



# L'impact de la Compétence par conception (CPC)

Rapport des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de la cohorte  
2017-2018 des R1 en anesthésiologie et en ORL/Chirurgie cervico-faciale  
au Québec

Avril 2018



# Table des matières

Abréviations.....	iii
Introduction.....	1
1. Méthodologie.....	6
1.1. Outil d'étude : l'entretien semi-dirigé.....	6
1.2. Population à l'étude.....	6
1.3. Éléments de discussion.....	7
1.4. Processus de compilation et d'analyse des données.....	7
2. Résultats.....	8
2.1 Participants.....	8
2.2 Thème 1 : L'information et la formation relatives à la CPC avant le 1er juillet 2017.....	8
2.3 Thème 2 : La formation reçue et la mise en place pendant les 6 premiers mois de la CPC.....	9
2.4 Thème 3 : Le degré de préparation des patrons sous la CPC.....	10
2.5 Thème 4 : Les évaluations – les jalons, les APC et le comité de compétence.....	10
2.6 Thème 5 : Les forces et les faiblesses de la CPC selon les résidents.....	12
3. Discussion.....	13
4. Recommandations de la FMRQ concernant l'implantation de la CPC.....	15
4.1 Information et préparation avant le début de la résidence.....	15
4.2 Formation et suivi pédagogique pendant la résidence.....	15
4.3 Les évaluations – les jalons, les APC et le comité de compétence.....	16
4.4 Autres recommandations.....	17
Conclusion.....	19

# Abréviations

APC :	activité professionnelle fiable
CPC :	compétence par conception
CRMCC :	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
FMRQ :	Fédération des médecins résidents du Québec
ORL/CCF :	oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
R1 :	résident 1

\* L'usage du masculin dans ce document a pour unique but d'alléger le texte.

# Introduction

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) implante un nouveau système de formation et d'évaluation des médecins résidents selon l'approche par compétences nommée la Compétence par conception (CPC). La CPC a pour principale caractéristique de mettre l'accent sur l'apprentissage de compétences plutôt que sur la durée des stages de formation des médecins résidents.

L'implantation d'une telle refonte du système d'enseignement et d'évaluation au sein des programmes postdoctoraux implique de multiples changements, lesquels nécessiteront inévitablement des ajustements. Dans ce contexte, la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) s'est donnée le mandat de développer la meilleure connaissance possible de l'expérience et des difficultés vécues sur le terrain par les médecins résidents du Québec. Elle souhaite ainsi contribuer à surveiller et à encadrer la CPC dans l'intérêt de ses membres dans les programmes de formation médicale postdoctorale.

Pour ce faire, la FMRQ a décidé de faire un suivi auprès de tous les médecins résidents en formation dans les deux programmes assujettis à la CPC depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017, afin de recueillir le plus d'information possible sur leur expérience avec la CPC. Plus spécifiquement, la FMRQ a mené des entretiens semi-dirigés en janvier et février 2018, avec les résidents concernés, pour comprendre et répertorier les particularités de la CPC, pour suivre l'évolution de cette approche et ainsi mieux défendre les intérêts des résidents auprès des autorités chargées d'appliquer la CPC.

Le présent rapport a d'abord pour but d'informer les différents acteurs de l'éducation médicale postdoctorale au Québec et au Canada quant aux enjeux vécus par les médecins résidents dans les programmes en CPC. En s'appuyant sur sa méthode de recensement qualitatif par entretiens semi-dirigés, la FMRQ rapporte ici les principaux constats exprimés par les résidents sur le terrain. Une analyse subséquente de ces observations a permis de dégager des recommandations afin de faciliter l'implantation de la CPC pour les apprenants, pour les superviseurs et, ultimement, pour améliorer les soins aux patients.

# 1. Méthodologie

## 1.1. Outil d'étude : l'entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé est une méthode d'étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens individuels ou collectifs durant lesquels l'intervieweur dicte uniquement les différents thèmes devant être abordés sans questionnement précis. L'entretien semi-dirigé permet de recueillir des informations de différents types : des faits et des vérifications de faits, des opinions et des points de vue, des analyses, des propositions, des réactions aux premières hypothèses et des conclusions des évaluateurs. De plus, cette méthode favorise la liberté de parole dans un cadre relativement strict. Elle nécessite une préparation en amont et une analyse en aval.

Les entretiens ont été réalisés au cours des mois de janvier et février 2018. Les rencontres regroupaient des résidents d'une même spécialité et faculté. Celles-ci n'étaient pas enregistrées et les représentants de la FMRQ étaient invités à être présents à deux afin que l'un d'eux puisse prendre des notes.

