



FÉDÉRATION DES
MÉDECINS RÉSIDENTS
DU QUÉBEC



Implantation de la « Compétence par Conception » au Québec — L'an 2 : Des problématiques qui persistent

Rapport du sondage réalisé par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)
auprès des cohortes 2017-2018 et 2018-2019 inscrites en CPC au Québec

Août 2019



NOTA BENE :

- (1) *Dans ce document, nous avons choisi de féminiser les termes qui désignent des personnes ou des fonctions de personnes pour refléter qu'ils regroupent tant des hommes que des femmes. Toutefois, dans ces cas, les participes passés sont accordés au masculin, conformément aux règles de la langue française.*
- (2) *Certains termes et principes utilisés dans ce document ne constituent pas la traduction la plus adéquate possible, comme les termes Compétence par conception (CPC) et APC (activité professionnelle fiable). La FMRQ a utilisé ces termes uniquement pour faciliter la correspondance des termes utilisés dans les documents officiels, traduits en français, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.*

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
2. NOTE MÉTHODOLOGIQUE	2
3. RÉSULTATS PAR THÈME	3
3.1. THÈME 1 : Formation et préparation	3
• Formation des médecins résident-e-s	
• Préparation des médecins superviseur-e-s	4
3.2. THÈME 2 : Aspects pédagogiques	6
• Révision du schéma de programme	
• Processus de rétroaction au quotidien	
• Progression dans le curriculum de compétence	7
• Comité de compétence	8
3.3. THÈME 3 : Méthodes d'évaluation	9
• Qualité de la rétroaction	
• Utilisation de l'échelle de confiance O-SCORE	10
• Cohabitation des modèles d'évaluation	
• Application de la CPC dans les stages ectopiques	
• Rôle des médecins résident-e-s sénior-e-s	11
3.4. THÈME 4 : Structure de la CPC	12
• Pertinence des APC et des jalons	
• Modifications depuis l'an dernier	13
• Plateforme informatique	
3.5. THÈME 5 : Satisfaction	15
• Anxiété et bien-être des médecins résident-e-s	
• Perception des médecins superviseur-e-s	16
• Ressources administratives et facultaires	
4. CONCLUSION	17
5. RECOMMANDATIONS	20

1. INTRODUCTION

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) déploie, depuis juillet 2017, un nouveau système de formation et d'évaluation des médecins résident·e·s selon l'approche 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 résident·e·s. Au début de l'année 2018, la FMRQ a réalisé une étude portant sur l'expérience des médecins résident·e·s de niveau R1 dans les deux programmes en CPC, soit l'anesthésiologie et l'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale (ORL/CCF). Le groupe comptait alors 32 médecins résident·e·s et nous avons obtenu un taux de participation de 81 %. Les résultats des entretiens semi-dirigés ont mené la FMRQ à formuler [15 recommandations](#) (pages 15 à 17 du rapport) visant à améliorer le processus d'implantation de la CPC dans les programmes concernés. Douze mois plus tard, la FMRQ a voulu mesurer la progression de l'implantation de la CPC au Québec à partir des recommandations qu'elle avait formulées un an plus tôt à la suite des entretiens semi-dirigés de 2018. Considérant le nombre de programmes et de médecins résident·e·s maintenant formés et évalués selon l'approche par compétences, la FMRQ a décidé d'élaborer un questionnaire et de l'administrer à l'ensemble des médecins résident·e·s du Québec effectuant leur résidence dans un programme en CPC, par l'entremise d'un sondage électronique sur la plateforme SurveyMonkey.

2. NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Le questionnaire a été développé à partir des principales recommandations formulées par la FMRQ au printemps 2018. Les questions tentent généralement de mesurer le niveau d'implantation des recommandations de la FMRQ, notamment en ce qui a trait aux éléments problématiques soulevés lors de l'étude réalisée par la FMRQ auprès des médecins résident-e-s en CPC en 2017-2018. Le questionnaire a été testé et révisé, dans les deux langues, à la fois par le comité des Affaires pédagogiques – Spécialités de la FMRQ et par d'autres médecins résident-e-s, dont deux qui sont en CPC. Le questionnaire comportait près de 60 questions, dont 12 questions à développement. Il a également été convenu d'administrer le questionnaire exactement un an après la tenue des entretiens semi-dirigés effectués pour l'étude de 2018, soit après 7 mois d'exposition à la CPC pour les médecins résident-e-s des programmes en CPC en 2018-2019, et après 19 mois pour ceux ayant débuté leur formation en CPC en juillet 2017.

Au total, 173 médecins résident-e-s du Québec, incluant les moniteurs et monitrices cliniques, dans tous les programmes en CPC en 2018-2019 et de toutes les facultés de médecine du Québec, ont reçu une invitation par courriel à prendre part au sondage. Les spécialités visées par le sondage sont les suivantes : l'anesthésiologie et l'ORL/chirurgie cervico-faciale (cohorte 1 et 2), et pour 2018-2019 (cohorte 2), les médecins résident-e-s en médecine d'urgence, pathologie judiciaire, oncologie médicale, néphrologie, fondements chirurgicaux et urologie. L'invitation a été envoyée le 8 février 2019, et a été suivie de deux rappels par courriel les 15 et 21 février, et de rappels téléphoniques entre le 19 et le 25 février. Le sondage a été fermé le 27 février 2019. Le taux de réponse global à ce sondage a atteint 67 % (116/173), soit 85 % de la cohorte 1 (2017-2018) et 63 % de la cohorte 2 (2018-2019).

