuelle et l'évaluation psychométrique des examens finaux centralisés. Ces examens, bien qu'ils ne soient pas sans valeur, tout comme la plupart des évaluations en cours de formation, se concentrent principalement sur les niveaux inférieurs de la pyramide de Miller (c.-à-d. les connaissances et leur application théorique), plutôt que sur les compétences plus complexes qu'on exige d'un médecin en exercice. Depuis 1992, dans le but d'améliorer la validité et la fiabilité du contenu, les examens dans les spécialités du Collège royal ont adopté un format « global », dans lequel les composantes écrites et orales sont réunies et considérées comme un tout. Ces examens ont lieu à la fin de la formation, ils n'ont pas de valeur formative, ils offrent très peu d'indications qui permettraient aux candidats qui les échouent de corriger leurs lacunes et ils ne correspondent pas à la conception de la compétence en tant que continuum. Pire, en réorientant les efforts

des résidents en fin de formation vers les examens finaux, dont les enjeux sont importants, ces examens pourraient dans les faits avoir un effet négatif sur l'exposition des résidents à des compétences de niveau plus élevé et sur l'atteinte de ces compétences au cours de leur dernière année de formation. Finalement, il existe peu d'études qui comparent le rendement lors des examens de certification et les résultats de la pratique, et celles qui ont été réalisées ne démontrent, au mieux, que très peu de corrélations^{7,9}. Reconnaisant que le Collège royal a le mandat de maintenir les normes les plus élevées à l'égard des médecins spécialistes au Canada, il est impératif qu'une évaluation appropriée de la compétence à la fin de la formation soit conçue en vue de s'assurer que tous les spécialistes sont préparés à entreprendre de manière sécuritaire et compétente une pratique autonome.

Le Collège royal continue à peaufiner son programme de Maintien du certificat (MDC) à l'intention des Associés en exercice. Malgré le fait que ce programme permet aux Associés d'établir des objectifs d'apprentissage, de consigner des activités et de définir des résultats, seuls une petite minorité d'entre eux (13 pour cent en 2010) participe à la composante d'auto-évaluation (section 3)¹⁰. Considérant les limites de l'auto-évaluation et le faible pourcentage de participation volontaire, le processus actuel du MDC constitue, au mieux, un piètre substitut de l'évaluation continue de la compétence.

MOTEURS DE CHANGEMENT

À la lumière de son engagement à « améliorer la santé des Canadiens et les soins qui leur sont prodigués en jouant un rôle de premier plan dans la formation médicale, les normes professionnelles, la compétence des médecins et l'amélioration du système de santé »¹¹, il incombe au Collège royal de veiller à ce que ses politiques et programmes éducatifs soient le reflet des connaissances actuelles et des pratiques d'excellence en matière de formation.

Bien qu'ils aient réussi à réorienter les objectifs de formation et les normes d'agrément afin de tenir compte du cadre CanMEDS, les programmes de formation du Collège royal ont mis du temps à mettre en œuvre une structure parallèle solide permettant d'évaluer ces compétences diverses et, en définitive, intégrées. Une insistance compréhensible, mais souvent disproportionnée sur le rôle d'expert médical persiste, malgré la preuve qui démontre que les principaux déterminants de la compétence continue reposent davantage sur une vision holistique du cadre CanMEDS.

Bien qu'elles soient sans aucun doute primordiales, les exigences de la société en ce qui a trait à une plus grande responsabilisation eu égard à la compétence des spécialistes doivent être contrebalancées par la nécessité d'utiliser de façon efficiente le temps et les ressources allouées à la formation. Cela inclut implicitement le mandat de faire en sorte que l'évaluation soit continue et étendue, d'établir une référence de base en matière de compétence et de recenser en temps opportun toutes les lacunes des apprenants auxquelles il faut remédier. Une évolution vers un modèle fondé sur la compétence dans le domaine de la formation médicale est à la fois nécessaire et souhaitable, ce qui suppose l'existence d'une demande pour un système complémentaire d'évaluation fondée sur la compétence^{12, 13}.

Depuis les années 1990, les déficits en ressources médicales à l'échelle nationale se sont conjugués à une véritable mondialisation de la FMPD, ce qui a radicalement transformé le paysage de la certification des spécialistes au Canada. Contrairement au modèle du passé, qui était essentiellement linéaire et s'alimentait à une seule source, maintenant, les apprenants quittent notre système postdoctoral et y reviennent à différents moments du continuum, et souvent, ils apportent avec eux des qualifications provenant de l'extérieur du Canada. De plus en plus, les médecins spécialistes formés à l'extérieur du système canadien cherchent à faire valider leur formation

afin de décrocher un emploi. Les régies provinciales de la santé, qui cherchent à pourvoir des postes vacants, ajoutent leur propre effet de levier à ces demandes. Le Collège royal doit se pencher sur cette question, afin de s'assurer qu'il remplit son mandat d'établir les normes de la pratique spécialisée, sans égard à la voie d'accès.

Bien que l'objectif premier de l'évaluation de tout médecin spécialiste doit être de déterminer s'il est compétent à exercer la médecine, dans le cas des médecins formés à l'étranger, il est essentiel que les méthodes d'évaluation tiennent compte de l'inévitable diversité de connaissances, d'expériences, d'aptitudes, de langues et de valeurs culturelles. En tant qu'entité autonome, notre système d'examen finaux y arrive bien piètrement. Il demeure que le Collège royal est responsable, envers lui-même et envers la population canadienne, de moderniser son système d'évaluation, en veillant à ce que tout nouveau cadre fasse preuve de solidité et d'adaptabilité, tout en maintenant des normes élevées de certification.

SOLUTIONS POSSIBLES

Il incombe au Collège royal de voir à ce que le type, la portée, la fréquence et le moment de l'évaluation soient définis de manière à veiller à ce que chaque médecin certifié soit compétent. Un cadre d'évaluation fondée sur la compétence répond à cette exigence, peu importe le modèle de formation retenu (qu'il soit axé sur la durée ou sur la compétence ou hybride). Holmboe et ses collègues ont récemment examiné les caractéristiques du cadre d'évaluation fondée sur la compétence¹³. Voici quelques principes généraux sur lesquels un tel cadre doit reposer :

L'évaluation en cours de formation doit occuper un rôle de premier plan dans la détermination de la compétence.

- Alors que de multiples stratégies et paramètres ont été énoncés en vue d'évaluer chacun des rôles CanMEDS, le rendement en milieu de travail constitue l'apogée des

hiérarchies de rendement et, à ce titre, offre une validité et une pertinence considérables. Il est particulièrement difficile de véritablement évaluer, en dehors du milieu clinique, des rôles comme celui de professionnel ou de promoteur de la santé.

La compétence doit être définie de manière pragmatique et opérationnelle, et ce, pour toutes les situations.

- Bien que le cadre CanMEDS reflète clairement l'essence de la compétence, le défi le plus important demeure la mise en œuvre d'un cadre d'évaluation qui saisit la nature intégrée des rôles CanMEDS dans la pratique. Des systèmes comme les FEFF actuelles, qui répertorient ces rôles de façon isolée, risquent de perdre de leur validité aux yeux des apprenants et pourraient finalement équivaloir à moins que la somme de leurs parties. L'évaluation en cours de formation devrait, par conséquent, reposer sur un véritable travail clinique qui reflète l'importance des activités professionnelles et des étapes de développement de la spécialité en question. Les rôles CanMEDS inspirent de manière diversifiée des activités variées; cependant, au sein d'une spécialité, la gamme complète de ces rôles se reflétera dans la portée du travail professionnel accompli par les praticiens. Le défi consiste à faire en sorte que l'évaluation soit orientée, et non pas limitée, par CanMEDS. L'enracinement de l'évaluation dans le véritable travail clinique peut aider à maintenir cet équilibre précaire.

L'évaluation doit devenir plus sensible aux apprenants, plus axée sur eux et plus formative.

- L'évaluation formative, entièrement intégrée à tous les aspects de l'enseignement et de la supervision cliniques, devrait primer l'évaluation sommative. Pour ce faire, la rétroaction, la réflexion et l'auto-évaluation guidée sont essentielles. Des documents simples, mais efficaces seront une des clés de la réussite; la relative absence de ce genre de documentation constitue une des principales faiblesses de notre système et de nos pratiques à l'heure actuelle. Avec l'accroissement de la quantité et de la

qualité de l'information formative, nous allons assister à une diminution de la demande pour des méthodes sommatives et de notre dépendance à leur égard.

Il faut trouver des moyens efficaces de transmettre une rétroaction constructive et en temps opportun, et les intégrer dans le cadre.

- Le dépistage précoce des apprenants qui éprouvent des difficultés constitue autant un avantage qu'une responsabilité dans cette approche. Cela comprend implicitement l'exigence d'offrir des possibilités de remédier aux lacunes et de créer des mécanismes efficaces pour mettre fin à la formation après plusieurs tentatives infructueuses.

Les méthodologies d'évaluation doivent être améliorées et plus variées.

- Les méthodes doivent être choisies en vue de tenir compte des compétences retenues plutôt que l'inverse. De même, l'évaluation doit être décrite en fonction de ces compétences, et non par rapport aux outils utilisés. Bien qu'il puisse être utile de concevoir de nouveaux outils et de nouvelles méthodes d'évaluation, il serait peut-être plus important de trouver de meilleurs moyens de mettre en application les outils et méthodes existants en vue d'optimiser leur efficacité et leur sens.

Il faudrait idéalement incorporer de multiples observateurs ou points de vue.

- Cela pourrait inclure le point de vue des superviseurs, du personnel médical ou administratif, des autres apprenants, des patients et des familles. L'évaluation qui en résulterait serait plus pertinente, moins centrée sur le médecin et plus en harmonie avec les besoins de la société. Des évaluations dans des milieux de travail sélectionnés pourraient être réalisées « en coulisse », sans que les apprenants en soient informés, ce qui atténuerait l'effet Hawthorne tout en tenant compte d'autres aspects du rendement. Une évaluation valable et fiable de compétences complexes repose largement sur la présence de plusieurs observations du rendement,

qui sont indépendantes et faites par un grand nombre d’observateurs. Dans notre contexte clinique, il est plus facile d’y arriver lorsque les observations peuvent être brèves et simples. À l’avenir, nos décisions en matière de compétence reposeront beaucoup moins sur des évaluations occasionnelles hautement structurées et beaucoup plus sur des agrégats d’évaluations multiples, dans une multitude de contextes, par plusieurs observateurs et à différentes étapes dans différents milieux de travail. Cet agrégat devrait utiliser une méthode définie et être réalisé de manière régulière par une personne désignée ou (ce serait encore mieux) par un comité responsable de rendre des décisions concernant le progrès de l’apprenant.

Les méthodologies qualitatives et l’information narrative vont jouer un rôle beaucoup plus important dans l’évaluation.

- Les mesures quantitatives vont continuer à jouer un rôle essentiel dans l’évaluation de la compétence, cependant elles ne suffisent pas à elles seules à relever les défis à venir. Les conceptualisations modernes de la validité de l’évaluation vont maintenant au-delà de la simple description statistique de l’évaluation du rendement; elles permettent d’ étoffer et d’enrichir notre appréciation et notre compréhension des méthodes qualitatives¹⁴. Les données qualitatives et narratives conviennent souvent davantage à une véritable évaluation fondée sur la compétence; ce type d’évaluation a tendance à produire plus facilement des données utiles en milieu de travail. En outre, les données qualitatives et narratives se sont avérées mieux à même de prédire la compétence globale et à long terme que la plupart des données quantitatives disponibles. L’inclusion de ces données dans le cadre d’évaluation nécessitera que nous changions radicalement notre façon de penser nos activités d’évaluation et la façon de les réaliser et d’en faire rapport. La clé de la réussite résidera dans le maintien d’un équilibre entre les méthodes qualitatives et quantitatives, qui permettra aux unes et aux autres d’occuper une place utile et de se compléter.

Les examens centralisés ne devraient plus nécessairement avoir lieu à la fin de la formation.

- Considérant que le Collège royal a un mandat public (la responsabilité) d’assurer la compétence des médecins spécialistes qui répondent aux critères de qualification, il faut revoir le fait que ce mandat ne s’appuie que sur les examens en fin de formation pour ce faire. Les examens centralisés devraient faire partie de la stratégie globale d’évaluation et être mieux intégrés à la formation, plutôt que de tenter d’évaluer la compétence globale au moyen d’un examen final unique. Ces examens devraient porter sur ce qui peut être évalué dans un format centralisé et compléter les évaluations en cours de formation, plutôt que de répéter, remplacer ou compenser ces évaluations. Le cas échéant, des composantes des examens centralisés pourraient même avoir lieu de façon itérative en cours de formation.

La réussite, que ce soit lors des différentes étapes de la formation ou lors de la certification, doit être déterminée en fonction de la démonstration signifiante de l’accomplissement compétent de chacune des composantes requises.

- La réussite ne devrait plus être déterminée en fonction de rendements moyens ou combinés. On ne devrait pas pouvoir conclure à la réussite d’un apprenant qui obtient un piètre rendement dans un domaine de compétence essentiel tant qu’il n’a pas atteint et fait la preuve de sa compétence dans ce domaine.