## 1.2. Population à l'étude

La population ciblée a été prédéterminée par les choix de discipline du CRMCC pour la mise en place de la CPC. Elle concerne l'ensemble des médecins résidents du Québec en première année de résidence en 2017-2018 dans les deux spécialités suivantes : anesthésiologie et oto-rhino-laryngologie/chirurgie cervico-faciale (ORL/CCF). À la suite de l'envoi d'un courriel d'invitation générale, des représentants de la FMRQ ont sollicité individuellement, par voie téléphonique, les 32 résidents concernés, afin de déterminer une date de rencontre pour l'entretien semi-dirigé. En ce sens, nous estimons que les efforts déployés reflètent l'ambition d'effectuer un véritable recensement des expériences des apprenants.

### 1.3. Éléments de discussion

Une révision de la documentation disponible en date du mois d'août 2017 a permis de dégager les principaux enjeux en ce qui concerne la CPC. Ces éléments ont par la suite été validés pour discussion, puis regroupés par thématiques (Tableau 1).

**TABLEAU 1 : THÈMES ABORDÉS LORS DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS**

<b><i>THÈME 1 : L'information et la formation relatives à la CPC avant le 1<sup>er</sup> juillet 2017</i></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Perception de la CPC avant le début de la résidence</li><li>– Formation particulière ou information formelle fournie avant le début de la résidence</li></ul>
<b><i>THÈME 2 : La formation reçue et la mise en place pendant les 6 premiers mois de la CPC</i></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Formation reçue par les résidents</li><li>– Processus d'implantation</li></ul>
<b><i>THÈME 3 : Le degré de préparation des médecins superviseurs sous la CPC</i></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Préparation des superviseurs</li><li>– Attitude des superviseurs face à la CPC</li></ul>
<b><i>THÈME 4 : Les évaluations – les jalons, les APC et le comité de compétence</i></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Réalisation des évaluations et impact de la CPC</li><li>– Contenu des évaluations – jalons</li><li>– Contenu des évaluations – APC – Fonctionnement du comité de compétence</li><li>– Qualité de l'interaction avec le comité de compétence</li><li>– Relation résident-superviseur</li></ul>
<b><i>THÈME 5 : Les forces et les faiblesses de la CPC selon les résidents</i></b>

### 1.4. Processus de compilation et d'analyse des données

Après chacune des rencontres, l'intervieweur devait remplir une fiche d'évaluation de l'entretien. Il devait y colliger de façon anonymisée et agrégée les informations recueillies sur chacun des thèmes abordés, en relation avec les objectifs poursuivis. Aussi, il devait y inscrire ses premières impressions, notamment en ce qui concerne les distinctions entre l'approche du cursus traditionnel et celle de la CPC. Par la suite, la mise en commun des évaluations lors d'une rencontre avec tous les intervieweurs impliqués dans ce processus a permis de mettre en relief les observations de chacun.

Le rapport final a été rédigé par un représentant préalablement déterminé, révisé et approuvé par les autres membres du Comité des affaires pédagogiques – Spécialités de la FMRQ, puis présenté aux membres du conseil d'administration de la FMRQ.

## 2. Résultats

### 2.1 Participants

Au total, 26 résidents (81 %) ont participé aux entretiens : 16 des 21 en anesthésiologie et 10 des 11 en ORL/CCF. Lorsque divisés par faculté, on compte 6 des 9 résidents de l'Université de Montréal, 9 des 9 résidents de l'Université McGill, 7 des 7 résidents de l'Université Laval et 4 des 7 résidents de l'Université de Sherbrooke. Les résidents absents aux entrevues étaient non-joignables, avaient dû annuler pour d'autres raisons, ou disaient manquer de temps.

De manière générale, les éléments rapportés par les résidents d'anesthésiologie et d'ORL/CCF étaient similaires. Les données seront donc traitées de façon commune, à moins d'observation(s) spécifiquement pertinente(s) à une des spécialités.

### 2.2 Thème 1 : L'information et la formation relatives à la CPC avant le 1er juillet 2017

À ce niveau, le principal constat qui ressort des entretiens semi-dirigés est celui d'une méconnaissance de la CPC de la part des candidats avant qu'ils n'entreprennent un programme de résidence de ce type. La majorité de ceux-ci n'avait eu aucune information ou seulement de l'information superficielle au moment de l'entrevue d'admission. Une résidente a rapporté avoir recherché de l'information supplémentaire sur Internet, sans succès. Sans information crédible leur permettant de se faire une opinion par rapport à la CPC, quelques résidents admettent que leur perception a été influencée négativement par les réserves de collègues plus séniors.

Les seules formations dispensées préalablement au 1<sup>er</sup> juillet 2017, d'une durée variable, étaient jugées trop théoriques, c'est-à-dire insuffisantes pour permettre aux candidats de réaliser l'impact de la CPC sur leur quotidien. Ces formations reflétaient simplement le contenu d'une présentation générique préparée par le CRMCC.

Finalement, plusieurs résidents ont noté avoir initialement eu des attentes irréalistes quant à une durée de formation écourtée dans le cadre de la formation par CPC.