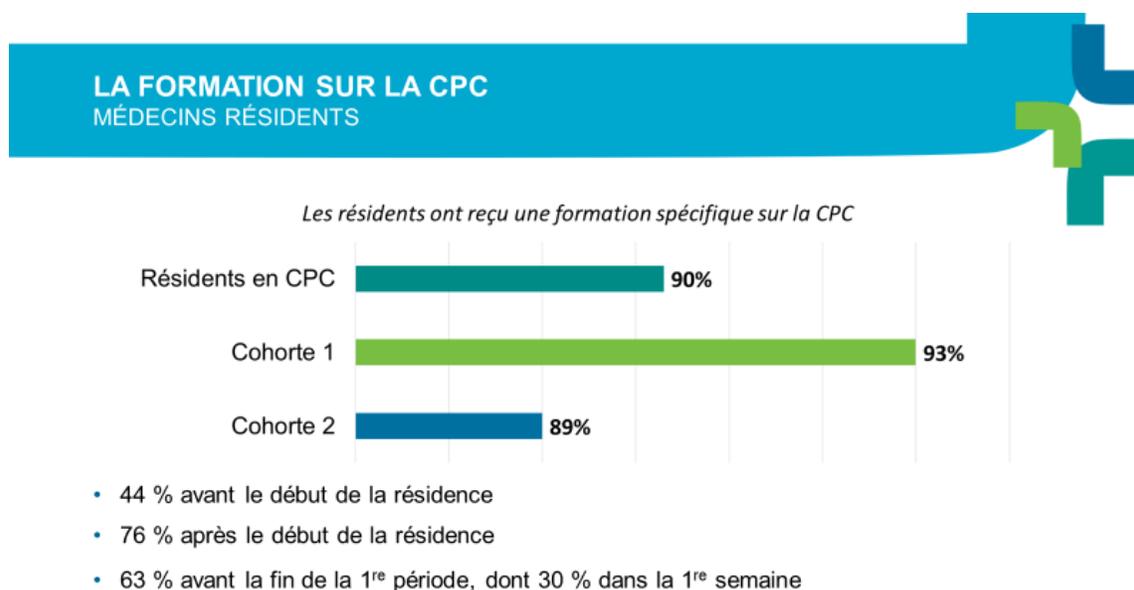
3. RÉSULTATS PAR THÈME

3.1. THÈME 1 : Formation et préparation

Formation des médecins résident·e·s

Au printemps 2018, la FMRQ avait recommandé que la diffusion d'information et la formation des médecins résident·e·s et des médecins superviseur·e·s, incluant les médecins résident·e·s sénior·e·s dans les programmes concernés qui ne sont pas dans une cohorte en CPC mais dont le programme est en CPC, se fasse avant ou au tout début de l'année académique, voire au plus tard dans la première semaine de résidence. Nous avons donc voulu vérifier si cette recommandation avait été retenue par les autorités concernées et mesurer l'impact de ces mesures sur le terrain au quotidien. Les résultats qui suivent suggèrent une amélioration notable par rapport aux commentaires recueillis dans le cadre des entretiens semi-dirigés en 2018.

Au total, 90,3 % des répondant·e·s rapportent avoir reçu une formation sur la CPC (93 % dans la cohorte 2017-2018 et 89 % dans la cohorte 2018-2019). Quarante-quatre pour cent (44 %) de l'ensemble des médecins résident·e·s sondés ont reçu une formation avant le début de leur résidence et 76 % ont reçu une formation après le début de la résidence. Il est à noter que les répondant·e·s peuvent avoir reçu la formation à deux reprises, soit avant et après le début de la résidence. Soixante-trois pour cent (63 %) des médecins résident·e·s ont reçu leur formation après le début de leur résidence, mais avant la fin de la première période. De ce nombre, 30 % l'ont reçue au cours de la première semaine de résidence.



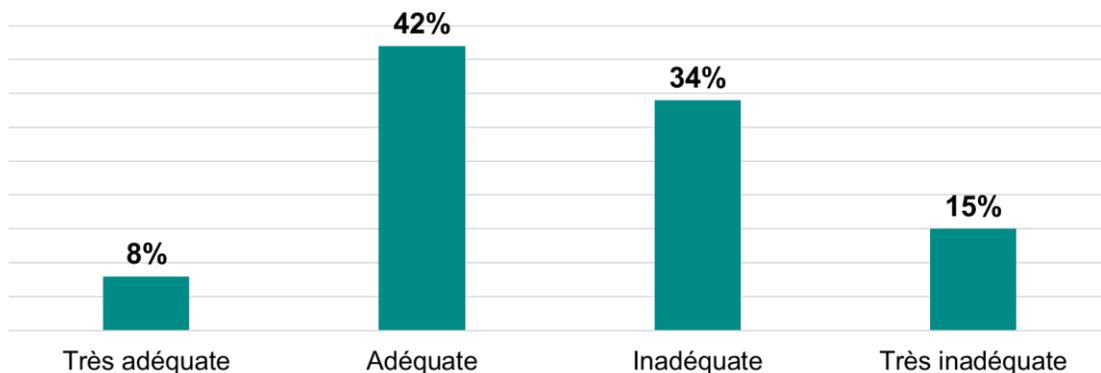
La formation est majoritairement donnée par les directeurs et directrices de programme ou un membre du corps professoral. La durée de la formation se situe entre une et trois heures pour 63,5 % des répondant-e-s et la majorité (58 %) considèrent que l'information reçue et la durée de la formation leur a permis d'acquérir l'ensemble des connaissances nécessaires au bon fonctionnement de leur résidence en CPC.