COMMENT LES CHOIX SERONT-ILS FAITS ET QUELLES SERONT LEURS JUSTIFICATIONS?

Tout changement dans un système d’évaluation devra être justifié; il ne s’agit pas d’une simple question de validité et de fiabilité statistiques, bien que celles-ci soient évidemment très importantes. Notre compréhension

actuelle de la validité de l'évaluation (à laquelle la fiabilité peut être considérée comme un facteur contributif) va bien au-delà de ces paramètres traditionnels, pour y inclure des facteurs plus qualitatifs¹⁵.

Au moment de choisir une méthode d'évaluation, il est utile de prendre en compte l'indice d'utilité proposé par Van der Vleuten¹⁶. Il a répertorié cinq facteurs qui doivent être examinés :

1. **Validité (V)**
2. **Fiabilité (F)**
3. **Effet éducatif (sur l'apprentissage et les apprenants) (E)**
4. **Acceptabilité (par les apprenants, les évaluateurs, la société) (A)**
5. **Rentabilité (matériel et ressources humaines) (R)**

L'indice d'utilité (U) qui en résulte est décrit comme un produit, soit $U = V \times F \times E \times A \times R$, ce qui signifie qu'une faiblesse de l'une ou l'autre variable aura à elle seule une grande incidence sur l'utilité du système en entier. La prise en compte des éléments qui composent cet index peut éclairer notre processus décisionnel au moment d'établir des priorités en matière d'évaluation et de planification des besoins futurs.

LES MÉDECINS FORMÉS À L'ÉTRANGER

Les spécialistes et les apprenants formés à l'étranger doivent avoir accès à notre système d'évaluation de manière à ce qu'ils puissent demander la certification conformément aux normes nationales de compétence. Ces personnes doivent relever trois défis particuliers du point de vue de l'évaluation.

1. Plusieurs d'entre elles sont des praticiens expérimentés, qui exercent activement la médecine, mais qui n'ont pas suivi de formation depuis de nombreuses années. Ainsi, bien que ces personnes puissent être très compétentes pour exercer dans leur discipline ou spécialité, il se peut qu'elles aient de la difficulté à réussir nos examens centralisés actuels, qui ont lieu à la fin de la formation.
2. Un changement vers des examens centralisés qui auraient lieu de façon itérative ou qui seraient beaucoup plus intégrés à la formation postdoctorale pourrait constituer un défi au chapitre de l'accessibilité pour les médecins qui sont déjà en exercice.
3. Pour eux, il n'y aurait aucune évaluation utile en cours de formation. Cela deviendra encore plus problématique lorsque les évaluations en cours de formation joueront un rôle plus important dans les futurs processus de certification et de prise de décisions.

Il faut trouver des solutions à ces problèmes; cependant, ces solutions devront vraisemblablement s'appuyer, à tout le moins, sur ce qui suit :

1. Les occasions offertes de faire des évaluations répétées dans le contexte de la pratique clinique, afin d'obtenir une information fiable et valable sur les composantes fondamentales de la compétence.
2. La mise en œuvre obligatoire de solutions de rechange aux examens centralisés. Ces solutions de rechange permettront d'évaluer les compétences nécessaires en fonction d'une seule norme nationale, mais à l'aide de méthodes différentes et appropriées.

EXIGENCES DE BASE POUR RÉUSSIR LA MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de l'une ou l'autre ou de la totalité des initiatives précédentes exigera de la part du Collège

royal qu’il prenne des mesures particulières. Ces mesures pourraient inclure ce qui suit :

- Accorder moins d’importance au système d’examen finaux centralisés et réorienter les ressources qui lui sont accordées vers un système plus solide d’évaluation en cours de formation.
- Concevoir un cadre national commun d’évaluation, soutenu par le Collège royal, adapté aux programmes particuliers de formation et diffusé au sein de ces programmes par l’entremise du réseau existant de comités de spécialité. Les stratégies d’évaluation pour chaque spécialité ou programme exigeront une planification réfléchie et individualisée, ainsi qu’un important soutien.
- Mettre sur pied et soutenir un réseau, dirigé par le Collège royal, réunissant des experts en enseignement et en évaluation, qui agissent à titre de personnes-ressources pour les comités de spécialité et les programmes individuels et qui orientent le choix, l’adaptation et la mise en œuvre de modalités précises d’évaluation au sein du nouveau cadre.
- Concevoir et appuyer un portfolio en ligne pratique dans lequel les expériences et les composantes de l’évaluation de chaque apprenant pourraient être documentées. Ce portfolio comprendrait les évaluations formative et sommative, sur lesquelles s’appuierait un processus décisionnel valide eu égard à la promotion ou à la certification de l’apprenant. Idéalement, le format choisi s’intégrerait bien avec un portfolio utilisé pendant la formation prédoctorale et en milieu de pratique, ce qui rendrait possible une plus grande continuité du perfectionnement personnel/professionnel tout au long de la carrière d’une personne.
- Mettre moins l’accent sur le système actuel des FEFF en tant que point de référence en matière de promotion, ou le remplacer, au profit de rapports d’étape périodiques constitués par l’entremise du portfolio cumulatif de l’apprenant.

- Établir une collaboration étroite et officielle entre les organismes nationaux d’évaluation (le Collège royal, le CMFC, le Collège des médecins du Québec et le Conseil médical du Canada) et les associations de médecins résidents; cette collaboration sera essentielle à la satisfaction des besoins en matière d’évaluation et de certification des médecins en exercice, formés à l’étranger.

OBSTACLES AU CHANGEMENT

La FMPD canadienne est un réseau complexe, supervisé par trois collèges et offert dans le cadre de centaines de programmes individuels à l’échelle du pays. Chacun de ces programmes comporte ses propres circonstances, défis et ressources en particulier. Par conséquent, la mise en œuvre d’importants changements systémiques exigera la tenue d’une vaste consultation, demandera d’importantes ressources et aura tendance à se déployer lentement. Et si ces changements ont également une incidence sur la formation prédoctorale ou sur le développement professionnel continu (DPC), ou s’ils tentent de s’y intégrer, cela augmentera considérablement la complexité du processus. Autrement, si on se limite au domaine de la FMPD, les changements importants apportés au modèle d’évaluation devront être soutenus non seulement par le Collège royal, mais également par le CMFC, les facultés de médecine, les comités de spécialité et les programmes.

Grâce à de meilleures normes d’agrément et quelques initiatives éducatives limitées, le Collège royal a décelé la nécessité de mettre en œuvre une évaluation en cours de formation plus diversifiée et plus solide au sein des programmes de formation; cependant, relativement peu de mesures ont été prises pour soutenir cette mise en œuvre. Entre-temps, les comités de programme de résidence (CPR) en sont arrivés à comprendre la nécessité d’améliorer l’évaluation en cours de formation, mais ils n’ont pas les ressources ou l’expertise pour intervenir efficacement. Cela s’explique entre autres par le fait que

le soutien de la part des universités et la reconnaissance de l'enseignement continuent d'être à la traîne par rapport à ce qui est consacré à la recherche ou aux soins cliniques. Dans plusieurs cas, on observe une absence de mesures incitatives en vue de recruter et embaucher des professeurs expérimentés et de les retenir. Par conséquent, la plupart des directeurs de programme et des CPR n'ont pas les ressources nécessaires, que ce soit sous forme de temps ou d'expertise, pour pouvoir mettre en œuvre de manière autonome des changements importants à la philosophie ou à la méthodologie de l'évaluation. La réussite dépendra de la capacité des universités, des hôpitaux universitaires et des programmes de formation d'adopter une culture dans laquelle l'évaluation des apprenants est un système intégré, auquel sont consacrés les ressources nécessaires et un laps de temps approprié, et qui est reconnu sur le plan professionnel.

Tout cadre d'évaluation doit prendre en compte le double rôle que jouent les résidents canadiens en tant qu'apprenants et fournisseurs de services, et reconnaître et respecter les objectifs primordiaux que sont les services publics et la sécurité des patients, inhérents à ce modèle. Plus qu'à tout autre moment de l'histoire, les heures de travail des résidents et leurs effets sur la formation sont scrutés à la loupe.

Bien que les contraintes de temps, toujours en évolution, ne constituent pas, dans les faits, un obstacle au changement, le défi consistera à trouver des processus efficaces et intégrés d'évaluation en cours de formation, tout en consolidant nos définitions de la compétence. De leur côté, les organismes et programmes de financement devront trouver des façons souples de traiter avec les résidents qui n'ont pas encore atteint la compétence nécessaire à une pratique autonome selon l'échéancier prescrit.

Dans les faits, la méthodologie d'évaluation pourrait constituer l'obstacle le moins important au changement. Il existe déjà des méthodes appropriées permettant

d'évaluer pratiquement tous les aspects de la compétence médicale, et certains programmes de formation en résidence au Canada jouent un rôle de chef de file tant eu égard à la conception qu'à l'application de ces méthodes. Cependant, les habitudes et les méthodes existantes demeurent profondément ancrées dans l'esprit de la plupart des gens, y compris la philosophie problématique selon laquelle le rôle d'expert médical constitue le seul objectif valable de l'évaluation des apprenants. Outre le fait qu'elles manquent de portée, la plupart des méthodes d'évaluation actuellement utilisées ne tiennent pas suffisamment compte des distinctions nécessaires, n'ont pas de structure suffisamment valable pour l'intégration en tant que programme ou sont appliquées trop tardivement au cours de la formation pour permettre de véritablement remédier aux lacunes des apprenants. Une minorité de professeurs universitaires et d'apprenants ont déjà expérimenté ou sont à l'aise avec les méthodologies d'évaluation de pointe. Pour opérer des changements, il est clair qu'il faudrait un réseau de soutien étendu en matière de perfectionnement du corps professoral, ainsi que des programmes d'orientation à l'intention des apprenants.

En matière de formation postdoctorale (et peut-être de DPC), le Collège royal est bien placé pour orienter l'élaboration d'un cadre global d'évaluation et pour soutenir, selon une hiérarchie du haut vers le bas, la détermination, l'adaptation et le soutien des composantes des méthodologies. Idéalement, on pourrait envisager la mise sur pied d'un réseau d'experts dans le domaine de la formation, financé par le Collège royal et chargé de concevoir le système. Ces experts collaboreraient également avec d'autres organismes, et ce, de la façon suivante : avec les comités de spécialité/surspécialité, en vue de choisir et d'adapter les outils particuliers d'évaluation; avec les universités, en vue de soutenir le perfectionnement du corps professoral; et avec chaque programme, en vue de mettre en œuvre le système.

AVANTAGES POTENTIELS

Voici quelques-uns des avantages potentiels qui découleraient de l'élaboration d'un cadre global d'évaluation :

- des normes plus élevées en matière de services publics et de sécurité des patients, grâce à une compétence professionnelle assurée et continue, définie de la manière la plus large possible;
- une meilleure adéquation entre la formation des médecins et la satisfaction des besoins de la société, ainsi qu'une utilisation plus efficace des ressources en vue d'atteindre cet objectif;
- une meilleure intégration longitudinale de l'évaluation, de la compétence documentée et du DPC, de la formation prédoctorale jusqu'à la formation postdoctorale et la pratique;
- un dépistage plus précis et en temps opportun des apprenants qui éprouvent des difficultés, en vue de pouvoir mieux remédier à leurs lacunes.

CONCLUSIONS

La redéfinition du cadre d'évaluation des programmes de formation postdoctorale au Canada représente une tâche difficile, mais elle est nécessaire. L'intégration d'idées modernes et plus holistiques dans la véritable nature de la compétence, conjuguée à un modèle évolutif de la formation médicale et une insistance justifiée sur la sécurité des patients, exige un important changement dans notre approche de l'évaluation. Les récentes avancées de notre compréhension de la validité d'une évaluation, y compris du rôle des méthodes qualitatives, vont nous aider à réorienter nos priorités en fonction d'une évaluation en

cours de formation qui soit authentique, continue et plus formative, et qui s'éloigne des examens finaux portant sur les connaissances. Bien que la plupart des outils et stratégies nécessaires en matière d'évaluation existent déjà et sont faciles à adapter, la nature dispersée et hétérogène des programmes de formation postdoctorale canadiens va exiger un effort concerté de la part des universités et des organismes de réglementation/certification, y compris du Collège royal. Les éléments clés de la réalisation des changements résident dans un engagement ferme à y investir les ressources nécessaires et dans la reconnaissance de la valeur de l'enseignement et d'une évaluation pertinente.

RECOMMANDATIONS

1. Le Collège royal devrait allouer d'importantes ressources à l'amélioration des ressources centralisées et partagées affectées à l'évaluation en cours de formation. De plus, pour atteindre l'objectif de la compétence par conception, il est essentiel de soutenir des plateformes technologiques pour la formation individualisée, de remédier aux lacunes des apprenants et de comparer les programmes.
2. Le Collège royal devrait recruter des experts dans le domaine de la formation et de l'évaluation afin de mettre sur pied et de soutenir un réseau national qui serait chargé de concevoir un cadre d'évaluation postdoctorale exhaustif et pratique. Ce cadre comprendrait un ensemble de méthodologies d'évaluation adaptées à chaque spécialité, ainsi qu'un système reposant sur un portfolio qui réunirait la documentation individuelle et qui servirait, en fin de compte, à la délivrance de titres.
3. Le Collège royal devrait réexaminer la nature de ses examens de certification et le moment où ils ont lieu, et particulièrement leur effet sur l'apprentissage et la correction des lacunes.