## 2.3 Thème 2 : La formation reçue et la mise en place pendant les 6 premiers mois de la CPC

Les résidents sont unanimes pour dire qu'ils ont ressenti un besoin de formation sur la CPC précocement dans leur résidence. Plusieurs de ceux-ci constatent avoir reçu seulement des courriels d'information ou avoir assisté à une présentation calquée sur un modèle générique préparé par le CRMCC. Trois exemples positifs sont cependant à retenir.

- Une formation « pragmatique » : un programme a organisé un camp d'introduction pour les résidents, avec la collaboration de certains patrons. Pendant celui-ci, les apprenants devaient compléter avec un superviseur une première évaluation d'APC chez un cas simulé.
- Rencontres de groupe fréquentes et régulières dédiées à la CPC: un directeur de programme a rencontré ses résidents au début de l'année, puis à trois autres moments dans les 6 premiers mois, spécifiquement pour faire le suivi de l'implantation. Ces rencontres ont servi non seulement à donner de l'information quant à la CPC, mais aussi à recueillir une rétroaction de la part des résidents et à faire le suivi des éléments problématiques.
- La nomination d'une personne-ressource en matière de CPC dans chaque milieu de stage. Seul bémol : certains résidents ignoraient l'existence de cette ressource fortement appréciée par leurs collègues.

Globalement, les apprenants ressentent un besoin constant d'information sur la CPC ; une seule formation au début de la résidence est jugée insuffisante pour les éclairer quant aux modalités ultérieures de progression de la résidence.

Une problématique récurrente et majeure à travers les milieux et les spécialités a trait aux stages hors service. Puisque la CPC est implantée dans un nombre restreint de programmes, les résidents rencontrent de nombreuses difficultés et vivent une grande frustration lorsqu'ils sont dans ces stages dits « ectopiques ». On relate que, si l'implantation est embryonnaire dans les stages dans le programme d'attache, les résidents disent ne recevoir aucun support ou formation facultative à l'extérieur de ceux-ci. La situation est à ce point problématique qu'ils mentionnent devoir guider leurs superviseurs dans l'évaluation de leurs APC. Dans ce contexte, certains programmes n'ont prévu aucune progression des APC lors des nombreux stages ectopiques, préférant concentrer toute la tâche d'évaluation dans les quelques stages du programme d'attache prévus en première année. On questionne donc à la fois la valeur des APC complétées de façon imparfaite et celle des stages sans possibilité de progression dans la CPC.

Plusieurs résidents se disent perplexes par rapport à l'implantation de la CPC en parallèle avec le maintien des évaluations traditionnelles. En effet, bon nombre de programmes ont ajouté les exigences de la CPC en plus des évaluations quotidiennes, mi-stage et sommatives du parcours traditionnel. Ceci amène deux problématiques. D'une part, on note une fatigue des apprenants et des superviseurs par rapport à la charge de travail supplémentaire. D'autre part, les résidents mentionnent ignorer précisément quelles évaluations seront utilisées pour leur certification. Cette deuxième partie du problème sera abordée dans le thème 4.

Les résidents apprécient disposer d'un échéancier d'acquisition des différentes APC à travers les stages. Malheureusement, cet échéancier est, dans certains cas, ambigu et laissé à la discrétion des apprenants alors que dans d'autres cas, il est inapplicable. Par exemple, dans un certain programme, il n'est pas possible d'effectuer l'APC « fermeture de plaies » prévue dans le stage de chirurgie plastique, puisque les résidents ne participent pas aux chirurgies dans ce stage.

Les résidents relatent les difficultés vécues avec des plateformes électroniques déficientes, défectueuses ou absentes, selon le cas. Un mois d'arrêt de service d'une plateforme informatique, ou encore la perte de son cartable personnel d'évaluations sont des exemples frappants qui ont ralenti la progression de résidents dans leur formation.

En dernier lieu, notons que les résidents soulignent le travail exceptionnel de leurs directeurs de programme. Il semblerait que le dévouement de ces derniers les encourage grandement. Du même souffle, on s'inquiète du fait que plusieurs de ces directeurs semblent démunis devant l'important chantier que représente l'implantation de la CPC.

## 2.4 Thème 3 : Le degré de préparation des patrons sous la CPC

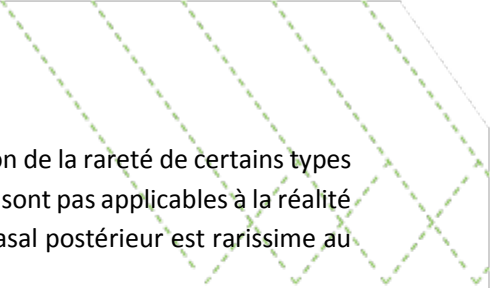
Globalement, la préparation des patrons à superviser les résidents dans un système CPC est hétérogène. L'observation des résidents quant à l'absence totale de préparation des patrons lors des stages ectopiques a été rapportée précédemment. Pour ce qui est de leur programme d'attache, la préparation est variable. Les résidents notent que de nombreux superviseurs sont hautement motivés et renseignés au sujet de la CPC. D'autres, par contre, semblent très peu intéressés ou informés de cette nouvelle approche, ayant un effet négatif sur la complétion des évaluations. Il est noté que ces patrons sont généralement moins impliqués dans le milieu académique. Notons au passage que les patrons n'ont parfois pas accès au même matériel explicatif sur la CPC que les résidents. Finalement, le rôle des résidents seniors dans la CPC n'est pas clair sur le terrain, et ceux-ci ne semblent pas avoir bénéficié d'une formation.