Bien que les médecins résident-e-s semblent généralement satisfaits de la formation sur la CPC donnée en début d'année, plusieurs rapportent toutefois se sentir laissés à eux-mêmes par la suite et devoir lire beaucoup de documents pour être en mesure de bien comprendre leurs tâches dans leur formation en CPC. Les médecins résident-e-s n'ayant reçu aucune formation sur la CPC (environ 10 %) apparaissent particulièrement anxieux et dépassés par cette nouvelle façon de faire. Un certain nombre de médecins résident-e-s disent même ne pas avoir été en mesure d'assister à la formation sur la CPC n'ayant pas été libérés de leur milieu de stage (stage à l'extérieur ou ectopique).

Préparation des médecins superviseur-e-s

Il est à noter que 49 % des médecins résident-e-s considèrent que la formation des membres du corps professoral de leur spécialité est inadéquate ou très inadéquate et ce pourcentage augmente de façon significative à 68 % pour les médecins superviseur-e-s des stages ectopiques.

La formation reçue par les membres du corps professoral appelés à fournir des rétroactions sur vos APC lors des stages propres à la discipline était :



Les répondant·e·s sont nombreux à rapporter avoir l'impression d'être eux-mêmes responsables d'enseigner aux médecins superviseur·e·s le fonctionnement de la CPC et la façon de remplir les formulaires d'évaluation des *activités professionnelles confiées*¹ (APC).

Les médecins résident·e·s rapportent une certaine confusion chez les médecins superviseur·e·s concernant la compréhension et l'application de l'échelle de confiance O-SCORE (« Ottawa Surgical Competency Operating Room Evaluation »). En effet, les médecins superviseur·e·s semblent peu informés des critères d'évaluation des APC au moment de compléter les formulaires. On note dans les commentaires que les répondant·e·s ont l'impression que les médecins superviseur·e·s manquent de formation sur le degré d'autonomie adéquat pour un R1 ou le degré d'autonomie suffisant pour la réussite d'une APC.

Cependant, les médecins résident·e·s de la cohorte 2017-2018 ont remarqué de l'amélioration entre l'an dernier et cette année; à leur avis, les médecins superviseur·e·s semblent mieux comprendre le concept de la CPC, mais la participation demeure très variable et parfois très difficile à obtenir pour certains.

¹ Idem note (2) p. ii

3.2. THÈME 2 : Aspects pédagogiques

Révision du schéma de programme²

À la suite de l'étude effectuée l'an dernier, il avait été recommandé aux programmes de s'assurer de fournir un échéancier ferme permettant d'apparier chaque APC avec un stage spécifique propice à son évaluation. Cette pratique fait d'ailleurs partie des tâches des programmes, en prévision de l'implantation de la CPC, tel que recommandé par le Collège royal. Cette année, on constate une nette amélioration à ce niveau, alors que 71 % des médecins résident-e-s rapportent avoir reçu un tel outil.

Par contre, certains problèmes particuliers persistent au niveau de l'organisation du cursus et des grilles de stages. Plusieurs médecins résident-e-s rapportent que le cursus a été peu ou pas adapté à la nouvelle réalité de la CPC, entraînant des difficultés pour compléter certaines APC dans le contexte actuel. Ceci est particulièrement vrai pour certains programmes de fondements chirurgicaux. Par exemple, en obstétrique et gynécologie, il est attendu que les médecins résident-e-s soient exposés à de la traumatologie, alors que ce n'est pas offert dans tous les milieux.

Processus de rétroaction au quotidien

Les médecins résident-e-s rapportent les mêmes difficultés que l'an dernier à obtenir des évaluations sur une base quotidienne. Certains groupes de médecins superviseur-e-s refusent de participer à la CPC et de remplir des évaluations d'APC, car ils considèrent que cette procédure constitue une charge de travail supplémentaire. D'autres préfèrent remplir l'évaluation à temps perdu, sans nécessairement donner de rétroaction verbale aux médecins résident-e-s. Lorsque c'est le cas, les médecins résident-e-s doivent faire plusieurs rappels afin que leur évaluation d'APC soit consignée. Les médecins résident-e-s aimeraient que les facultés s'impliquent davantage dans le dossier et encouragent les médecins superviseurs-e-s en milieu clinique à faire preuve de plus de rigueur dans la gestion des évaluations.

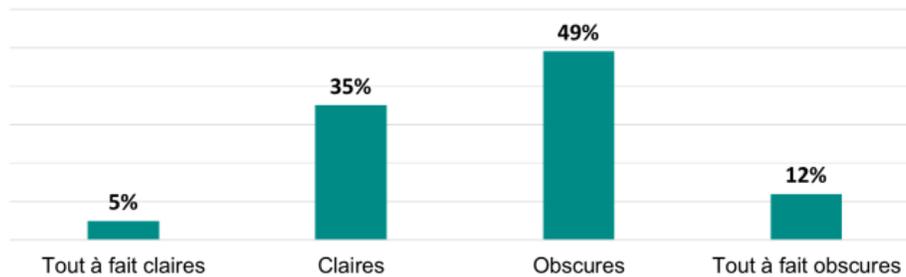
² Idem note (2), page ii *Curriculum mapping* / Schéma de programme

Progression dans le curriculum de compétence

Les règles encadrant les décisions relatives à la promotion des médecins résident·e·s d'une étape à l'autre dans le cadre du curriculum de compétence de la CPC sont obscures ou tout à fait obscures pour 61 % des répondant·e·s. Près des trois quarts des médecins résident·e·s de la cohorte 2017-2018, soit 74 %, continuent de penser que le processus est nébuleux, malgré plus d'un an d'évolution dans la CPC, et ce, bien que la progression à travers les différentes étapes leur semble flexible. Le cadre réglementaire et les décisions du comité de compétence restent flous. Il y a, entre autres, beaucoup d'incertitude quant au nombre d'observations requises, de même qu'à la nécessité de remplir toutes les évaluations pour la promotion entre les étapes et de compléter toutes les APC.