4. Le Collège royal devrait explorer des pistes en vue de mieux intégrer la formation prédoctorale, la formation postdoctorale et le développement professionnel continu (DPC), tant au chapitre de la formation que de l'évaluation. À cette fin, le Collège royal devrait lancer un processus de consultation et de discussion auprès des divers intervenants, notamment le CMFC et les universités.

5. Tout nouveau modèle/cadre d'évaluation devrait être pertinent et suffisamment souple pour s'adapter aux situations uniques dans lesquelles se trouvent les médecins formés à l'étranger et les spécialistes en exercice et qui ne sont pas certifiés; ce modèle/cadre devrait en outre offrir la possibilité d'obtenir la certification en empruntant un cheminement qui est juste et qui respecte la norme unique et élevée établie par le Collège royal.

REFERENCES

1. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2005. *Cadre de compétences CanMEDS pour les médecins*. Dernière consultation : 19 mars 2013, sur le site du Collège royal : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework>.
2. Williams RG, Dunnington GL, Klamen DL. 2005. Forecasting residents' performance – partly cloudy. *Academic Medicine*. **80** (5): 415-22.
3. Zibrowski EM, Singh SI, Goldszmidt MA, Watling CJ, Kenyon CF, Schulz V, Maddocks HL, Kingard L. 2009. The sum of the parts detracts from the intended whole: competencies and in-training assessments. *Medical Education*. **43** (8): 741-8.
4. Chou S, Lockyer J, Cole G, McLaughlin K. 2009. Assessing postgraduate trainees in Canada: are we achieving a diversity of methods? *Medical Teacher*. **31** (2): e58-e63.
5. Chou S, Cole G, McLaughlin K, Lockyer J. 2008. CanMEDS evaluation in Canadian postgraduate training programmes: tools used and programme director satisfaction. *Medical Education*. **42** (9): 879-86.
6. Bandiera G, Sherbino J et Frank J. (rédacteurs). 2006. *Le guide des outils d'évaluation : Introduction aux méthodes d'évaluation des compétences CanMEDS*. Ottawa, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
7. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, Smee S, Blackmore D, Winslade N, Girard N, DuBerger R, Bartman I, Buckeridge DL, Hanley JA. 2007. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *The Journal of the American Medical Association*. **298** (9): 993-1001.
8. Hamdy H, Prasad K, Anderson MB, Scherpbier A, Williams R, Zwierstra P, Cuddihy H. 2006. BEME systematic review: predictive values of measurements obtained in medical schools and future performance in medical practice. *Medical Teacher*. **28** (2): 103-16.
9. Norcini J, Lipner RS, Kimball HR. 2002. Certifying examination performance and patient outcomes following acute myocardial infarction. *Medical Education*. **36** (9): 853-9.
10. Dernière consultation : 3 avril 2013, sur le site du Collège royal : http://www.collegeroyal.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/moc_program/statistics2010/overall_participation_2010_f.pdf.
11. Dernière consultation : 19 mars 2013, sur le site du Collège royal : www.collegeroyal.ca/portal/page/portal/rc/about.
12. Iobst WF, Sherbino J, ten Cate OT, Richardson DL, Dath D, Swing SR, Harris P, Mungroo R, Holmboe ES, Frank JR. 2010. Competency-based medical education in postgraduate medical education. *Medical Teacher*. **32** (8): 651-6.
13. Holmboe ES, Sherbino J, Long DM, Swing SR, Frank JR. 2010. The role of assessment in competency-based medical education. *Medical Teacher*. **32** (8): 676-80.
14. Kane MT. 1992. An argument-based approach to validity. *Psychological Bulletin*. **112** (3): 527-35.
15. Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier R, Galbraith R, Hays R, Kent A, Perrott V, Roberts T. 2011. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Medical Teacher*. **33** (3): 206-14.
16. Van der Vleuten, CPM. 1996. The Assessment of Professional Competence: Developments, Research and Practical Implications. *Advances in Health Sciences Education*. **1**: 41-67.



9. Le perfectionnement du corps professoral repensé



Auteurs

Jonathan Sherbino, MD, M.Ed., FRCPC
Lara Cooke, MD, M.Sc., M.Ed., FRCPC
Denyse Richardson, MD, FRCPC
Linda Snell, MD, MHPE, FRCPC, FACP
Cynthia Abbott, MPI
Deepak Dath, MD, FRCSC
Kristin Sivertz, MD, FRCPC
John Steeves, M.Ed., MD, B.Sc., FRCSC
Kenneth A. Harris, MD, FRCSC



Le perfectionnement du corps professoral repensé

Les auteurs sont reconnaissants à Allyn Walsh, CCMF, de l'Université McMaster, à Karen Leslie, FRCPC, de l'Université de Toronto et à Gisele Bourgeois-Law, FRCSC, de l'Université de la Colombie-Britannique pour leurs critiques judicieuses de ce manuscrit.



Remerciements

Kristin Sivertz (1951-2011) a participé à la rédaction de ce livre blanc. Véritable force motrice de la formation médicale postdoctorale au Canada pendant de nombreuses années, elle a cumulé ses fonctions de clinicienne active et de membre du corps professoral, et a toujours plaidé en faveur de l'amélioration du système de soins de santé dans l'ensemble de ses travaux. Les autres participants à l'élaboration de ce livre blanc soulignent son importante contribution.

SOMMAIRE

La formation médicale postdoctorale subit des changements. Le perfectionnement professoral sera l'un des facteurs essentiels de réponse aux besoins d'un milieu d'éducation en évolution qui inclut la formation fondée sur les compétences et l'apprentissage décentralisé. Le présent document de politique propose une nouvelle conceptualisation du développement professionnel — défini par le cadre CanMEDS et CanMEDS-médecine familiale (CanMEDS-MF) — qui intègre directement le perfectionnement du corps professoral. Cette proposition exige que tous les médecins acquièrent et maintiennent (au moyen des activités traditionnelles et émergentes de perfectionnement professoral) les compétences pertinentes à leur milieu d'éducation et adaptées à leur pratique clinique. On suggère également des possibilités pour le Collège royal d'influencer les changements proposés.

INTRODUCTION

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est un chef de file dans les initiatives de changement portant sur l'offre de la formation médicale postdoctorale (FMPD) au Canada. La mise en place d'un cadre de compétences (CanMEDS et CanMEDS-médecine familiale [CanMEDS-MF]) se répercute dans tout le continuum de l'éducation médicale¹. Le contrat social entre la profession médicale et la population en général échange l'autonomie professionnelle pour la garantie de l'accès à des médecins compétents au service du bien public².

L'instauration du cadre CanMEDS/CanMEDS-MF a précisé davantage la définition des compétences des médecins. On s'attend maintenant à ce que tous les médecins au Canada

s'acquittent avec compétence des sept rôles du cadre, soit celui d'expert médical, de communicateur, de collaborateur, de gestionnaire, de promoteur de la santé, d'érudit et de professionnel. Il s'agit d'un défi de taille, particulièrement pour les médecins dont l'accès à des ressources propres à les aider à maintenir ou à développer davantage ces compétences serait limité. Le cadre CanMEDS/CanMEDS-MF constitue également un instrument pour l'élaboration des objectifs d'apprentissage de la formation des résidents dans un contexte où le processus éducatif (incluant les rôles des enseignants de première ligne, des éducateurs, des directeurs de programme, etc.) demeure le défi permanent des facultés de médecine.

Le système de FMPD a fait l'objet de changements considérables au cours des 20 dernières années. Traditionnellement, la formation des résidents était dispensée de façon centralisée dans des centres universitaires précis. De nos jours, les résidents peuvent recevoir une partie de leur formation à l'extérieur des hôpitaux universitaires de soins tertiaires. Cette tendance vers un modèle décentralisé de formation signale l'existence d'un bassin étendu de médecins responsables de la FMPD. Nous prévoyons que cette tendance se maintiendra et qu'elle pourrait même s'accélérer dans l'avenir.

La prestation d'une FMPD de qualité comporte de soutenir un groupe plus vaste de médecins et de leur faire acquérir une myriade de compétences. Les modèles antérieurs de perfectionnement du corps professoral se concentraient presque exclusivement sur le rôle d'enseignant du membre du corps professoral d'une université. Cependant, vu la complexité de la FMPD qui est maintenant offerte selon le modèle traditionnel (p. ex., dans des hôpitaux de soins tertiaires) et de nouveaux modèles (p. ex., dans des milieux décentralisés ou répartis), il est opportun d'envisager d'élargir notre vision du rôle essentiel du perfectionnement professoral. Tous les médecins en exercice rencontrent de nombreuses occasions, ou de temps en temps à tout le moins, d'assumer un rôle d'enseignement, que ce soit envers un résident dans un milieu rural ou à l'égard

d'un autre professionnel de la santé dans un hôpital communautaire. En outre, les médecins doivent maintenir et rehausser leurs compétences dans les autres rôles (p. ex., ceux de communicateur, de collaborateur, de gestionnaire et de professionnel) qui sont partie intégrante du processus éducatif.

Le présent document de politique propose que le Collège royal fasse la promotion du perfectionnement professoral en tant que composante importante du développement professionnel pour soutenir l'adaptation aux réalités de l'évolution du système de FMPD.

Nous proposons une redéfinition globale du concept de développement professionnel. Les principaux éléments de la nouvelle conceptualisation se définissent comme suit :

- Le perfectionnement professoral doit être considéré comme ayant une importance égale à celle des autres formes de développement professionnel se rapportant à des disciplines particulières (p. ex., la formation médicale continue traditionnelle mettant l'accent sur les compétences de l'expert médical).
- Le développement professionnel devrait être défini d'après le cadre CanMEDS/ CanMEDS-MF et devrait inclure tous les rôles, englobant les initiatives traditionnelles et les importantes activités émergentes de perfectionnement professoral.
- Tous les médecins en exercice devraient se soumettre à l'exigence, par l'intermédiaire des programmes de Maintien du certificat, de participer aux activités de développement professionnel visant tous les rôles CanMEDS pertinents au profil de leur pratique (y compris aux initiatives de perfectionnement professoral).

PORTÉE DU PRÉSENT DOCUMENT

En premier lieu, nous reconnaissons que les présentes recommandations entraîneront des répercussions dans l'ensemble du continuum de l'éducation médicale (à partir de la formation médicale prédoctorale jusqu'au stade de l'exercice de la profession). Deuxièmement, ce document se penche sur les responsabilités pédagogiques (et les besoins) de tous les médecins en exercice, au lieu de viser ces responsabilités chez les seuls médecins enseignant dans les milieux universitaires traditionnels. Enfin, ce document devrait être considéré comme abordant un thème propice à l'avancement au sein de la série; l'impact d'un programme restructuré de développement professionnel soutiendra les recommandations des autres documents et rendra possible leur concrétisation.

CONTEXTE

Le perfectionnement professoral se définit de plus d'une façon. Il désigne habituellement la « préparation [des membres du corps professoral universitaire] à l'enseignement³ ». Dans de nombreux établissements, cela comprend une variété d'ateliers, de séminaires et, à l'occasion, des programmes longitudinaux ou de certification axés sur des stratégies d'enseignement ou d'apprentissage^{3,4}. Cependant, Steinert et coll.⁵, qui ont réalisé un examen des initiatives de perfectionnement professoral en 2006, affirment que la définition du perfectionnement professoral peut dépasser la simple formation sur les compétences pédagogiques. Le perfectionnement professoral englobe d'autres éléments de compétence exigés des médecins dans l'exercice de leur profession, dont l'enseignement, l'administration, le leadership et l'érudition⁶. Le présent document soutient une conceptualisation plus étendue du perfectionnement professoral et une exigence plus généralisée d'engagement des médecins envers le perfectionnement professoral.

L'adoption de cette perspective plus large nous permet de nous éloigner de la vision traditionnelle de la « formation des enseignants » destinée aux médecins membres du corps professoral d'établissements d'enseignement supérieur pour rendre le perfectionnement professoral pertinent pour tous les médecins, quel que soit leur domaine de pratique. Si tous les médecins (plutôt qu'une cohorte prédéterminée) ont accès aux initiatives de perfectionnement professoral, cela peut générer des impacts plus importants sur les soins aux patients⁷, la gestion de la pratique personnelle, l'éducation en matière de soins interprofessionnels et la formation clinique traditionnelle.

ÉTAT ACTUEL DE LA SITUATION AU CANADA

Les lignes directrices actuelles en matière d'agrément énoncées par le Liaison Committee on Medical Education (LCME), le Collège royal, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège des médecins du Québec exigent que les programmes de perfectionnement professoral soient offerts à tous les membres du corps professoral de chaque faculté de médecine au Canada. Ces normes générales relatives à l'agrément requièrent qu'il y ait des ressources adéquates pour dispenser un enseignement approprié et effectuer une évaluation adéquate des apprenants, tel que défini dans les directives éducatives du LCME et du cadre CanMEDS/CanMEDS-MF.