Si les résidents sont généralement proactifs dans la recherche d'opportunités pour compléter des APC, ils ont souvent de la difficulté à faire compléter la partie du superviseur. On rapporte que jusqu'à 30 % des demandes d'évaluation d'APC restent sans réponse. Les résidents investissent de l'énergie et du temps à faire le suivi d'évaluations non-complétées par des médecins superviseurs. Ils n'ont actuellement que peu de support pour faire cela.

## 2.5 Thème 4 : Les évaluations – les jalons, les APC et le comité de compétence

### 2.5.1 Nombre et pertinence des jalons et des APC

Le nombre d'APC requis pour une formation par CPC est jugé excessif, surtout chez les résidents d'anesthésiologie. Leur nombre élevé nuit à la qualité de la rétroaction, en plus d'épuiser apprenants et superviseurs. De même, le nombre exigé d'observations d'une même APC est jugé démesuré dans plusieurs cas. Globalement, l'attention des apprenants et des superviseurs est actuellement dirigée vers l'atteinte des APC, et non pas vers l'apprentissage. Le nombre élevé d'APC, jumelé aux difficultés en lien avec l'implantation, amène de sérieuses craintes chez les résidents quant à leur capacité d'atteindre tous les objectifs au cours de leurs cinq années de formation.



Les résidents ont de la difficulté à atteindre certaines APC, par exemple en raison de la rareté de certains types d'exposition. Dans le même ordre d'idées, les jalons propres à certaines APC ne sont pas applicables à la réalité clinique locale dans certains cas. Par exemple, la réalisation d'un paquetage nasal postérieur est rarissime au Québec.

Quelques observations questionnent l'opérabilité des APC. En général, les APC et les jalons de nature technique se prêtent mieux à l'évaluation de type CPC que ceux de nature non-technique. L'évaluation de ces derniers peut amener des situations d'apprentissage jugées non-authentiques par les apprenants, telles que : « comprendre la perception du patient de sa problématique ».

### 2.5.2 L'échelle de confiance

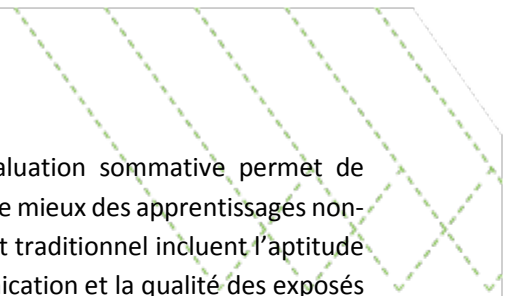
Les résidents ont longuement commenté l'échelle de confiance. Si plusieurs l'apprécient justement pour l'élément de confiance qu'elle véhicule, ils sont unanimes pour dire qu'elle porte à confusion sur le terrain et laisse beaucoup de place à la subjectivité. Le niveau de confiance digne d'une évaluation réussie est souvent perçu comme irréaliste. Par exemple, un patron ne devrait jamais être confiant de laisser un résident 1 (R1) gérer seul un patient instable. Ainsi, le niveau d'expertise attendu de certaines APC est jugé déraisonnable par rapport aux responsabilités des résidents juniors et même, dans certains cas, par rapport à leur discipline : un R1 d'anesthésiologie n'effectue pas d'intubation difficile, tout comme un R1 d'ORL/CCF n'évalue pas de trauma crânien instable. De fait, les évaluations par les superviseurs ne sont pas homogènes. Par exemple, certains résidents rapportent être évalués « non-confiables » pour une APC fondamentale, puisque celle-ci est interprétée comme étant « de niveau R5 ». De même, plusieurs évaluations complaisantes sont faites. Ceci pourrait être en lien avec l'ambiguïté des critères d'évaluation de certaines APC, ou encore avec le manque de préparation des patrons et des résidents face à la CPC.

### 2.5.3 Le comité de compétence

Il est surprenant d'apprendre qu'en février 2018 plusieurs résidents ignoraient encore l'existence du comité de compétence. Dans de nombreux cas, ils ignoraient si le comité s'était rencontré pour évaluer leur performance. Seuls les résidents d'un des huit programmes interrogés disaient avoir été informés individuellement de leur promotion par ce qu'ils croyaient être le comité de programme. Pour tous les autres résidents, leur promotion à la prochaine étape du continuum de compétence (maîtrise de la discipline) était soit inconnue ou livrée dans un message courriel ou verbalement dans des rencontres de groupe. La rétroaction donnée aux résidents par rapport à leur progression à travers les jalons et les APC est donc déficiente. L'absence de rétroaction spécifique et individualisée engendre un haut degré d'anxiété chez les résidents qui ne savent pas exactement quels critères seront utilisés pour juger de leur admissibilité à l'examen de certification.