LES ASPECTS PÉDAGOGIQUES PROGRESSION D'UNE ÉTAPE À L'AUTRE

Les règles encadrant les décisions relatives à la promotion vous apparaissent:



- 74 % de la cohorte 1 jugent le processus nébuleux
- Beaucoup d'incertitudes

Comité de compétence

Au moment de compléter le sondage, et ce, malgré plus de 6 mois en CPC pour les médecins résident·e·s ayant débuté cette année, le quart des répondant·e·s de la cohorte 2 (26 %) rapportent ne pas avoir été informés du rôle, du fonctionnement et de la composition du Comité de compétence. Par ailleurs, 38 % de l'ensemble des répondant·e·s des cohortes 1 et 2 ayant reçu de l'information sur le Comité de compétence disent avoir reçu de l'information partielle.

Cinquante-deux pour cent (52 %) des répondant·e·s de la cohorte 1 avaient reçu une décision de leur Comité de compétence au moment du sondage. Il nous apparaît peu probable que tous ces médecins résident·e·s en soient encore à l'étape de la « Progression vers la discipline » après 19 mois de formation. Une décision du Comité de compétence a probablement été émise, mais sans que les médecins résident·e·s n'en aient été informés de manière claire et transparente. La progression semble implicite alors qu'elle devrait être explicite et objective selon les critères convenus dans le cadre de la CPC, tel que décrit par le Collège royal. Chez les médecins résident·e·s de la 2^e cohorte (2018-2019), 69 % rapportent n'avoir pas encore reçu de décision de la part de leur Comité de compétence après plus de 6 mois en CPC. Il n'a pas été possible de déterminer les raisons de ce retard (fonctionnement du comité versus problèmes de communication avec les médecins résident·e·s). Pour ceux et celles qui ont reçu une telle décision, la flexibilité, la transparence et l'objectivité de la décision semblaient appréciées.

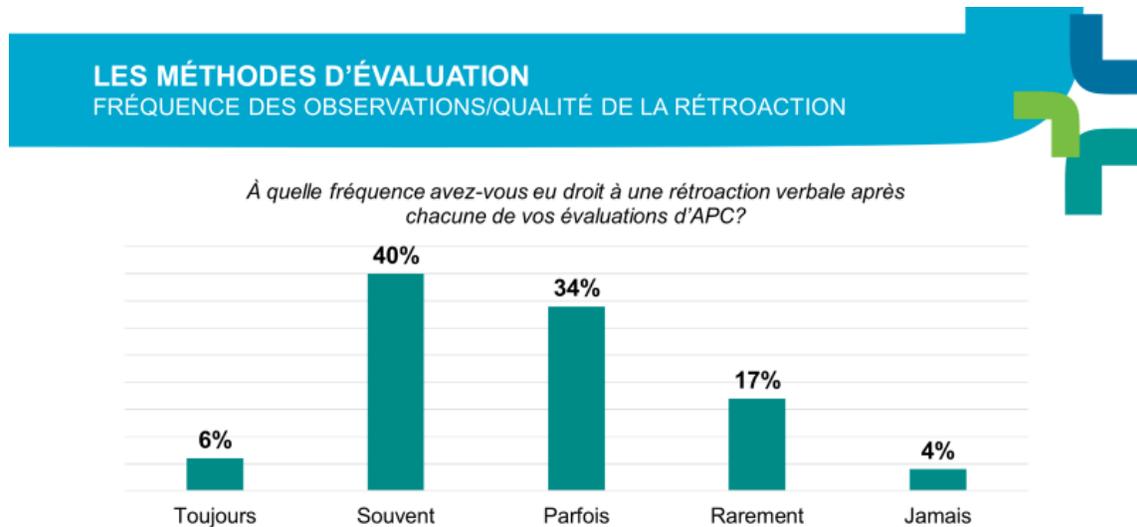
3.3. THÈME 3 : Méthodes d'évaluation

Qualité de la rétroaction

En théorie, les évaluations sous la CPC devraient favoriser une augmentation de la rétroaction par les médecins superviseur·e·s. Cependant, cette démarche est associée à une certaine lourdeur administrative, telle que soulevée à plusieurs reprises par les médecins résident·e·s.

Des médecins résident·e·s rapportent avoir obtenu des évaluations d'APC par observations indirectes, c'est-à-dire en décrivant au médecin superviseur·e ce qu'ils ont fait ou ce qu'ils feraient dans une situation particulière. Cela dit, 95 % des médecins résident·e·s soulèvent que leurs APC de nature non technique ont été évaluées dans des situations authentiques d'apprentissage, ce qui apparaît comme une amélioration par rapport à la situation qui prévalait en 2017-2018.

Toutefois, des médecins résident·e·s ont l'impression de recevoir moins de rétroaction sur leur progression globale comparativement à l'ancien modèle d'évaluation mais, heureusement, plusieurs médecins résident·e·s notent une augmentation des observations directes et de la rétroaction quotidienne. Ainsi, 65 % des répondant·e·s rapportent recevoir de la rétroaction individualisée de leur progression en CPC. Quelque 21 % des répondant·e·s rapportent ne jamais avoir, ou avoir rarement, de la rétroaction verbale après les évaluations des APC (4 % pour la 1^{re} cohorte et 26 % pour la 2^e cohorte).