En 2012, les 17 facultés de médecine disposaient d'un bureau ou d'un centre de l'éducation permanente, tandis que seulement 13 d'entre elles avaient établi un bureau ou un centre distinct consacré au perfectionnement professoral. Les 17 bureaux ou centres de l'éducation permanente étaient dirigés par 12 doyens associés et quatre vice-doyens; les bureaux et centres de perfectionnement professoral étaient quant à eux dirigés par six doyens associés et trois vice-doyens (la direction des autres bureaux et centres relevait d'un échelon hiérarchique inférieur au décanat). Les

facultés de médecine offrent un soutien à leurs professeurs par le truchement du financement des déplacements pour assister à des conférences, de charges de cours allégées pour les enseignants juniors, de programmes d'orientation à l'égard des objectifs institutionnels, et d'ateliers sur les compétences pédagogiques, le cadre de compétences CanMEDS/CanMEDS-MF, ainsi que sur les compétences en leadership et gestion, en recherche et en leadership/administration^{8,9}. Cependant, l'évaluation du rendement des enseignants constitue un domaine qui ne reçoit pas toute l'attention voulue dans nombre de facultés de médecine au Canada.

Les données du sondage mené en 2008 auprès des directeurs de programme de résidence sur la mise en œuvre du cadre CanMEDS par le Collège royal signalaient que les rôles de promoteur de la santé, de collaborateur et de gestionnaire étaient les plus difficiles à enseigner et à évaluer dans la FMPD¹⁰. Les obstacles à cet égard comprenaient les éléments suivants : les limites relatives à la charge de travail et au temps dont disposent les professeurs, à l'engagement des enseignants et à l'expertise pédagogique, ainsi que le manque de matériel pédagogique¹¹. Les tendances relevées en 2011 dans les activités de Maintien du certificat laissent entendre que les rôles susmentionnés sont sous-représentés. Moins du tiers des 130 000 activités d'apprentissage codées volontairement par les médecins participants avaient trait au rôle de promoteur de la santé (30 pour cent), de collaborateur (33 pour cent) et de gestionnaire (23 pour cent)¹². (Les activités d'apprentissage pouvaient être codées pour des rôles CanMEDS multiples. En comparaison, 68 pour cent des activités d'apprentissage portaient sur le rôle de l'expert médical.) Ces sources de données suggéreraient que les activités d'apprentissage des médecins en exercice ne sont pas harmonisées avec les besoins en matière de FMPD.

Le Collège royal n'a pas toujours été un chef de file en ce qui concerne les activités traditionnelles de perfectionnement professoral. Il a toutefois accordé, au cours des cinq dernières années, une attention croissante aux initiatives de perfectionnement professoral visant à répondre aux besoins

des éducateurs médicaux de niveau postdoctoral. Parmi les exemples de ce type d'activités figurent :

- le programme de formation des formateurs CanMEDS : huit programmes comptant 380 participants;
- les jurys d'examen : 35 ateliers modulaires de base en 10 ans, de même que de nombreuses séances spéciales tenues durant les réunions de conception des examens;
- les ateliers annuels pour les présidents des comités de spécialité sur des thèmes pédagogiques fondamentaux;
- la Conférence internationale sur la formation des résidents tenue chaque année, comptant plus de 5800 participants.

Outre les facultés de médecine, les autres intervenants clés en matière d'activités éducatives destinées aux médecins en exercice comprennent notamment les départements universitaires individuels, les hôpitaux et les services au sein des hôpitaux, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association canadienne pour l'éducation médicale, l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), l'Association canadienne de protection médicale, l'Association médicale canadienne et les associations nationales de spécialistes.

DÉFIS ACTUELS ET CATALYSEURS DE CHANGEMENT

Définition

Le premier défi consiste à définir le « perfectionnement professoral ». Ce terme engendre la perception erronée que le développement professionnel est destiné aux seuls

médecins membres du corps professoral dans un milieu universitaire.

Conception

La portée et la philosophie du perfectionnement professoral ainsi que le soutien envers celui-ci varient d'un établissement à l'autre et couvrent tant les compétences pédagogiques que les aptitudes en recherche, en administration et en leadership. En outre, les médecins de ces établissements ont individuellement des besoins divers précis en matière d'éducation en fonction de leurs expériences antérieures et des milieux cliniques et universitaires au sein desquels ils évoluent. Les établissements eux-mêmes utilisent des approches différentes pour déterminer les besoins éducatifs individuels des membres du corps professoral. Considérée dans son ensemble, cette réalité crée des défis en ce qui concerne la mise en œuvre d'initiatives efficaces et personnalisées de perfectionnement professoral.

De plus, il est difficile d'évaluer le rendement des médecins dans les divers domaines de perfectionnement professoral (p. ex., l'enseignement, le leadership, la recherche, le mentorat). S'ajoute à cela le fait que les milieux éducatifs ont recours à des méthodes différentes d'évaluation des enseignants, si même elles y procèdent. Qui plus est, seul un petit nombre d'universités rendent le perfectionnement professoral obligatoire, même pour les enseignants qui en ont manifestement besoin (c.-à-d. qui nécessitent une remédiation).

Accès

L'accès à des activités de perfectionnement professoral varie d'un établissement à l'autre au pays. Cela s'avère pour diverses raisons. Il existe un nombre limité de mentors et d'éducateurs médicaux aptes à favoriser l'excellence dans tous les domaines du perfectionnement professoral. Ce nombre est encore plus restreint en ce qui concerne les médecins expérimentés qui nécessitent un niveau plus avancé de perfectionnement et de mentorat.

De même, seules quelques universités offrent une formation longitudinale menant à une certification ou des programmes des cycles supérieurs.

L'éducation médicale répartie (ou décentralisée) présente également des défis aux médecins travaillant dans des milieux éloignés de leur faculté de médecine d'origine où les activités de perfectionnement professoral sont habituellement centralisées.

Un autre défi lié à l'accès réside dans le fait que les concepteurs d'activités de perfectionnement professoral de première ligne sont isolés au pays. L'AFMC apporte son soutien à un comité des doyens et directeurs du perfectionnement du corps professoral, mais un grand nombre de concepteurs d'activités de perfectionnement professoral de première ligne ne participent pas à ce comité. En outre, les programmes de perfectionnement professoral existants ne font généralement pas l'objet d'une promotion à grande échelle hors des centres où ils sont offerts; l'accès y est donc limité et représente alors des occasions manquées de générer un plus grand impact. Cet isolement signifie que les concepteurs d'activités de perfectionnement professoral réinventent continuellement la roue pour répondre aux besoins dans leur localité.

Ressources

Il existe peu de facteurs incitant les médecins en exercice à rechercher activement des initiatives de perfectionnement professoral. En fait, on rencontre souvent des facteurs dissuasifs, dont les suivants :

- Les participants doivent investir du temps et des ressources considérables pour accéder aux possibilités de perfectionnement professoral offertes actuellement.
- Peu d'universités réservent des périodes protégées afin que les enseignants

puissent participer à des activités de perfectionnement professoral.

- Les activités de perfectionnement professoral ne sont généralement pas soutenues par les organismes subventionnaires provinciaux, dont un grand nombre ont une vision étroite de financement axée uniquement sur les apprenants (plutôt que sur les enseignants).
- Le perfectionnement professoral ne reçoit qu'une faible reconnaissance de la part des universités et des institutions communautaires.

Dans un grand nombre d'établissements, les bureaux de l'éducation permanente (formation médicale continue et développement professionnel continu) et du perfectionnement professoral sont financés de manière différente. Cela peut engendrer une concurrence pour les ressources ou produire des différences dans la perception de la valeur des offres proposées par ces unités respectives.

Enfin, les participants aux programmes d'éducation permanente doivent habituellement payer des droits d'inscription (utilisés pour soutenir les programmes et l'infrastructure administrative); à l'opposé, les programmes de perfectionnement professoral sont généralement offerts gratuitement et mobilisent donc des ressources considérables, tant en ce qui concerne les programmes que l'infrastructure administrative. Ces disparités d'ordre financier peuvent entraîner des répercussions négatives sur le mandat et les programmes éducatifs si les deux bureaux sont fusionnés de façon inadéquate.

RECOMMANDATIONS

Le défi de rendre le perfectionnement professoral attrayant et accessible à tous les médecins peut s'avérer un obstacle important dans la mise en œuvre à grande échelle des innovations en matière d'éducation en général, et des recommandations formulées dans ce livre électronique en particulier. Reconnaisant ce fait, nous proposons les recommandations suivantes pour soutenir les médecins en exercice.

1. Le Collège royal devrait adopter à l'interne une définition plus étendue du développement professionnel et devrait considérer le perfectionnement professoral comme une composante fondamentale du maintien et de l'amélioration continue de la compétence de tous les médecins en exercice.

L'adoption d'une définition plus étendue assurerait l'harmonisation de la profession médicale avec les autres professions de la santé en particulier, et avec d'autres professions de manière plus générale. La promotion du perfectionnement professoral pour tous les médecins, qu'ils occupent ou non un poste universitaire, répondrait à une partie des besoins découlant des changements dans la FMPD. Il devrait être souligné que la présente recommandation ne suggère pas que le perfectionnement professoral soit incorporé dans les portfolios de développement professionnel continu.

2. Le Collège royal devrait se servir du cadre CanMEDS/CanMEDS-MF pour définir les activités de développement professionnel et les répartir en catégories.

Tous les médecins, dans quelque contexte que ce soit, devraient participer activement à un programme de développement professionnel afin de maintenir et rehausser leurs compétences à l'égard de tous les rôles CanMEDS. La prestation efficace des soins aux patients (le but premier de la médecine) est fonction de l'intégration des rôles transversaux¹³ au rôle de l'expert médical. Le recours au cadre CanMEDS pour répartir en catégories les activités de développement professionnel pour tous les médecins fera en sorte que les activités associées à une conception plus étendue du perfectionnement professoral (p. ex., l'enseignement, la gestion, le leadership, l'érudition, la collaboration, la communication et le professionnalisme) soient harmonisées avec les activités de développement professionnel spécifiques au rôle de l'expert médical. Le fait de prendre en compte cet éventail élargi de compétences devrait améliorer les soins aux patients et rehausser la capacité des médecins à enseigner à leurs jeunes collègues, aux professionnels paramédicaux et aux patients, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des grands centres universitaires.

Le [tableau 1](#) propose un modèle de développement professionnel conçu à partir du cadre CanMEDS.

3. Le développement professionnel dans les multiples domaines CanMEDS devrait être une composante obligatoire du programme de Maintien du certificat pour tous les médecins en exercice.

Les modèles actuels de Maintien du certificat mettent l'accent sur le rôle de l'expert médical qui représente le domaine autour duquel se greffent les activités de formation médicale

TABLEAU 1 : Conceptualisation du développement professionnel en fonction du cadre de compétences CanMEDS/CanMEDS-MF pour les médecins

Rôle CanMEDS	Les quatre principes de la médecine familiale du CMFC	Exemples de thèmes de développement professionnel pour le médecin en exercice
Expert Médical	Principe 2 : Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace.	<ul style="list-style-type: none"> • Soins de télésanté • Autoévaluation des médecins • Évaluation tous azimuts des médecins • Maintien des connaissances et des compétences diagnostiques et thérapeutiques propres à la spécialité (p. ex., FMC traditionnelle) • Apprentissage en milieu de travail ou de pratique
Communicateur	<p>Principe 1 : La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille.</p> <p>Principe 2 : Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formation en communication interpersonnelle • Sujets complexes : mauvaises nouvelles, consentement, divulgation • Conversations cruciales
Collaborateur	<p>Principe 3 : La médecine familiale est communautaire.</p> <p>Principe 4 : Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Négociation et gestion/résolution de conflits • Conversations cruciales • Dynamique d'équipe • Soins intradisciplinaires • Soins interprofessionnels • Soins axés sur les relations • Communautés de pratique
Gestionnaire	<p>Principe 3 : La médecine familiale est communautaire.</p> <p>Principe 4 : Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aptitudes en leadership • Gestion du changement • Évaluation de la pratique • Technologies de l'information • Gestion de la pratique • Gestion de la qualité • Sécurité des patients • Rentabilité
Promoteur de la santé	<p>Principe 3 : La médecine familiale est communautaire.</p> <p>Principe 4 : Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration de politiques • Compétences en relations avec les médias • Unités de renseignements sur la santé • Obstacles aux soins • Populations spéciales • Déterminants sociaux de la santé
Érudit	<p>Principe 2 : Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace.</p> <p>Principe 4 : Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences pédagogiques • Élaboration de programmes d'études • Évaluation des apprenants • Évaluation des programmes • Recherche/érudition • Apprentissage continu • Plans d'apprentissage personnels • Dossiers d'enseignement
Professionnel	Principe 1 : La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille.	<ul style="list-style-type: none"> • Éthique • Service continu envers la profession • Mieux-être des médecins • Mentorat

continue et de développement professionnel continu. Cet accent doit être maintenu, mais on n'exige pas actuellement la participation à des activités de développement professionnel liées aux rôles transversaux.