### 2.5.4 Autres éléments en lien avec le processus d'évaluation

Tel que rapporté préalablement, l'implantation de la CPC en parallèle avec le maintien des évaluations dites « traditionnelles » entraîne deux questionnements chez les résidents. D'abord, dans ce format à deux composantes, quelles évaluations serviront à décider de leur promotion? Ensuite, est-il réellement souhaitable d'éliminer complètement les évaluations traditionnelles? À cet égard, les avis sont partagés.



Certains considèrent le dédoublement comme un avantage, puisque l'évaluation sommative permet de recevoir une appréciation globale de leur fonctionnement au quotidien et cerne mieux des apprentissages non-évalués par les APC. Les éléments spécifiquement mieux évalués par le format traditionnel incluent l'aptitude à enseigner, la performance dans les tournées, le travail d'équipe, la communication et la qualité des exposés oraux. Toutefois, d'autres résidents affirment que le dédoublement des évaluations représente simplement une corvée supplémentaire.

Par ailleurs, les programmes ayant adapté leur grille de stages ont permis de faciliter l'acquisition d'APC. Cependant, on signale que les activités cliniques effectuées sur les gardes et durant les mois de nuit ne permettent pas la progression dans les APC.

Il est également important de noter que les résidents estiment qu'une rétroaction immédiate et verbale est cruciale dans l'apprentissage par CPC. Ils craignent qu'une plateforme informatique qui ne soit pas adaptée à cette réalité nuise à ces précieuses opportunités d'apprentissage.

L'attitude des patrons face à la CPC est variable. Certains sont très proactifs et offrent spontanément de compléter des évaluations d'APC. Cependant, d'autres semblent irrités par cette tâche et les résidents ont très souvent l'impression de déranger lorsqu'ils demandent l'évaluation d'une APC. Ce sentiment de corvée supplémentaire chez certains superviseurs est sans doute amplifié par leur méconnaissance de la CPC.

En dernier lieu, notons que la relation résident-patron demeure généralement bonne avec l'avènement de la CPC. En effet, la plupart des résidents ne croient pas que la multiplication des évaluations ait altéré la relation qu'ils ont avec leurs superviseurs. Cependant, certains soulignent un malaise dans les cas où ils doivent insister pour faire compléter leurs évaluations.

## 2.6 Thème 5 : Les forces et les faiblesses de la CPC selon les résidents

En général, les résidents sont optimistes face à la CPC, quoique leurs premières expériences les laissent souvent avec la sensation d'avoir « défriché » le terrain pour leurs successeurs. Soulignons donc ici le stress, voire la détresse, rapportés par plusieurs résidents au cours des entretiens.

Les forces rapportées le plus fréquemment sont : l'échelle de confiance, la multiplication des observations, l'identification précoce et objective de ses forces et de ses faiblesses, la systématisation des compétences nécessaires à acquérir au cours de sa formation, et la création de nouvelles opportunités de rétroaction au jour le jour.

La principale faiblesse relatée par les résidents est assurément la charge de travail supplémentaire très significative, même excessive, engendrée par la CPC. Trop d'APC, trop de jalons, trop d'observations demandées pour une même APC, évaluations à expliquer et à réexpliquer à leurs superviseurs, suivi des demandes d'évaluations non-complétées, le tout parfois en parallèle avec des évaluations dites traditionnelles. Les résidents affirment avoir un lourd niveau de responsabilité par rapport à leurs prédécesseurs, sans avoir davantage de temps ou de ressources. Par ailleurs, ils reprochent à l'évaluation par APC d'amener une rétroaction fragmentée de leur performance, alors que les évaluations sommatives traditionnelles permettent davantage une vision globale. Enfin, les résidents affirment ressentir le manque de préparation des programmes à l'implantation de la CPC. Ils craignent, par ailleurs, que leurs efforts soient insuffisants pour rattraper le retard causé par ce manque de préparation.

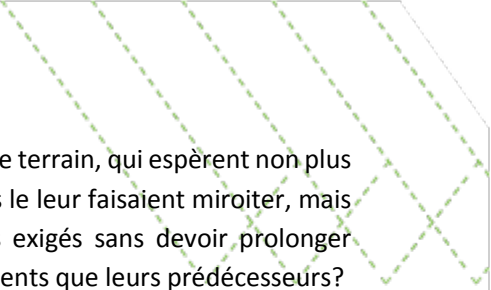
### 3. Discussion

L'implantation de la CPC à l'échelle pancanadienne représente un énorme changement de paradigme. Malgré les nombreuses critiques recueillies auprès des résidents face au changement vers la CPC, le recensement par entretiens semi-dirigés orchestré par la FMRQ a aussi donné lieu à plusieurs commentaires constructifs. Toutefois, nous devons souligner que les résidents rencontrés s'exprimaient en réfléchissant non seulement à la qualité de leur formation, mais également à celle de leurs successeurs. Le rôle des organisations œuvrant dans les études médicales postdoctorales telles que la nôtre est donc d'entendre ces observations afin de les transformer en une force constructive. Dans un premier temps, l'objectif est d'évaluer et de comparer les retombées espérées de la CPC avec les expériences vécues sur le terrain. Les recommandations formulées à la fin de ce document tentent de répondre aux observations répertoriées dans le cadre des entretiens semi-dirigés.