Les médecins résident·e·s soulignent également devoir demander à plusieurs reprises que les médecins superviseur·e·s remplissent leurs évaluations. Celles-ci sont souvent remplies plusieurs semaines/mois après l'observation, limitant ainsi la qualité de la rétroaction. Seulement 28 % des médecins résident·e·s disent avoir un soutien de leur département ou programme pour que les évaluations d'APC soient remplies dans un délai raisonnable (30 % un soutien partiel et 43 % aucun soutien). De plus, étant donné le grand nombre d'APC à réaliser, les évaluations sont souvent complétées à la hâte.

Utilisation de l'échelle de confiance O-SCORE

L'évaluation des jalons et des APC dans le cadre de la CPC, telle que promue par le Collège royal, se base sur l'échelle de confiance O-SCORE (*Ottawa Surgical Competency Operating Room Evaluation*). Cette échelle se veut une évaluation de la « confiabilité », soit la capacité des médecins résident-e-s à exécuter une action de façon indépendante. Bien que la philosophie derrière l'échelle soit simple, son application sur le terrain demeure assez complexe.

Tel que rapporté plus tôt, les médecins résident-e-s perçoivent une certaine confusion chez les médecins superviseur-e-s quant à l'utilisation de l'échelle de confiance O-SCORE dans le cadre de l'évaluation des APC. De plus, les médecins résident-e-s jugent que les critères qui déterminent comment une APC est réussie ou pas ne sont pas clairs et y perçoivent une application subjective qui varie selon le contexte. La notion de « confiabilité » et la façon dont elle est évaluée semblent aussi être un concept abstrait et méconnu.

Cohabitation des modèles d'évaluation

Les médecins résident-e-s notent une importante augmentation de la charge administrative liée à l'implantation de la CPC et le niveau de détresse a augmenté en conséquence. Quarante-trois pour cent (93 %) des répondant-e-s de la 1^{re} cohorte rapportent vivre un dédoublement des méthodes d'évaluation dans leur milieu d'apprentissage comparativement à 57 % des médecins résident-e-s de la 2^e cohorte.

Parmi les médecins résident-e-s ayant rapporté un dédoublement des méthodes d'évaluation pré et post-CPC, seulement 22 % des répondant-e-s de la cohorte 1 rapportent l'existence d'une politique facultaire, départementale ou au sein de leur programme balisant le chevauchement des deux méthodes d'évaluation. Ce chiffre diminue à 12 % pour la cohorte 2.

Application de la CPC dans les stages ectopiques

Une autre problématique soulevée par les répondants est la difficulté pour ceux-ci d'obtenir des évaluations durant leurs stages ectopiques. Près du tiers des répondant-e-s (29 %) rapportent ne pas avoir été en mesure de recueillir des évaluations durant leurs stages ectopiques. Les principales raisons évoquées sont l'absence de formation et le manque de motivation des médecins superviseur-e-s. Ceci est particulièrement problématique dans le contexte où les stages ectopiques en CPC sont souvent ajoutés au cursus dans le but de faciliter la complétion de certaines APC plus difficiles à obtenir dans les stages de la spécialité principale.

De plus, 43 % des médecins résident·e·s mentionnent que des APC réussies en stage ectopique n'ont pas été comptabilisées dans leur dossier. Les répondant·e·s rapportent que ceci entraîne une charge de travail supplémentaire puisque les médecins résident·e·s doivent répéter des APC déjà complétées et réussies.

Rôle des médecins résident·e·s sénior·e·s

Au quotidien, les médecins résident·e·s sont unanimes à dire que les sénior·e·s qui les supervisent jouent un rôle primordial dans leur apprentissage. En effet, les sénior·e·s travaillent en étroite collaboration avec leurs collègues junior·e·s et offrent régulièrement un enseignement formel, une supervision clinique et une évaluation. Ils sont aussi généralement plus disponibles que les médecins superviseur·e·s.

Malgré cette interaction positive, seulement 63% des médecins résident·e·s en CPC rapportent avoir eu recours à des sénior·e·s pour l'évaluation d'une APC. On note que la 2^e cohorte (2018-2019) fait appel plus souvent aux sénior·e·s pour les évaluations, dans une proportion de 67 % versus 48 % pour la cohorte 1. Cette situation pourrait être liée au fait que certains programmes, dont l'anesthésiologie, n'ont pas recours aux sénior·e·s pour former les médecins résident·e·s dans la même mesure que d'autres. Par ailleurs, le rôle des sénior·e·s en CPC demeure encore très mal défini, malgré une recommandation à l'effet de reconnaître leur rôle et de les former dans notre précédent rapport. Ce rôle semble varier selon les milieux et certains programmes auraient clairement établi qu'il n'est pas possible pour des sénior·e·s de remplir une APC. Nous n'avons malheureusement pas d'information sur les raisons qui expliqueraient une telle décision à ce moment-ci. Il est important de mentionner par ailleurs que la CPC est implantée aussi dans certaines surspécialités médicales qui concernent les R4 et plus, comme c'est le cas en oncologie médicale.

3.4. THÈME 4 : Structure de la CPC

Pertinence des APC et des jalons

De façon générale, les médecins résident·e·s ont une bonne compréhension du fonctionnement de la CPC, incluant les APC, les jalons et le nombre d'observations requises. Il est aussi encourageant de constater que 59 % des répondant·e·s affirment que les APC et les jalons spécifiques à leur spécialité reflètent bien la pratique dans leur milieu. Cependant, seulement 32 % des répondant·e·s au sondage rapportent avoir eu une présentation et des définitions claires des APC et des jalons avant leur évaluation.