On devrait exiger de tous les médecins, peu importe leur formation (qu'elle soit dispensée à l'université ou dans la collectivité) ou leur contexte clinique, de prouver le maintien de leurs compétences dans tous les rôles CanMEDS. (Le cadre CanMEDS décrit la pratique compétente, d'où la nécessité de prouver le maintien constant de la compétence.) Alors que tous les médecins devraient faire la preuve du maintien de la compétence dans tous les rôles, l'étendue et le degré de l'activité pour chaque rôle devraient être personnalisés en fonction des contextes clinique et éducatif d'un individu.

Cette recommandation répond à plusieurs objectifs. Premièrement, les médecins en exercice auront la possibilité de croître et d'être reconnus pour les nouvelles compétences dans leur pratique professionnelle. Deuxièmement, la demande croissante pour des activités de développement professionnel favorisera une collaboration et une synergie accrues dans les écarts, souvent sources d'isolement, qui existent entre les divers fournisseurs (p. ex., bureaux de l'éducation dans les universités, départements universitaires, associations nationales de spécialistes). Troisièmement, la promotion de l'importance des compétences pédagogiques accroîtra le bassin de cliniciens enseignants motivés. En dernier lieu, le fait de concentrer des ressources et de diriger l'attention vers les compétences pédagogiques améliorera le milieu clinique (c'est là que se dispense principalement la FMPD) et pourrait ultimement améliorer les soins aux patients.

4. Le Collège royal devrait promouvoir un processus d'agrément souple afin de faciliter l'accès à des crédits rigoureux de Maintien du certificat.

Afin de faciliter la mise en place d'un modèle élargi de Maintien du certificat, le processus d'agrément ne doit pas être entravé par des difficultés (p. ex., accès administratif, coûts administratifs) à obtenir cette reconnaissance.

On devrait utiliser le rendement plutôt que la participation comme méthode d'évaluation et de validation de l'apprentissage. Au lieu de simplement documenter l'exposition aux concepts, le programme de Maintien du certificat devrait mettre l'accent sur l'application concrète de ces concepts.

5. Le Collège royal devrait modifier les normes générales d'agrément pour exiger que tous les programmes de formation des résidents démontrent que ceux-ci participent activement au processus de développement professionnel.

Il existe trop souvent des écarts entre les exigences en matière d'apprentissage continu attendu des médecins en formation par rapport aux médecins en exercice. En présentant l'exigence de « maintenir et améliorer les activités professionnelles par l'acquisition continue du savoir » (compétence principale de l'érudit) aux résidents tôt dans leur carrière, on assurera la mise en place d'une approche plus harmonieuse et plus intégrée de l'apprentissage tout au long de la vie professionnelle des médecins.

6. Le Collège royal devrait encourager de la part de tous les doyens des facultés de médecine canadiennes un engagement à promouvoir le développement professionnel

— spécifique à l'éducation médicale — pour tous les membres du corps professoral.

Un appui commun à une formation spécifique à l'éducation pour les enseignants favorisera l'établissement d'une norme plus cohérente dans tout le Canada. L'engagement des doyens (et des représentants des autres établissements d'enseignement) contribuera à faire reconnaître la valeur de l'éducation médicale dans les milieux universitaires.

7. Le Collège royal devrait faciliter l'établissement d'un réseau national reliant les programmes de perfectionnement professoral par le truchement d'un centre national d'information sur les ressources et les possibilités de formation.

Un centre national d'information sur les ressources et les possibilités en matière de développement professionnel constituerait un atout précieux pour les médecins dans tout le Canada. En supposant un accès équitable à de tels programmes, un réseau national fournirait un accès aux médecins des régions insuffisamment soutenues, augmenterait la visibilité des programmes de perfectionnement professoral existants et exploiterait les possibilités de mettre en place un plus vaste éventail de ressources, plutôt que de simplement créer des doubles de programmes. En outre, ce réseau favoriserait le foisonnement des idées et renforcerait les programmes de perfectionnement professoral existants.

8. Le Collège royal devrait offrir des programmes de perfectionnement professoral stratégiques et adaptés aux besoins de la FMPD, là où il n'existe pas de tels programmes.

Le Collège royal s'est révélé efficace pour établir un cadre et une structure pour la FMPD (p. ex., CanMEDS, normes d'agrément) ainsi que

le programme de Maintien du certificat à l'intention des médecins en exercice. Ce n'est que tout récemment, comme il a été mentionné précédemment, que l'on a investi dans la mise en œuvre de ces cadres. L'offre d'activités stratégiques de perfectionnement professoral permettra aux éducateurs de première ligne d'instaurer les programmes nationaux du Collège royal dans leur localité.

9. Le Collège royal devrait diriger l'élaboration d'un cadre pour les éducateurs cliniciens.

Les éducateurs cliniciens sont des médecins qui possèdent une formation formelle en éducation médicale; ils offrent leur expertise sur une base de consultation aux professeurs cliniques et aux directeurs de programmes d'études et de programmes de résidence, et produisent des connaissances scientifiques sur des sujets liés à l'éducation¹⁴. La création d'un domaine de compétence ciblée (DCC) d'éducateur clinicien du Collège royal accorderait une certification en éducation médicale rigoureuse et appréciable aux médecins intéressés, et pourrait éventuellement soutenir un modèle de « formation des formateurs » pour la diffusion de la théorie et des compétences en éducation médicale. Le processus utilisé pour concevoir ce diplôme ne devrait pas freiner l'élaboration de programmes de haute qualité par d'autres institutions. En fait, on devrait encourager la collaboration avec les autres établissements et organismes d'éducation afin d'assurer la concrétisation d'une stratégie pancanadienne efficace.

Chaque programme de formation des résidents devrait s'efforcer de compter sur les services d'un éducateur clinicien¹⁵, plus particulièrement dans le contexte de transition imminente vers une approche de formation fondée sur les

compétences. Entre-temps, les facultés de médecine devraient coordonner les ressources des éducateurs cliniciens actuels de façon à ce que tous les programmes aient accès à des ressources compétentes.

Des diplômes semblables dans des domaines comme l'administration de la santé et le leadership seraient complémentaires aux besoins de la FMPD auxquels répondrait le DDC d'éducateur clinicien.

Le Collège royal devrait accroître la portée, la variété et le nombre de bourses en éducation (c.-à-d. d'indemnités financières) pour soutenir les médecins participant à une formation en éducation. En outre, ces bourses renforceraient la valeur de la formation en éducation médicale au sein des universités.

Le Collège royal devrait influencer activement la culture médicale universitaire afin de faire reconnaître l'éducation médicale au même titre que la recherche traditionnelle.

CONCLUSIONS

Le présent document de politique propose une nouvelle conceptualisation du développement professionnel qui intègre directement le perfectionnement du corps professoral dans le but de répondre aux besoins évolutifs de la FMPD. On devrait exiger que tous les médecins en exercice participent à des initiatives de développement professionnel conformes au cadre CanMEDS/CanMEDS-MF, y compris à des initiatives définies au sens large comme des activités de perfectionnement professoral. L'amélioration des habiletés des médecins en matière de compétences liées à l'éducation aidera à concrétiser les propositions issues des autres documents de ce livre électronique.

RÉFÉRENCES

1. Frank JR. (éd.) 2005. *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
2. Cruess RL, Cruess SR. 2008. Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. *Perspectives in Biology and Medicine*. **51** (4): 579-98.
3. Sheets KJ, Schwenk TL. 1990. Faculty development for family medicine educators: An agenda for future activities. *Teaching and Learning in Medicine*. **2** (3): 141-8.
4. Knight AM, Caresse JA, Wright SM. 2007. Qualitative assessment of the long-term impact of a faculty development programme in teaching skills. *Medical Education*. **41** (6): 592-600.
5. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, Prideaux D. 2006. A Systematic Review of Faculty Development Initiatives Designed to Improve Teaching Effectiveness in Medical Education: BEME Guide No. 8. *Medical Teacher*. **28** (6): 497-526.
6. Steinert Y. 2011. Commentary: Faculty Development: The Road Less Traveled. *Academic Medicine*. **86** (4): 409-11.
7. Frankel RM, Eddins-Folensbee F, Inui TS. 2011. Crossing the Patient-Centered Divide: Transforming Health Care Through Enhanced Faculty Development. *Academic Medicine*. **86** (4): 445-52.
8. Mcleod PJ, Steinert Y. 2010. The evolution of faculty development in Canada since the 1980s: coming of age or time for a change? *Medical Teacher*. **32** (1): e31-5.
9. Steinert Y, Naismith L, Mann K. 2012. Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 19. *Medical Teacher*. **34** (6): 483-503.
10. Chou S, Cole G, McLaughlin K, Lockyer J. 2008. CanMEDS evaluation in Canadian postgraduate training programmes: tools used and programme director satisfaction. *Medical Education*. **42** (9): 879-86.
11. Frank JR, Abbott C, Bourgeois G, Hyde S, Lee AC. 2010. Royal College Abstracts for the ICRE 2010: Adoption of the CanMEDS competency framework in residency education 2001-2009. *Open Medicine*. **4** (3Suppl): s1-86.
12. Communication en 2012 avec le Bureau des affaires professionnelles du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
13. Sherbino J, Frank J, Flynn L, Snell L. 2011. "Intrinsic Roles" rather than "armour": renaming the "non-medical expert roles" of the CanMEDS Framework to match their intent. *Advances in Health Sciences Education*. **16** (5): 695-7.
14. Sherbino J, Snell L, Dath D, Dojeiji S, Abbott C, Frank JR. 2010. A national educator program: a model of an effective community of practice. *Medical Educator Online*. **15**.
15. Dath D, lost W. 2010. The importance of faculty development in the transition to competency-based medical education. *Medical Teacher*. **32** (8): 683-6.

LECTURES SUGGÉRÉES

Hatem CJ, Lown BA, Newman LR. 2009. Strategies for creating a faculty fellowship in medical education: report of a 10-year experience. *Academic Medicine*. **84** (8): 1098–1103.

Un examen approfondi du contenu curriculaire et du processus de trois stages d'un an bien établis en éducation médicale, dans lesquels des cohortes de professeurs de médecine participent à des activités de perfectionnement professoral étendues. Ce document offre un point de départ utile pour ceux qui élaborent et dirigent des activités de perfectionnement professoral dans les facultés de médecine et les centres médicaux universitaires.

McLean M, Cilliers F, Van Wyk JM. 2008 Faculty development: yesterday, today and tomorrow. *Medical Teacher*. **30** (6): 555-84.

Ce document offre une nouvelle définition du perfectionnement professoral qui s'harmonise avec le développement personnel et professionnel des enseignants, des cliniciens, des chercheurs et des administrateurs conformément aux objectifs, à la vision et à la mission de leur établissement en ce qui a trait à sa responsabilité sociale et morale envers la collectivité qu'il sert.

Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, Prideaux D. 2006. A Systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Medical Teacher*. **28** (6): 497-526.

Cette revue systématique de la littérature sur le perfectionnement professoral décrit les qualités d'activités efficaces de perfectionnement professoral, dont le recours à l'apprentissage par l'expérience, la fourniture de rétroaction, les relations efficaces entre pairs et collègues, des interventions bien conçues suivant les principes d'enseignement et d'apprentissage, et l'utilisation d'une diversité de méthodes pédagogiques dans des interventions individuelles.

Steinert Y. 2011. Faculty Development for Postgraduate Education – The Road Ahead. Document produit dans le cadre du projet sur L'Avenir de l'éducation médicale au Canada - volet postdoctoral. Dernière consultation le 23 mars sur le site de l'AFMC :

http://www.afmc.ca/pdf/fmec/21_Steinert_Faculty%20Development.pdf.

Dans ce document de discussion lié au projet de l'AFMC sur l'Avenir de l'éducation médicale - volet postdoctoral, l'auteur affirme que le perfectionnement professoral joue un rôle crucial, non seulement dans le développement de l'enseignement et de l'apprentissage, mais aussi dans la promotion du changement et de l'innovation, ainsi que de l'amélioration des capacités organisationnelles, et cela est essentiel dans la FMPD. Afin que le perfectionnement professoral soit efficace, il doit aborder tant les besoins individuels que les besoins organisationnels, et être intégré dans le contexte de la localité. Il doit également se fonder sur un cadre théorique et s'appuyer sur les pratiques exemplaires dans le domaine.



10. Le continuum de la formation médicale



Auteurs

Jocelyn Lockyer, MGSS, PhD
Ivan Silver, MD, M.Ed., FRCPC
Anna Oswald, MD, MMed, FRCPC
Graham Bullock, MD, FRCPC
Craig Campbell, MD, FRCPC
Jason R. Frank, MD, MA(Ed), FRCPC
Sarah Taber, MHA/MGSS
Jim Wilson, MD, FRCSC
Kenneth A. Harris, MD, FRCSC

Les auteurs remercient Jonathan Sherbino, FRCPC, de l'Université McMaster pour son aimable contribution à la réalisation de ce manuscrit.