La CPC est intégrée dans un système pédagogique vivant, complexe, et bien établi dans ses traditions. Un constat s'impose à la suite des entretiens avec les résidents : les programmes de formation peinent à offrir la CPC dans le contexte où cette approche coexiste avec l'ancien système. Les problématiques sont particulièrement préoccupantes au niveau des stages hors service, où la formation facultaire est déficiente et où les opportunités d'évaluation des APC sont actuellement rares, voire inexistantes dans certains stages. Par ailleurs, l'absence de règles de promotion claires dans un contexte où les évaluations mensuelles traditionnelles continuent d'être remplies, est inquiétante pour les médecins résidents. Dans la mesure où l'implantation de la CPC s'échelonne jusqu'en 2023, il est inconcevable de ne pas chercher des solutions pour atténuer l'impact de la transition entre les deux systèmes de pédagogie médicale.

Le maintien du système traditionnel en parallèle avec la CPC ne doit pas être vu pour autant comme un problème. Nous devrions plutôt retenir les principaux éléments positifs de la formule traditionnelle. Les résidents ont constaté que l'approche par compétences est une forme améliorée d'apprentissage en silo. En effet, quoique chacune des APC englobe maintenant plusieurs des anciens objectifs de formation spécialisée, elle demeure une unité concrète d'apprentissage. De fait, plusieurs résidents ont commenté que les évaluations mensuelles leur étaient toujours utiles, puisqu'elles les informent au sujet de leur performance globale et de leurs aptitudes dans des aspects non-mesurés par les APC complétées dans le stage. Ces aptitudes peuvent inclure le travail d'équipe, la communication, les exposés oraux, pour n'en nommer que quelques-unes. C'est donc dire que certains rôles CanMEDS sont parfois éclipsés par l'unique usage de l'APC comme méthode d'évaluation.

Un autre aspect du système traditionnel soulevé dans la transition vers la CPC est le cadre temporel défini, qui permet d'acquérir un niveau de confiance au fil du temps. Les résidents nous mentionnent que certains stages où peu d'APC ont pu être observées pour des raisons opérationnelles n'ont rien apporté à leur progression vers la certification. Cependant, ne peut-on pas questionner la prémisse qu'un apprenant prêt pour la certification en soit un qui ait effectué correctement un nombre prédéterminé d'actions sous supervision? N'est-il pas vrai que, même si le résident n'a pas été exposé à l'une des 90 situations particulières attendues, nous pourrions néanmoins conclure qu'il a acquis, au cours de ces cinq années de formation, les outils nécessaires pour affronter un problème clinique inhabituel dans sa future pratique? Autrement dit, à l'ère de la CPC, ne peut-on pas encore convenir que l'expérience acquise au fil des années compte dans le niveau de confiance des superviseurs envers un apprenant?



Ces questions émanent de craintes réellement rapportées par les résidents sur le terrain, qui espèrent non plus terminer leur résidence avant le temps précédemment requis, comme certains le leur faisaient miroiter, mais qui redoutent plutôt d'être incapables de « cocher » tous les APC et jalons exigés sans devoir prolonger indûment leur résidence. Le cas échéant, seraient-ils réellement moins compétents que leurs prédécesseurs?

Une des forces à la fois attendue et observée de la CPC est la multiplication des observations directes. À ce niveau, l'objectif est atteint, voire même surpassé. Les résidents ont souligné leur appréciation de ce que leur apporte l'observation objective et systématique de leurs compétences, mais ils décrivent certains effets pervers du nouveau système qui méritent réflexion. D'abord, le nombre et la nature des APC et des jalons – déterminés par un comité national – sont parfois inatteignables localement pour des raisons pratiques. À ce niveau, rappelons que la situation est urgente en anesthésiologie et qu'elle engendre beaucoup de stress chez les apprenants. Par ailleurs, l'évaluation de l'APC et de ses jalons sur une échelle de confiance porte à confusion. Les apprenants et les superviseurs ne sont pas formés et outillés pour son utilisation efficace. Cela a des conséquences directes sur la valeur des évaluations complétées.