Par ailleurs, plusieurs commentaires ont été formulés quant au trop grand nombre et à la complexité des APC et des jalons. Les médecins résident·e·s se disent insatisfaits, voire découragés, du nombre d'APC, de jalons et d'observations à atteindre. Cette tendance est assez répandue à travers les différents programmes en CPC, et ce, malgré les ajustements qui ont pu être effectués dans les programmes d'ORL et d'anesthésiologie, programmes dans lesquels ce problème avait été identifié dans le cadre des entretiens semi-dirigés tenus en 2018 avec les médecins résident·e·s de la cohorte 2017-2018.

Il a été noté à plusieurs reprises que les jalons, plus spécifiquement, auraient intérêt à être simplifiés au maximum pour en faciliter la compréhension. Les énoncés sont parfois lourds ou trop longs, entraînant de la frustration autant chez les médecins résident·e·s que chez les médecins superviseur·e·s qui complètent les évaluations. On rapporte également que certaines traductions françaises contiennent des erreurs, ou sont même incompréhensibles.

De plus, les répondant·e·s rapportent de nombreux exemples d'un nombre d'APC, de jalons et/ou d'observations impossibles à atteindre. Cela est particulièrement vrai pour certaines spécialités chirurgicales n'ayant pas adapté le cursus de leur première année de formation pour atteindre les APC des fondements chirurgicaux. Les médecins résident·e·s notent également que certaines APC de « prise en charge », particulièrement en situation urgente, exigent des interventions rapides avant l'arrivée des médecins superviseur·e·s ou sont peu adaptées au niveau R1. L'exposition clinique et la supervision dans les milieux devraient donc être modifiées en conséquence. Le cas échéant, des ajustements de ces APC devraient être effectués afin de mieux refléter la réalité des milieux.

Bien qu'il ait été recommandé par le Collège royal que le nombre d'APC, de jalons et d'observations à atteindre soit utilisé comme un guide et adapté à chaque programme selon les particularités locales, il semblerait que cette recommandation ne soit pas uniformément appliquée. On constate une certaine rigidité, voire une incompréhension, de la part de certains programmes concernant le nombre d'observations requises, ce qui crée une pression indue sur les médecins résident·e·s. Ainsi, 43 % des répondant·e·s affirment que le nombre d'APC, de jalons et d'observations ne tient pas compte des contraintes liées à la pratique dans leur milieu de formation.

Modifications depuis l'an dernier

Concernant les modifications apportées au nombre d'APC, de jalons et d'observations, les résultats de la 1^{re} cohorte nous montrent qu'il y a eu une révision des exigences, du moins dans certaines disciplines. En effet, 44 % des répondant-e-s de la 1^{re} cohorte ont observé une diminution du nombre d'APC à atteindre et 30 %, une diminution du nombre d'observations et de jalons, même s'il reste des ajustements à faire pour que ces paramètres reflètent mieux la réalité de la pratique dans les milieux de formation, selon certains.

Par ailleurs, plusieurs médecins résident-e-s rapportent des problématiques locales occasionnées par des changements dans les règles entourant la CPC en cours de route. Dans ce contexte, la politique adoptée sur les « *Standards Versioning in CBD* », qui prévoit que les nouveaux changements à la CPC soient intégrés à la prochaine étape, semble tout à fait appropriée et devrait être appliquée autant pour des changements majeurs proposés par le Collège royal, que pour les changements locaux au sein d'un programme. Par exemple, certains médecins résident-e-s de la 1^{re} cohorte se seraient fait dire en fin d'année que les APC remplies par des médecins résident-e-s sénior-e-s, notamment dans des stages ectopiques au cours de l'année, ne seraient pas comptabilisées, ce qui a entraîné un important déficit dans le nombre d'observations complétées.

Plateforme informatique

Lors de notre premier rapport en 2018, l'importance d'avoir une plateforme informatique adaptée et fonctionnelle avait été soulevée. L'utilisation d'un portfolio électronique, qui s'est répandue depuis, semble améliorer la collecte des APC. La cohorte 1 rapporte utiliser le format papier dans une proportion de 15 % et les deux formats (papier et plateforme électronique) dans une proportion de 59 %. Cependant, seulement 10 % des médecins résident-e-s de la deuxième cohorte ont répondu qu'ils utilisaient uniquement le format papier pour remplir leurs formulaires d'évaluation d'APC et 23 % rapportent utiliser à la fois le papier et le support informatique. Bien que les médecins résident-e-s rapportent une accessibilité et une facilité accrues à remplir leurs formulaires en format papier, les mécanismes pour la comptabilisation et la revue de ces données ne sont pas clairs. Plusieurs médecins résident-e-s rapportent que leurs évaluations sur papier n'ont toujours pas été intégrées à leur dossier dans le portfolio électronique ou même prises en compte lors de leur évaluation. Il nous apparaît évident que, sans un moyen facile de télécharger les données papier sur une plateforme électronique, le format papier deviendra rapidement inadéquat pour supporter la CPC, surtout dans un contexte où les observations se multiplieront au fil du temps.

Par ailleurs, les avis sont partagés quant au fonctionnement des plateformes informatiques. Alors que certains programmes utilisent un système « maison » apparemment très fonctionnel, plusieurs répondant-e-s ont partagé les difficultés qu'ils rencontrent avec la plateforme offerte par le Collège royal (ePortfolio). Les limites concernant son utilisation semblent principalement liées à des problèmes de connectivité ou d'accessibilité. Ainsi, les médecins résident-e-s ont fréquemment rapporté que plusieurs médecins superviseur-e-s n'avaient pas accès au logiciel ou oubliaient fréquemment leur code d'accès et leur mot de passe, limitant ainsi les opportunités d'évaluation. Cela était particulièrement vrai lors des stages ectopiques dans des spécialités n'ayant pas débuté la CPC. Il y aurait toutefois eu une amélioration de ce phénomène, certains programmes étant plus proactifs que d'autres.