RÉSUMÉ

Le continuum de la formation médicale comporte quatre étapes distinctes d'apprentissage : la période préparatoire à l'admission à la faculté de médecine, la formation prédoctorale, la formation postdoctorale et le perfectionnement professionnel. Chacune de ces étapes d'apprentissage comporte un certain nombre de transitions, qui correspondent généralement à ce qui suit : entrée à la faculté de médecine, évolution de la formation préclinique à la formation clinique dans le cadre du programme d'études en médecine, passage de la formation prédoctorale à la formation postdoctorale (résidence) et, finalement, transition de la résidence à la pratique. Un certain nombre de publications se sont penchées sur les transitions dans le continuum de la formation médicale; les organismes éducatifs et médicaux ont étudié la façon dont les transitions pourraient être modifiées de manière à faciliter l'évolution de chaque personne vers l'exercice de la profession. Il reste cependant beaucoup de travail à faire dans ce domaine, ainsi qu'au chapitre des moyens d'encourager et de faciliter l'apprentissage continu chez les médecins en exercice.

Le présent livre blanc entend examiner plus en détail ces périodes de transition. Nous répertorions plusieurs stimuli de changements qui existent à l'heure actuelle dans le système de formation médicale et qui soutiennent les modifications à apporter dans la façon dont les individus évoluent dans ce système; nous relevons également plusieurs obstacles à ces changements. De plus, nous proposons des solutions afin d'atténuer le stress inhérent à ces transitions. Finalement, le présent document conclut en formulant plusieurs recommandations qui, à la lumière de la littérature et l'expérience, devraient être envisagées.

INTRODUCTION

Le continuum de la formation médicale comprend quatre étapes distinctes d'apprentissage : la période préparatoire à l'admission à la faculté de médecine, la formation prédoctorale, la formation postdoctorale et le perfectionnement professionnel. Au Canada, les démarcations entre chacune de ces périodes sont passablement rigides; elles sont régies par un agrément distinct, des processus d'examen et d'évaluation et des ordres professionnels. Chacune de ces étapes d'apprentissage comporte un certain nombre de transitions, qui correspondent généralement à ce qui suit : entrée à la faculté de médecine, évolution de la formation préclinique à la formation clinique dans le cadre du programme d'études en médecine, passage de la formation prédoctorale à la formation postdoctorale (résidence) et, finalement, transition de la résidence à la pratique. Ces transitions exigent de chacun qu'il modifie radicalement sa façon d'être et son identité¹, car il doit assumer de nouveaux rôles et répondre à de nouvelles attentes. Pour la plupart, ces transitions sont des périodes d'apprentissage intensif essentielles, dans lesquelles les médecins s'engagent dans le contexte particulier de leur nouveau milieu et au cours desquelles ils établissent des relations de travail avec d'autres médecins et professionnels².

Bien que leur existence soit reconnue, ces transitions, ainsi que les moyens de mieux les gérer en vue d'optimiser la réussite des médecins, ont fait l'objet d'une attention variable. Dans d'autres professions à haut risque, comme l'aviation, un lien a été établi entre le manque d'intérêt accordé aux transitions et le risque accru d'événements indésirables. Tout récemment, en 2012, l'Association des facultés de médecine du Canada a publié un rapport intitulé *L'avenir de l'éducation médicale au Canada : une vision collective pour les études médicales postdoctorales au Canada*, dans lequel les auteurs insistent sur la nécessité de veiller à une intégration et une transition efficaces tout au long du continuum d'éducation, et soulignent particulièrement le fait que toutes ces transitions représentent des occasions importantes d'apprentissage, mais qu'elles doivent être gérées plus efficacement³.

Le présent livre blanc examinera les transitions que traversent les médecins et le soutien qu’ils reçoivent tout au long de leur parcours dans le continuum de la formation médicale. Il recensera les problèmes auxquels les médecins sont exposés à mesure qu’ils avancent dans le continuum qui leur amène à devenir des praticiens autonomes, et lorsqu’ils apportent des changements importants à leurs rôles pendant leurs années de pratique. Nous proposerons des solutions et nous recenserons les obstacles potentiels à la modification du *statu quo*, ainsi que les avantages que ces changements peuvent apporter. Nous concluons avec des recommandations, en vue de faciliter le changement chez les médecins. Nous espérons que le présent document offrira un cadre pour d’autres personnes qui se penchent sur ces périodes de transition.

CONTEXTE

Transition vers la faculté de médecine, puis de la formation préclinique à la formation clinique dans le cadre de la formation prédoctorale

La transition initiale vers la faculté de médecine, puis celle de la formation préclinique à la formation clinique dans le cadre de la formation prédoctorale peuvent être difficiles pour beaucoup d’étudiants, car ils doivent composer avec la compréhension de leurs nouveaux rôles et responsabilités, l’adaptation à une culture très différente, l’apprentissage puis l’application de compétences cliniques, ainsi que l’apprentissage de la logistique des milieux cliniques⁴. D’autres auteurs ont formulé des commentaires sur les difficultés que les étudiants en médecine affrontent au chapitre de la socialisation professionnelle et de la charge de travail, ainsi que de la prise de conscience des limites de leurs connaissances et de l’organisation de ces connaissances⁵. Les enseignants au niveau prédoctoral reconnaissent que les étudiants

admis dans ces programmes ont des compétences et des expériences différentes; c’est pourquoi les enseignants conçoivent des programmes afin d’aider les étudiants à satisfaire à des normes d’admission communes. Afin d’aider les étudiants du niveau prédoctoral à entreprendre leur programme d’externat, la plupart des facultés de médecine ont mis sur pied des cours de transition qui abordent le contenu pertinent aux éléments essentiels de l’apprentissage en milieu de travail, notamment les rôles des externes et les attentes à leur égard, la gestion du stress et les habiletés procédurales⁶. Malheureusement, la plupart de ces cours ne prévoient pas de pratiques en milieux cliniques; ils comportent plutôt des cours magistraux et quelques exercices pratiques. De plus, alors que certaines facultés ont mis sur pied avec succès des systèmes de mentorat entre quasi-pairs afin de faciliter cette transition, peu de facultés incluent des pratiques en milieux cliniques dans les cours de transition qu’elles offrent aux étudiants⁸.

Transition de la formation prédoctorale à la formation postdoctorale

Au cours de la transition entre la formation prédoctorale et la formation postdoctorale (formation en résidence), les études révèlent que des niveaux plus élevés de préparation semblent être liés à des types particuliers de plans de formation (c.-à-d. l’apprentissage basé sur la résolution de problèmes)⁹, ainsi qu’à des expériences cliniques qui comportent une complexité plus élevée d’expérience pratique, plus de contacts avec les patients et d’exposition à la réalité clinique, particulièrement auprès des patients qui sont gravement malades^{9 15}. Les études soulignent également que des expériences dans les établissements où les relations interpersonnelles sont favorables, facilitent des transitions plus en douceur¹⁶, dont l’intégration du médecin en formation au sein de l’équipe¹⁷. Pour les disciplines comme la chirurgie, les cours préparatoires ont pour effet d’accroître la compétence et la confiance des étudiants

relativement à des tâches spécifiques^{18 20}. Dans certains cas, on a également constaté que des ateliers sur le bien-être des médecins dans le cadre du changement de milieu et de la préparation en vue de la résidence se sont avérés efficaces²¹ pour les programmes d'orientation en lien avec la discipline et le lieu de travail sont également utiles²².

Les programmes prédoctoraux doivent veiller à ce que les étudiants aient des occasions significatives d'être en contact avec les patients, et ce, dans un environnement de haute qualité afin de leur permettre de vivre une transition optimale. Les programmes postdoctoraux doivent pour leur part veiller à ce que leurs programmes d'intégration soient complémentaires et tenir particulièrement compte des autres défis auxquels les résidents sont confrontés lorsqu'ils arrivent dans une nouvelle université et un nouveau lieu de travail.

Transition durant la formation postdoctorale

Des transitions se produisent aussi au cours de la résidence, lorsque les médecins quittent les programmes généraux pour s'engager dans une formation surspécialisée. L'étape finale de la formation, lorsque le médecin définit sa future pratique et met la dernière main aux préparatifs, est souvent marquée par la prise d'importantes décisions en lien avec la recherche d'un emploi. De plus, pour certaines personnes, la période initiale d'exercice de la médecine est souvent aussi difficile que les transitions précédentes^{1, 23, 26}. Des études qui ont porté sur la première année de pratique de médecins ont décrit les transformations personnelles vécues par les médecins alors qu'ils doivent adapter leur identité à leur nouveau rôle et aux nouvelles attentes qui l'accompagnent^{1, 24, 26}. Bien qu'elle puisse être exigeante, cette transition peut être moins difficile grâce au soutien des amis et des collègues^{25 27}. Il semble qu'une formation surspécialisée supplémentaire améliore la confiance des médecins²⁵. Pour certains, les derniers examens de certification sont le signal qu'ils sont maintenant devenus

des praticiens autonomes. Mais en réalité, ces examens devraient plutôt signifier que le médecin s'engage dans une nouvelle étape d'apprentissage.

Transitions au cours de la pratique

Les transitions vécues par les médecins au cours de leur pratique ne sont pas bien documentées. Ces transitions peuvent se produire en réaction à une foule de facteurs : un besoin collectif ou personnel (c.-à-d. restreindre la pratique à un domaine très ciblé); les progrès scientifiques qui exigent de la formation additionnelle et une supervision par des personnes qui ont acquis l'expertise nécessaire; le fait de jouer de nouveaux rôles à titre de chercheur, d'administrateur ou d'enseignant; la poursuite d'études supérieures; un déménagement dans une nouvelle collectivité ou province ou un nouveau pays; l'abandon de la pratique; ou la prise de conscience de la nécessité de se recycler. Ces transitions peuvent survenir en même temps que d'autres transitions de la vie (mariage, naissance, divorce ou retraite). Elles peuvent également faire partie des étapes naturelles d'une carrière, soit l'arrivée, l'adaptation et la sortie²³.

De plus, alors que le système de santé et les attentes changent, les médecins doivent s'adapter aux changements qui surviennent dans leur milieu de travail. Les médecins qui ont le mieux réussi à s'adapter à un déménagement dans une nouvelle ville ont mentionné les facteurs suivants comme étant des facilitateurs clés : le soutien offert par les structures institutionnelles dans lesquelles le nouveau venu s'est intégré; la présence de relations collégiales dans le milieu de travail; et la présence de la famille et des amis qui les ont accompagnés lors de la période d'adaptation²⁸. La littérature portant sur la situation des omnipraticiens passés d'une pratique dans un autre pays à une pratique en milieu rural au Canada démontre que la courbe d'apprentissage peut être abrupte au moment où les médecins doivent s'adapter aux différences dans les maladies et à la façon de les prendre en charge, ainsi qu'aux

systèmes de santé, tout en s’assurant que leur famille est à l’aise dans leur nouveau milieu²⁹⁻³¹. En réaction aux transitions vécues par les médecins nouvellement arrivés au pays, les études canadiennes ont encouragé la mise en place de programmes structurés d’orientation et de mentorat afin d’aider les médecins à établir leur pratique³⁰.³¹. Pour plusieurs médecins, le mentorat constitue un processus informel et peut poser des problèmes lorsque le mentor assume également un rôle d’évaluateur ou qu’il est en situation de conflit d’intérêts³². On en sait moins sur les facteurs qui facilitent des transitions réussies dans la pratique. Ceux-ci sont vraisemblablement liés à l’importance des tâches d’apprentissage, au soutien offert par les collègues, la famille et les amis, au temps disponible pour la réflexion, aux aptitudes personnelles et à la motivation.

La transition vers la pratique et en cours de pratique représente la première fois où le programme formel de formation et les procédures d’évaluation relèvent en grande partie de la responsabilité du médecin. Au cours des précédentes transitions, les normes de compétence étaient établies par la faculté, le Conseil médical du Canada, ainsi que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins de famille du Canada. Ces normes faisaient partie intégrante des programmes de formation, qui comportent de la rétroaction continue ainsi que des examens intérimaires et finaux. Pour le médecin en exercice, les normes sont moins explicites et elles émergent des lignes directrices en matière de pratique clinique, des normes de soins locales et nationales et des mesures prises par les ordres professionnels. Pour le praticien autonome, la motivation pour apprendre naît de son travail, dans le cadre duquel l’apprentissage est intimement lié aux besoins des patients et aux perceptions de ce qui est nécessaire. Malheureusement, alors que l’apprentissage continu et autodirigé est un important principe pour les étudiants de niveau prédoctoral et postdoctoral, ces compétences sont rarement bien développées au sein de ces milieux structurés. De plus, lorsque les médecins entament leur

pratique, on constate une absence de rétroaction de haute qualité qui permettrait d’orienter l’apprentissage^{33, 34}. Malheureusement, il semble que ce soit les médecins les moins compétents et les plus confiants qui aient le moins d’autocritique³⁵.