La progression des candidats de la phase d'acquisition des fondements de la discipline jusqu'à la transition vers la pratique devait se faire par un processus transparent orchestré par le comité de compétence. Nos constatations dans les quatre universités québécoises nous ont malheureusement confirmé l'existence de nombreuses lacunes à cet égard. En effet, l'existence, la composition ou le fonctionnement du comité de compétence étaient souvent inconnus des résidents et la rétroaction individuelle inexistante. Il s'agit sans doute de l'observation qui fut la plus discordante avec ce que à quoi nous nous attendions.

En dernier lieu, il importe de souligner à nouveau le niveau d'anxiété élevé vécu par les résidents à la suite de l'implantation de la CPC. Ils reconnaissent les vertus de cette nouvelle approche qui favorise l'engagement de l'apprenant dans son parcours professionnel. Cependant, ils rapportent un manque de support administratif et éducatif dans les milieux, afin de s'assurer de la complétion des APC. De plus, le manque de sensibilité des programmes et des patrons face aux responsabilités pédagogiques accrues des apprenants est difficile à vivre au quotidien.

La responsabilité de cet état de fait est partagée entre différents acteurs. Est-ce que le Collège royal aurait démarré trop vite le processus? Les facultés de médecine ont-elles fait les démarches préalables nécessaires à l'implantation de la CPC dans leurs milieux? Les patrons et les superviseurs prennent-ils la véritable mesure du changement? Malheureusement, ce sont les médecins résidents qui en paient le prix. C'est pourquoi nous vous présentons les recommandations qui suivent.

## 4. Recommandations de la FMRQ concernant l'implantation de la CPC

Les recommandations marquées par des astérisques (\*\*\*) sont tirées de l'énoncé consensuel du Sommet des résidents sur la compétence par conception 2017. Elles concordent avec ce que les résidents ont dit dans les entretiens semi-dirigés. Tout ajout à un énoncé original est identifié par des crochets [ ].

### 4.1 Information et préparation avant le début de la résidence

#### Recommandation #1

Des renseignements de qualité concernant la CPC devraient être fournis aux étudiants de médecine avant leur entrée en résidence. Dans la mesure où la réduction de la durée d'un programme de résidence est peu probable, celle-ci ne devrait plus être communiquée aux candidats comme un atout de la CPC.

### 4.2 Formation et suivi pédagogique pendant la résidence

#### Recommandation #2

La formation dispensée aux résidents sur la CPC devrait être effectuée avant le début de la résidence ou au plus tard dans la première semaine de la résidence. Sa durée devrait permettre l'acquisition de l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques nécessaires au bon fonctionnement du résident au sein de la CPC.

Les objectifs de cette formation devraient être pragmatiques, c'est-à-dire permettant l'acquisition de concepts et d'outils dont les résidents ont besoin dans leur quotidien pour progresser dans la CPC.

Le rôle, le fonctionnement et la composition du comité de compétence doivent y être explicités.

#### Recommandation #3

Lors d'une transition dans le continuum de compétence (acquisition des fondements de la discipline, maîtrise de la discipline, transition vers la pratique), les résidents devraient être rencontrés, afin de leur présenter et d'expliquer les modalités ainsi que l'échéancier prévu de progression vers la prochaine étape. Ces entretiens doivent également permettre une rétroaction individualisée de leur progression en CPC, incluant les conclusions du comité de compétence.

#### Recommandation #4 \*\*\*

Tous les membres du corps professoral appelés à fournir des rétroactions sur les APC, autant lors des stages propres à la discipline que lors de ceux hors service, devraient recevoir une formation préalable et continue. La participation des superviseurs à ces formations devrait être documentée et obligatoire.

[AJOUT : Les superviseurs doivent avoir accès au même matériel explicatif sur la CPC que les résidents. Les documents doivent être disponibles à la fois en français et en anglais.]

### 4.3 Les évaluations – les jalons, les APC et le comité de compétence

#### Recommandation #5

Les comités de spécialité du CRMCC doivent assurer une vigie au niveau de la liste d'APC et de jalons à atteindre. Une réévaluation continue de leur pertinence doit être effectuée au cours de l'année d'implantation de la CPC, et périodiquement par la suite.

**5.1\*\*\*** Le nombre d'APC, de jalons et d'observations requis dans le cadre de la CPC doit tenir compte des contraintes pratiques dans les différents milieux de formation. À court terme, l'anesthésiologie bénéficierait particulièrement d'une révision de ces exigences.

**5.2** Les APC et jalons choisis doivent refléter une pratique pancanadienne propre à cette spécialité. De plus, ceux de nature non-technique doivent pouvoir être évalués dans des situations d'apprentissage authentiques.

#### Recommandation #6

Les critères d'évaluation des APC et des jalons devraient être explicités. Entre autres, il serait pertinent de fournir une courte description décrivant des performances « préconfiables » et « confiables » d'un résident de première année pour certaines APC fondamentales.

#### Recommandation #7 \*\*\*

Il est attendu que les résidents s'impliquent de façon active dans le processus de la CPC. Cependant, les départements et les programmes sont responsables de s'assurer que les formulaires d'évaluation acheminés par les résidents au corps professoral soient remplis dans un délai raisonnable.