On rapporte également que l'utilisation d'une plateforme électronique diminuerait le nombre d'évaluations en temps réel. Il n'a pas été possible de déterminer la cause précise de cette observation. Toutefois, il est probable que le phénomène soit multifactoriel, considérant la variété des réponses fournies par les médecins résident-e-s: problèmes d'accès, manque de fluidité, instabilité de l'application mobile, et complexité des APC limitant l'utilisation de la plateforme sur mobile. Il est intéressant de noter que plusieurs médecins résident-e-s ont suggéré des améliorations possibles aux logiciels.

Par ailleurs, seulement 24 % des répondant-e-s se disent informés d'une procédure alternative pour enregistrer leurs APC en cas de bris informatique ou de non-disponibilité de la plateforme.

Rappelons ici que la FMRQ poursuit ses représentations auprès du Collège royal et des facultés de médecine quant à l'importance d'assurer la protection des renseignements personnels des médecins résident-e-s, dans le contexte de transferts de données via des plateformes électroniques, et en particulier quant aux droits d'accès à ces informations, dont les évaluations auxquelles seulement les médecins résident-e-s et les représentant-e-s autorisé-e-s par les facultés de médecine devraient avoir accès.

3.5. THÈME 5 : Satisfaction

Lorsque nous avons demandé aux médecins résident·e·s quel était leur niveau de satisfaction avec la CPC sur une échelle de 1 à 10 (1 représentant le plus bas et 10 le plus haut niveau de satisfaction), nous avons obtenu une moyenne pondérée de 4,1 (3,7 pour la 1^{re} cohorte et 4,2 pour la 2^e cohorte).



À l'heure actuelle, il est clair que la CPC entraîne une charge de travail supplémentaire pour les médecins résident·e·s et les superviseur·e·s dans certains milieux. Dans un contexte clinique déjà surchargé, les différents intervenant·e·s ont peu de temps et de ressources à y consacrer.

Anxiété et bien-être des médecins résident·e·s

Comme mentionné plus tôt, la responsabilité inhérente à la complétion des APC est laissée aux médecins résident·e·s, qui doivent identifier leurs propres occasions d'apprentissage et trouver des médecins superviseur·e·s qui sont prêts à procéder aux observations et à remplir un formulaire d'évaluation d'APC. Dans le contexte actuel, cela représente une tâche additionnelle exigeante pour plusieurs médecins résident·e·s, qui n'arrivent en général pas à obtenir assez d'observations directes ou indirectes pour remplir les exigences de chaque APC. Même lorsque les médecins résident·e·s arrivent à avoir des observations directes, la rétroaction n'est souvent pas à la hauteur de leurs attentes et le formulaire n'est pas complété sur la plateforme en ligne.

Toutes ces difficultés génèrent un niveau d'anxiété significatif chez certains médecins résident-e-s. Plusieurs rapportent que la CPC est « l'élément le plus stressant de leur résidence ». D'autres regrettent de faire leur résidence dans un programme en CPC ou sont amers d'être les cobayes d'un système de formation et d'évaluation implanté trop rapidement, qui a occasionné beaucoup d'improvisation autant de la part des facultés que de celle du Collège royal dans la phase d'implantation. Trop de médecins résident-e-s ont l'impression de faire les frais de cette mauvaise planification, encore cette année. Plusieurs répondant-e-s reconnaissent les avantages potentiels de la CPC, mais ne sentent pas qu'ils en retirent les bénéfices escomptés. Déjà que la résidence en soi est stressante et épuisante, l'ajout de la CPC semble avoir un effet négatif significatif sur le bien-être général des médecins résident-e-s.

Perception des médecins superviseur-e-s

Ce sondage ne permettait d'évaluer que la perception des médecins résident-e-s qui nous ont fait part de leur perception quant au degré de motivation et à l'intérêt « mitigé » des médecins superviseur-e-s à remplir les formulaires pour les APC, les jalons et les observations, mais est-ce vraiment le cas? Nous ne pouvons le confirmer. C'est pourquoi nous sommes d'avis qu'il serait important de faire un exercice similaire auprès des superviseur-e-s, afin de mieux comprendre les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Y-a-t-il réellement un manque de motivation et d'intérêt du côté des médecins superviseur-e-s? Ou est-ce simplement un manque de formation et d'information quant aux APC et aux jalons? Y-a-t-il un manque de support administratif et facultaire pour les médecins superviseur-e-s aussi? Il est probable que toutes ces réponses soient au moins en partie vraies, mais il serait plus qu'intéressant d'avoir leur version des faits. Dans tous les cas, il est primordial que les problématiques vécues par les médecins superviseur-e-s soient traitées, car, présentement, les médecins résident-e-s se sentent submergés par tous les changements inhérents à la CPC.

Ressources administratives et facultaires

En général, les ressources administratives et facultaires en support à la CPC apparaissent déficientes. Les médecins résident-e-s doivent s'occuper de nombreux détails administratifs liés à la CPC, incluant l'identification d'opportunités d'évaluation et de médecins superviseur-e-s participants, en plus de devoir faire des rappels constants pour s'assurer que les évaluations des APC soient remplies. Il est également important de noter que les médecins résident-e-s rapportent fréquemment devoir expliquer aux médecins superviseur-e-s le fonctionnement de la CPC et le contenu des APC. Ces tâches supplémentaires sont extrêmement lourdes pour des médecins résident-e-s, car elles s'ajoutent aux tâches cliniques régulières qui n'ont pas été réduites pour autant, et se superposent aussi souvent à l'ancien système d'évaluation, lequel est maintenu fonctionnel dans de nombreux programmes.