MOTEURS DE CHANGEMENT

À l’heure actuelle, il existe un certain nombre de moteurs de changement au sein du système de formation des médecins. La sécurité des patients est une préoccupation, particulièrement dans les cas où les externes et les résidents en début de formation ne seraient pas adéquatement supervisés ou peu préparés à prodiguer des soins à des patients gravement malades, dans des milieux de travail complexes et stressants^{2, 13} d’où la nécessité d’offrir aux individus un soutien structuré. De plus, il est essentiel d’avoir une vision intégrée du soutien à apporter lors des périodes de transition dans les programmes de résidence et au sein des établissements pour éviter d’engendrer un stress excessif, de réduire la productivité et l’efficacité de retarder une pleine intégration dans le milieu de travail. Les facultés de médecine reconnaissent leur responsabilité : elles doivent soutenir leurs étudiants durant les périodes de transition et les préparer afin qu’ils deviennent des professionnels qui apprennent tout au long de leur vie. À titre d’exemple, dans le cadre des programmes de premier cycle, les facultés ont conçu des cours afin de préparer le passage du préclinique vers l’externat, alors que les responsables des programmes de résidence commencent à mettre sur pied des programmes d’orientation plus intensifs^{5, 18-20}. D’autres programmes de résidence pourraient tirer profit d’une approche semblable et permettre aux étudiants de vivre une orientation et une transition structurées, avec des charges de travail moins lourdes de manière à ce qu’ils puissent plus facilement assimiler ce qu’ils ont à apprendre. De même, les secteurs du développement professionnel continu (DPC) des

universités, les associations médicales provinciales, les ordres professionnels et les établissements de soins de santé pourraient examiner les moyens de mieux soutenir les nouveaux spécialistes certifiés en offrant des cours formels et des programmes de mentorat et en allégeant les charges de travail initiales.

Les compétences associées à l'apprentissage continu doivent être incorporées dans l'ensemble de la formation médicale³⁶, et particulièrement dans le cadre de la résidence et du DPC. Le Collège royal propose un programme d'études pour l'apprentissage continu qui s'applique à la formation postdoctorale et au DPC, ainsi qu'aux médecins déjà en exercice. Cette formation, qui comprend cinq éléments fondamentaux, aide la personne à mieux reconnaître l'importance de la maîtrise de l'information, connaître sa pratique, faire une évaluation de manière à intégrer de nouveaux points de vue et à délaisser de vieilles idées, apprendre de sa pratique d'une manière systématique, et répertorier et incorporer des outils en vue d'évaluer sa propre pratique. Si elle était plus largement adoptée, cette formation pourrait aider les résidents à se préparer à l'exercice de la médecine.

Quant au DPC, on reconnaît de plus en plus que les types de programmes de DPC offerts par les universités ou les associations nationales de spécialistes laissent à désirer. La plupart des programmes de DPC consistent en de petits cours et des conférences ou des présentations. Bien que cette approche favorise l'apprentissage additif et cumulatif, ce dernier est rarement suffisamment solide pour permettre aux individus de développer de nouvelles compétences et d'adopter de nouveaux comportements³⁵. De plus, l'horaire et les formats de ces programmes de DPC ne correspondent pas nécessairement aux besoins immédiats de chaque personne en situation d'apprentissage. Par ailleurs, cela peut être un défi de trouver des mentors qui donnent du soutien et d'offrir des occasions supervisées qui favorisent un développement important des compétences.

Le recours aux certificats, aux diplômes et aux programmes de maîtrise pourrait être un moyen efficace de formaliser la formation et de développer de nouvelles compétences dans le cadre de certaines disciplines, car cette approche serait susceptible de donner un caractère plus structuré tant au contenu des programmes qu'à l'évaluation. Il existe des exemples de ce genre de contenu de programmes dans le domaine de la médecine du sommeil, de la sécurité des patients, de la psychothérapie et de la formation médicale.

Les organismes de santé et les gouvernements provinciaux responsables de la prestation de soins accessibles, de haute qualité et durables ne peuvent répondre aux exigences, si leurs ressources médicales sont mal organisées et leurs médecins insuffisamment formés pour répondre aux besoins de la population. Confrontés à des problèmes de recrutement et de rétention des professionnels de la santé, les ordres professionnels et les associations médicales reconnaissent de plus en plus la nécessité d'offrir plus de soutien aux praticiens afin de contribuer à nous assurer que les soins prodigués sont sécuritaires et efficaces.

SOLUTIONS POSSIBLES

Selon la littérature, le soutien lors des transitions doit s'appuyer sur deux grandes orientations : améliorer les compétences en matière d'apprentissage continu et offrir aux médecins davantage de soutien structuré lors des phases de transition.

Les compétences en matière d'apprentissage continu peuvent être enseignées. En effet, comme nous l'avons mentionné précédemment, le Collège royal a mis sur pied un programme pour l'apprentissage continu. Ce programme a été conçu pour aider le médecin à reconnaître l'importance d'orienter son propre apprentissage grâce à la réflexivité, à la recherche de données et aux pratiques de gestion du changement. Des efforts semblables ont été faits au Royaume-Uni; là bas,

on présente aux étudiants de niveau postdoctoral une approche par portfolio en matière d'apprentissage, dans laquelle les étudiants à l'étape de la formation de base (R1 ou 2) doivent créer un portfolio qui contient des éléments d'évaluation, une réflexion sur les données et un plan d'action³⁸. Cette approche sera mise en pratique lorsque le National Health Service mettra en œuvre ses cadres de revalidation, exigeant des médecins qu'ils documentent leur apprentissage et leur plan d'action et qu'ils en discutent avec les évaluateurs.

Le système MAINPORT peut être appliqué à la résidence, afin d'aider les étudiants à conceptualiser leur apprentissage et à documenter leurs efforts pour atteindre les compétences nécessaires dans des domaines précis. Cette approche exigera un perfectionnement du corps professoral, une infrastructure informatique, de nouvelles normes d'agrément et de nouveaux objectifs d'apprentissage propres aux spécialités et aux stages.

Quant aux praticiens, il faudra également améliorer leurs compétences en matière d'apprentissage continu. Nous sommes conscients qu'actuellement, les médecins en exercice reçoivent très peu de données et de rétroaction au sujet de leur pratique; c'est pourquoi des efforts seront nécessaires pour appuyer et former les médecins dans la consignation de données de qualité dans les dossiers électroniques, ainsi que pour concevoir des algorithmes leur permettant de récupérer de façon efficiente et précise ces données en vue d'évaluer leur pratique, stimuler leur réflexion, créer des plans d'apprentissage et finalement agir en conformité avec ces plans.

Un soutien structuré, pendant un laps de temps prédéterminé, pourrait être utile aux médecins pendant les périodes de transition. La plupart des facultés de médecine d'Amérique du Nord ont mis sur pied des expériences d'orientation et de transition afin d'aider les étudiants à entreprendre leur externat⁸. Des activités d'orientation plus formelles en préparation à la résidence et à la pratique

pourraient également être mises en œuvre. Ces activités d'orientation pourraient s'appuyer sur les apprentissages réalisés par les médecins qui ont entrepris leur résidence ou leur pratique d'un à trois ans auparavant, tout en insistant sur les connaissances tacites nécessaires pour apprendre à se familiariser avec le caractère unique de leur milieu de travail et du système de santé, ainsi que le programme caché ou informel. Les personnes responsables des horaires de stage, de travail et de garde devraient s'assurer que la charge de travail et les attentes sont appropriées, compte tenu des facteurs de stress qui accompagnent l'exercice de ces nouveaux rôles et responsabilités. Il sera également utile de veiller à ce que les médecins en phase de transition aient du temps pour réfléchir et qu'ils aient accès au soutien de leurs collègues. La mise sur pied de programmes de soutien par des accompagnateurs ou des pairs et de programmes de mentorat pourrait également aider^{32, 39 41}.

Au cours de la dernière partie de leur programme de résidence, alors que les médecins se préparent à la pratique, il pourrait être utile d'intégrer dans leur cursus des formations obligatoires sur la gestion du temps et de la pratique. Il pourrait également être souhaitable que les examens de certification aient lieu plus tôt au cours de la résidence, afin que les médecins puissent mieux se préparer à la pratique. La dernière étape de responsabilité graduelle (c.-à-d. le moment où les médecins jouent un rôle autonome) pourrait alors avoir lieu dans le cadre du programme de résidence ce qui permettrait, au cours de cette dernière phase de la formation, de mettre l'accent sur l'acquisition des compétences conduisant les résidents à la pratique autonome, comme l'exigent les programmes de résidence pour toutes les spécialités. De la même façon, les médecins qui réorientent leur pratique pourraient aussi devoir fournir la preuve officielle qu'ils possèdent les nouvelles compétences nécessaires.

OBSTACLES AU CHANGEMENT

La formation en résidence est une expérience très structurée, dans laquelle, en dehors d'un nombre relativement limité d'options qui leur sont offertes, les étudiants ont très peu de latitude pour définir plusieurs aspects de leur formation. Les objectifs d'apprentissage propres à la spécialité et au stage, ainsi que les types d'évaluation et le moment où elles ont lieu, sont particuliers à chaque programme de formation. De plus, le système d'agrément, qui veille à ce que les procédures et les processus éducatifs soient de très haut niveau, limite également la souplesse. Même les « séances d'une demi-journée en milieu universitaire », qui font partie intégrante de la plupart des programmes de formation, renforcent l'image que l'apprentissage est quelque chose que l'on fait « en classe », et non une réponse à des besoins perçus de formation. L'examen de certification, qui a lieu à la toute fin de la formation, marque la fin de la formation. À l'heure actuelle, les médecins n'ont pas assez de temps après la fin des examens pour entreprendre les nouveaux apprentissages nécessaires en vue de la prochaine étape.

Bien qu'au terme de la formation, les médecins auront des compétences semblables, il se peut qu'ils ne soient pas préparés à continuer à apprendre tout au long de leur vie et à rechercher des données au sujet de leur pratique et de leur rendement, à interpréter ces données et à concevoir un plan d'action. En effet, la cueillette de données constitue un des véritables défis de l'apprentissage continu. Les médecins en exercice reçoivent très peu de rétroaction au sujet de leur travail. Peu d'entre eux participent à des exercices de rétroaction émanant de différentes sources, et ce, tous les cinq ans, selon leur secteur. Certains font faire une vérification de leur pratique. D'autres reçoivent une rétroaction par l'entremise des systèmes de vérification institutionnels ou par la

participation à des programmes d'autoévaluation offerts par leur association nationale de spécialistes ou leur équivalent américain. L'absence de rétroaction régulière et cohérente au sujet des comportements professionnels et des résultats cliniques fait en sorte qu'il est difficile pour les médecins de concevoir un plan d'apprentissage et de le suivre. Il y a peu de structures et peu d'aide à la disposition des médecins, même lorsqu'ils expriment un besoin d'apprentissage. L'apprentissage se fait au cas par cas, et les médecins doivent puiser à même l'une ou l'autre ressource qu'ils parviennent à trouver. Dans certains cas, les médecins réussissent à trouver un mentor prêt à les superviser afin de les aider à développer de nouvelles compétences. Les conférences nationales organisées par les associations de spécialistes offrent une occasion de mettre à jour et de « perfectionner » des connaissances, mais rarement de développer de nouvelles compétences. En effet, les cours y sont généralement brefs et doivent attirer un grand nombre de participants afin d'être financièrement viables; par conséquent, ils mettent rarement l'accent sur des besoins individuels au chapitre de l'apprentissage de tâches spécifiques.

De plus, il peut être difficile de se recycler pour les médecins qui en ont besoin, car les superviseurs potentiels sont déjà très occupés auprès des étudiants de niveau prédoctoral et postdoctoral. Un nombre relativement peu nombreux de superviseurs potentiels sont prêts à consacrer le temps et les efforts nécessaires pour évaluer, faire un suivi et veiller à ce que le médecin en recyclage soit prêt à pratiquer. Les ordres professionnels et les bureaux de DPC des universités commencent à peine à examiner les rôles qu'ils pourraient jouer en ce qui a trait au soutien qu'ils peuvent apporter à un médecin qui serait considéré comme présentant un risque à la suite de plaintes ou à la lumière d'autres données d'évaluation.

Il faudra apporter des changements au système afin de répondre aux besoins des médecins en exercice. Il faudra un nouveau financement ou réaffecter les fonds existants afin d'allouer au DPC les ressources nécessaires, particulièrement s'il faut offrir, au besoin, du soutien sous la forme de mentorat et de pratique supervisée. Les ordres professionnels provinciaux ainsi que le Collège royal et le Collège des médecins de famille du Canada devront travailler ensemble afin de définir les attentes optimales à satisfaire lors du renouvellement du permis d'exercice, ainsi que de la revalidation et du maintien du certificat.

Il faudra apporter des changements dans plusieurs secteurs afin d'améliorer notre capacité à faciliter l'apprentissage continu. Les enseignants devront être formés en vue de changer leur approche lorsqu'ils abordent la question de l'apprentissage, de l'utilisation et de l'évaluation de portfolios, et en vue de servir de modèles de référence. Ces attentes devront être soutenues par des normes d'agrément. Les médecins en exercice auront besoin de meilleures données sur lesquelles ils pourront s'appuyer pour modifier leur pratique. À l'heure actuelle, nos systèmes de soins de santé ne sont pas conçus pour dire aux médecins, de façon régulière, s'ils sont sur la bonne voie et sur quels aspects ils doivent concentrer leur apprentissage. Un financement sera nécessaire à l'élaboration de données et à l'implantation de systèmes pour extraire ces données. Les systèmes de bases de données administratives actuels ne sont pas assez puissants pour permettre d'extraire les données nécessaires pour orienter l'apprentissage des médecins.