#### Recommandation #8

Une infrastructure informatique adéquate et régulièrement mise à jour doit supporter l'évaluation et le suivi des APC. Une politique prévoyant des solutions alternatives doit être prévue pour permettre la progression des résidents en cas de bris de service prolongé.

Peu importe la plateforme utilisée, une rétroaction verbale devrait être donnée immédiatement après l'évaluation.

#### Recommandation #9 \*\*\*

Les programmes doivent fournir aux résidents un échéancier permettant d'apparier chaque APC avec un stage spécifique propice à son évaluation.

[AJOUT : Cet échéancier doit être réévalué de façon fréquente au cours de l'implantation de la CPC.]



### Recommandation #10

Dans le contexte où l'implantation de la CPC à travers les différentes spécialités se fera progressivement, des mesures d'atténuation doivent être prévues pendant la transition.

- 10.1** La progression dans les APC lors des stages hors service doit être favorisée. Un exemple d'une telle stratégie serait l'unique utilisation de formulaires d'évaluation du système d'éducation traditionnel. Conséquemment, les APC prévues dans ce stage devraient être créditées, sous condition de sa réussite.
- 10.2** Le dédoublement des méthodes d'évaluation (traditionnelle et CPC) devrait être réduit au minimum. Là où un système mixte existe à l'intérieur d'un même programme, une politique facultaire doit baliser l'utilisation des différentes méthodes d'évaluation. Entre autres, les règles encadrant les décisions relatives à la promotion du résident doivent être clairement explicitées.

### Recommandation #11

L'approche par compétences devrait être adaptée afin d'inclure certains éléments mieux évalués par le système traditionnel. Par exemple, les occasions d'évaluations sommatives sont à conserver, et la notion de confiance acquise avec le temps devrait être considérée.

### Recommandation #12 \*\*\*

La prise de décision relative à la promotion académique, qui relève des comités de compétence, doit être objective, transparente, détaillée et flexible. Elle ne devrait pas être fondée uniquement sur le nombre d'observations cliniques. Les résidents devraient être informés de cette relative flexibilité.

## 4.4 Autres recommandations

### Recommandation #13

Les facultés devraient expliciter les rôles et responsabilités de chaque acteur dans l'application de la CPC. Notamment, le rôle des résidents seniors devrait être clarifié et leur être communiqué.

### Recommandation #14 \*\*\*

Des mesures d'amélioration continue doivent être implantées dans une perspective à long terme.

- 14.1** Les programmes devraient favoriser la collaboration en sollicitant les commentaires des apprenants et des membres du corps professoral sur une base continue et utiliser ces commentaires pour l'amélioration de la CPC.
- 14.2** Le Collège royal devrait faciliter le partage des meilleures pratiques liées à la mise en application de la CPC, en collaboration avec les départements et les programmes, et clarifier les détails liés à la date prévue d'implantation.

### Recommandation #15

Les facultés de médecine et les programmes devraient être sensibles à la charge additionnelle de travail et de stress qu'apporte la CPC. À cette fin, des personnes ressources doivent être disponibles au besoin.

## Conclusion

Le recensement par entretiens semi-dirigés auprès de la première cohorte québécoise en CPC – celle d’anesthésiologie et d’ORL/CCF – fut un travail de longue haleine. Avoir réussi à motiver et à mobiliser plus de 80 % de ces résidents déjà très occupés afin de recueillir leurs commentaires par rapport à ce nouveau paradigme pédagogique est en soi un accomplissement. Cependant, à la lumière des observations rapportées, une chose apparaît claire : le travail ne fait que débiter. Ces observations sont parfois inspirantes, parfois troublantes, mais portent certainement à réflexion : comment peut-on faire mieux? Comment peut-on améliorer le processus d’implantation pour les 65 programmes à venir? Comment peut-on limiter l’impact d’un changement aussi drastique et identifier des solutions pragmatiques aux difficultés rencontrées? La beauté de ce type de questionnement est qu’il ressemble grandement au processus pédagogique énoncé dans l’approche par compétences, le même que l’on demande à nos apprenants. Sa principale difficulté sera indéniablement d’apporter les changements nécessaires, afin de faire de notre nouveau système de formation médicale un système « fiable ».

À cet égard, la FMRQ est déterminée à œuvrer à l’implantation de la CPC et à en faire un succès, dans la mesure où l’ensemble des acteurs impliqués, et le Collège royal au premier chef, s’assurent d’apporter rapidement les ajustements nécessaires, pour régler les difficultés que nous avons identifiées. Nous devons apporter ces changements de façon urgente, pour éviter que ceux-ci se fassent au détriment de la qualité de la formation. D’ailleurs, nous sommes d’autant plus préoccupés du fait que nous approchons de l’intégration de six nouveaux programmes en juillet 2018. Nous devons nous assurer que l’approche par compétences fasse en sorte d’améliorer la formation postdoctorale et la qualité des soins au Québec et dans l’ensemble du Canada.