Le soutien à offrir pendant les périodes de transition aura besoin de ressources afin de concevoir des programmes, définir des normes et superviser ou offrir des services de mentorat aux médecins qui vivent des transitions. La capacité du système est mise à rude épreuve à l'heure actuelle, car les facultés de médecine se sont agrandies et des cohortes plus nombreuses d'étudiants s'engagent dans du travail clinique. Cela fait en sorte qu'il sera difficile d'ajouter de nouvelles attentes.

AVANTAGES POTENTIELS

Pour pouvoir offrir aux médecins un soutien plus cohérent lors des périodes de transition, les changements à apporter doivent assurer une meilleure intégration des médecins dans le système de soins de santé et, au bout du compte, faire en sorte que les médecins sont mieux à même de répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé. Lors des transitions que les médecins vivent entre la résidence et la pratique et au fil de l'évolution de leur pratique, il sera bénéfique pour eux d'adopter une approche plus précoce et plus systématique en matière d'apprentissage continu et de considérer ce dernier comme une compétence fondamentale. La préparation des résidents en vue de la transition vers la pratique peut réduire le stress vécu pendant les premières années d'exercice, alors que plusieurs autres événements de la vie surviennent (p. ex., le choix d'un partenaire de vie, l'achat d'une maison, la naissance d'un enfant). La planification de périodes-charnières au cours de la carrière d'un médecin peut offrir aux facultés de médecine, aux associations médicales et aux associations de spécialistes un cadre de soutien pour les médecins, particulièrement à l'égard des enjeux liés à l'équilibre travail-vie. En faisant disparaître certaines des frontières artificielles entre la formation prédoctorale, la formation postdoctorale et la formation continue, des possibilités plus souples de formation pourront être offertes aux étudiants et aux médecins. Dans un monde idéal, il devrait y avoir davantage d'occasions pour les médecins en exercice de revenir à un type de formation comme la résidence, afin d'apprendre de nouvelles compétences et connaissances, pendant des périodes d'études intenses et concentrées. En mettant en évidence les transitions et leur importance dans la formation et la pratique, il est possible d'intégrer des activités innovantes en matière de formation et d'aborder explicitement ces enjeux. Nous devrions envisager de mettre en place une accession graduelle au statut d'Associé et à la certification afin de traiter plus directement le phénomène des transitions vers la pratique.

RECOMMANDATIONS

1. Offrir, dès le début du programme de formation, des occasions d'acquérir des compétences en matière d'apprentissage continu. Ceci permettra de pratiquer et de développer les compétences génériques et appliquées nécessaires à une pratique autonome, qui exige, entre autres, la maîtrise de l'information, la capacité de poser et répondre à des questions, la pratique continue de techniques visant à s'améliorer, un comportement ouvert à la rétroaction, un autosuivi de la pratique et la comparaison avec des normes reconnues de soins.
2. Concevoir des systèmes qui offrent aux médecins en exercice des données de rétroaction et qui les aident à interpréter et utiliser ces données en vue de créer des plans individualisés d'apprentissage qui peuvent être mis en œuvre et qui peuvent avoir une incidence potentielle sur les soins prodigués aux patients.
3. Répertoire les structures et les attentes appropriées aux périodes de transition. Ceci pourrait exiger de nouveaux cours communs à tous. Un mentorat et d'autres formes de formation supervisée pourraient être nécessaires. À la fin de la formation (c.-à-d. après les examens de certification), il faut porter plus d'attention au rôle de gestionnaire, ce qui faciliterait la prise en charge d'obligations à titre de praticien autonome.
4. Standardiser la formation pour faciliter les transitions dans le cadre des programmes d'externat et de résidence.
5. Stimuler les innovations en matière d'activités de préparation aux transitions dans le cadre des programmes d'externat et de résidence. Les examens d'agrément dans une spécialité du Collège royal devraient avoir lieu plus tôt (p. ex., six mois avant la fin du programme de formation). Ceci laisserait aux médecins débutants une période de temps formelle à la fin de leur formation, au cours de laquelle ils seraient soutenus par une supervision et un mentorat qui leur permettraient de faire une transition plus graduelle vers la pratique.
6. Augmenter l'importance accordée à la recherche pour mieux comprendre l'impact des périodes de transition dans le cadre de l'exercice d'une profession, ainsi que concevoir et tester des systèmes de soutien lors de ces périodes.
7. Veiller à ce que MAINPORT et les exigences en matière de DPC soutiennent l'apprentissage fondé sur l'expérience et des activités d'évaluation pour l'ensemble des rôles CanMEDS.

RÉFÉRENCES

1. Wilkie G., Raffaelli D. 2005. « In at the deep end: making the transition from SpR to consultant », *Advances in Psychiatric Treatment*. **11** (2): 107-14.
2. Kilminster S., Zukas M., Quinton N., Roberts T. 2011. « Preparedness is not enough: understanding transitions as critically intensive learning periods », *Medical Education*. **45** (10): 1006-15.
3. Association des facultés de médecine du Canada. 2012. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada : une vision collective pour les études médicales postdoctorales au Canada*, Ottawa (Ontario).
4. O'Brien B., Cooke M., Irby D. M. 2007. « Perceptions and attributions of third-year student struggles in clerkships: do students and clerkship directors agree? », *Academic Medicine*. **82** (10): 970-8.
5. Prince K. J., Boshuizen H. P., van der Vleuten C. P., Scherpbier A. J. 2005. « Students' opinions about their preparation for clinical practice », *Medical Education*. **39** (7): 704-12.
6. Teo A. R., Harleman E., O'sullivan P. S., Maa J. 2011. « The key role of a transition course in preparing medical students for internship », *Academic Medicine*. **86** (7): 860-5.
7. Matheson C. B., Matheson D. J., Saunders J. H., Howarth C. 2010. « The views of doctors in their first year of medical practice on the lasting impact of a preparation for house officer course they undertook as final year medical students », *BMC Medical Education*. 10:48.
8. O'Brien B. C., Poncelet A. N. 2010. « Transition to clerkship courses: preparing students to enter the workplace », *Academic Medicine*. **85** (12): 1862-9.
9. Cave J., Woolf K., Jones A., Dacre J. 2009. « Easing the transition from student to doctor: how can medical schools prepare their graduates for starting work? », *Medical Teacher*. **31** (5): 403-8.
10. Eley D. S. 2010. « Postgraduates' perceptions of preparedness for work as a doctor and making future career decisions: support for rural, non-traditional medical schools », *Education for Health (Abingdon)*. **23** (2): 374.
11. Brennan N., Corrigan O., Allard J., Archer J., Barnes R., Bleakley A., Collett T., de Bere SR. 2010. « The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of tomorrow's doctors », *Medical Education*. **44** (5): 449-58.
12. Bleakley A., Brennan N. 2011. « Does undergraduate curriculum design make a difference to readiness to practice as a junior doctor? », *Medical Teacher*. **33** (6): 459-67.
13. Tallentire V. R., Smith S. E., Skinner J., Cameron H. S. 2011. « Understanding the behaviour of newly qualified doctors in acute care contexts », *Medical Education*. **45** (10): 995-1005.
14. van den Akker M., Dornan T., Scherpbier A., oude Egbrink M. G., Snoeckx L. H. 2012. « Easing the transition: the final year of medical education at Maastricht University », *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. **106** (2): 92-7.
15. Wijnen-Meijer M., ten Cate O. T., van der Schaaf M., Borleffs J. C. 2010. « Vertical integration in medical school: effect on the transition to postgraduate training », *Medical Education*. **44** (3): 272-9.
16. Buddeberg-Fischer B., Klaghofer R., Zivanovic I., Vetsch E., Beddeberg C. 2006. « Institutional conditions and individual experiences in the career-entry period of Swiss medical residents — A qualitative study », *Swiss Medical Weekly*. **136** (1-2): 26-32.

17. Lempp H., Cochrane M., Rees J. 2005. « A qualitative study of the perceptions and experiences of Pre-Registration House Officers on teamwork and support », *BMC Medical Education*. **5** (1): 10.
18. Antonoff M. B, D’Cunha J. 2011. « PGY-1 surgery preparatory course design: identification of key curricular components », *Journal of Surgical Education*. **68** (6): 478-84.
19. Antonoff M. B., Swanson J. A., Green C. A., Mann B. D., Maddaus M. A., D’Cunha J. 2012. « The significant impact of a competency-based preparatory course for senior medical students entering surgical residency », *Academic Medicine*. **87** (3): 308-19.
20. Todd S. R., Fahy B. N., Paukert J., Johnson M. L., Bass B. . 2011. « Surgical intern survival skills curriculum as an intern: does it help? », *American Journal of Surgery*. **202** (6): 713-8.
21. Coates W. C., Spector T. S., Uijtdehaage S. 2012. « Transition to life — A sendoff to the real world for graduating medical students », *Teaching & Learning in Medicine*. **24** (1): 36-41.
22. Diavolitsis V. M., Shirazi H., Boyle J., Hayes J. P. 2011. « Residents’ educational needs during transition into radiation oncology residency », *Journal of the American College of Radiology*. **8** (11): 785-8.
23. Bennet N., Hotvedt M. 1989. « Stages of career », dans *Changing and Learning in the Lives of Physicians*, sous la direction de R. D. Fox, P. E. Mazmanian et R. W. Putnam, New York, Praeger.
24. Westerman M., Teunissen P. W., van der Vleuten C. P. M., Scherpbier A. J., Siegert C. E., van der Lee N., Scheele F. 2010. « Understanding the transition from resident to attending physician: a transdisciplinary, qualitative study », *Academic Medicine*. **85** (12): 1914-9.
25. McKinstry B., Macnicol M., Elliott K., Macpherson S. 2005. « The transition from learner to provider/teacher: the learning needs of new orthopaedic consultants », *BMC Medical Education*. **5** (1): 17.
26. Brown J. M., Ryland I., Shaw N. J., Graham D. R. 2009. « Working as a newly appointed consultant: a study into the transition from specialist registrar », *British Journal of Hospital Medicine*. **70** (7): 410-4.
27. Honney R., Rees S., Raza T., Vassallo M. 2012. « Developing a ‘buddy scheme’ for foundation doctors », *Clinical Teacher*. **9** (4): 205-9.
28. Lockyer J., Wycliffe-Jones K., Raman M., Sandhu A., Fidler H. 2011. « Moving into medical practice in a new community: the transition experience », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. **31** (3): 151-6.
29. Klein D., Hofmeister M., Lockyer J., Crutcher R., Fidler H. 2009. « Push, pull, and plant: the personal side of physician immigration to Alberta, Canada », *Family Medicine*. **41** (3): 197-201.
30. Curran V., Hollett A., Hann S., Bradbury C. 2008. « A qualitative study of the international medical graduate and the orientation process », *British Journal of Hospital Medicine*. **13** (4): 163-9. **13** (4): 163-9.
31. Lockyer J., Hofmeister M., Crutcher R., Klein D., Fidler H. 2007. « International medical graduates: learning for practice in Alberta, Canada », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. **27** (3): 157-63.
32. Leslie K., Lingard L., Whyte S. 2005. « Junior faculty experiences with informal mentoring », *Medical Teacher*. **27** (8): 693-8.
33. Sargeant J., Armson H., Chesluk B., Dornan T., Eva K., Holmboe E., Lockyer J., Loney E., Mann K., van der Vleuten C. 2010. « The processes and dimensions of informed self-assessment: a conceptual model », *Academic Medicine*. **85** (7): 1212-20.
34. Lockyer J., Armson H., Chesluk B., Dornan T., Holmboe E., Loney E., Mann K., Sargeant J. 2011. « Feedback data sources that inform physician self-assessment », *Medical Teacher*. **33** (2): e113-20.

35. Davis D. A., Mazmanian P. E., Fordis M., Van Harrison R., Thorpe K. E., Perrier L. 2006. « Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review », *The Journal of the American Medical Association*. **296** (9): 1094-1102.
36. Murdoch-Eaton D., Whittle S. 2012. « Generic skills in medical education: developing the tools for successful lifelong learning », *Medical Education*. **46** (1): 120-8.
37. Forsetlund L., Bjørndal A., Rashidian A., Jamtvedt G., O'Brien M. A., Wolf F., Davis D., Odgaard-Jensen J., Oxman A. D. 2009. « Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews*. **15** (2): CD003030.
38. The Foundation Program. <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home> dernière consultation : 7 février 2013.
39. Birch D. W., Asiri A. H., de Gara C. J. 2007. « The impact of a formal mentoring program for minimally invasive surgery on surgeon practice and patient outcomes », *American Journal of Surgery*. **193** (5): 589-91.
40. Sambunjak D., Straus S. E., Marusic C. 2006. « Mentoring in academic medicine: a systematic review », *Journal of the American Medical Association*. **296** (9): 1103-15.
41. Möller M. G., Karamichalis J., Chokshi N., Kaafarani H., Santry H. P. 2008. « Mentoring the modern surgeon », *Journal of the American College of Radiology*. **93** (7): 19-23.