4. CONCLUSION

En conclusion, l'application de la CPC au Québec en 2018-2019 demeure problématique à bien des égards et ces difficultés se doivent d'être soulevées. Certaines améliorations ont été notées par rapport à l'an 1 de la CPC dans notre sondage, notamment au niveau de la préparation des médecins résident·e·s en début de formation ainsi que du nombre d'APC et de jalons. Toutefois, beaucoup de travail doit encore être fait pour arriver à affirmer que l'implantation de la CPC est un quelconque succès.

Au niveau de la préparation des médecins résident·e·s, de nombreux détails semblent encore leur échapper et auraient avantage à être clarifiés dans les formations futures offertes par le Collège royal et les universités. Notamment, l'existence même des comités de compétence, leur fonctionnement et les règles qui gouvernent la promotion des médecins résident·e·s au sein du continuum de compétence³ demeurent très obscurs. Il nous apparaît assez inadéquat que plusieurs médecins résident·e·s qui avaient terminé la période de « progression vers la discipline » et qui approchaient la fin de la période d'« acquisition des fondements de la discipline », dans certains cas, n'avaient pas reçu de rétroaction générale du comité de compétence quant à leur progression sur le continuum.

Les médecins résident·e·s perçoivent aussi que la préparation des médecins superviseur·e·s est toujours sous-optimale, ce qui mène à plusieurs difficultés dans l'application de la CPC sur le terrain. Un élément particulièrement contentieux semble être l'utilisation de l'échelle de confiance O-SCORE et l'absence de transparence au niveau des critères qui sous-tendent la réussite d'un jalon ou d'une APC.

De plus, la complétion régulière, sur le terrain, des observations nécessaires au succès de chaque APC demeure problématique. Par manque de motivation, de formation, de ressources ou même de temps, beaucoup trop de médecins superviseur·e·s demeurent réticents à observer les médecins résident·e·s et à compléter des évaluations régulièrement avec eux. D'ailleurs, même lorsqu'une observation est effectuée, les médecins résident·e·s ont encore souvent de la difficulté à obtenir de la rétroaction immédiate et appropriée, et ont l'impression de devoir « courir » sans arrêt après leurs médecins superviseur·e·s pour qu'ils remplissent les fiches d'évaluation.

Particulièrement en ce qui a trait aux plateformes informatiques de la CPC, bien que celles-ci soient un outil essentiel à la collecte des données d'évaluation, la performance du système demeure toutefois sous-optimale à l'heure actuelle. De nombreuses améliorations sont souhaitables à cet égard, dans le but d'en faciliter l'accès et l'utilisation, le tout dans le plus strict respect du droit des médecins résident·e·s à la protection de leurs renseignements personnels, un enjeu sur lequel insiste la FMRQ depuis le début de l'implantation de la CPC.

³ Idem note (2) en page ii

Bien que plusieurs médecins résident·e·s tentent de demeurer optimistes quant au futur fonctionnement de la CPC et gardent espoir que les avantages théoriques qu'on leur a fait miroiter avant l'implantation puissent se matérialiser, ils se sentent actuellement victimes d'une implantation hâtive et imparfaite sur laquelle ils n'ont que très peu de contrôle.

On ne peut passer sous silence ici que des voix se sont élevées l'an dernier, partout au Canada, pour oser proposer un moratoire quant à l'implantation de la CPC. Bien que la FMRQ n'était pas de ces groupes réclamant une pause complète d'implantation, ses dirigeant·e·s étaient par ailleurs fort préoccupés devant la perspective de laisser le programme de médecine interne — le plus gros contingent de médecins résident·e·s en spécialité au Québec — débiter en CPC en juillet 2019, alors que les petits programmes ayant expérimenté la CPC depuis 2017 éprouvent encore de sérieux problèmes et tardent à faire la démonstration qu'il y a de réels « gains » en termes de qualité de la formation grâce à la CPC. La question des ressources financières supplémentaires nécessaires aux universités pour implanter la CPC — une question importante qui semble avoir été sérieusement prise en compte par le Collège royal lors de l'an 2 de l'implantation de la CPC — était également soulevée avec pertinence. La FMRQ encourage les principaux intéressés à poursuivre les échanges à ce sujet afin de faire en sorte que les médecins résident·e·s ne payent pas encore le prix d'une réforme implantée sans que les ressources nécessaires ne soient au rendez-vous.

Cet état de fait d'improvisation peut laisser une fâcheuse impression que les instigateurs de cette réforme des méthodes de la formation médicale postdoctorale semblent privilégier une implantation rapide et soutenue au détriment d'une implantation mieux planifiée et ayant le plus de chances de réussite. Dans le même sens, il est ressorti de notre sondage qu'il semble exister un sentiment de « course à l'APC », où l'obtention d'une seule évaluation implique une quantité exorbitante de temps et de travail. Il est certain que ce niveau d'effort n'est pas viable à long terme pour les médecins résident·e·s, et ne fait que mener à un sentiment d'épuisement qui se fait ressentir dans les commentaires des répondant·e·s. Notons ici que des médecins résident·e·s ont soulevé le fait que le maintien des méthodes d'évaluation qui prévalaient jusqu'à l'implantation de la CPC en parallèle des évaluations en CPC ajoute un fardeau supplémentaire bien que dans certains cas particuliers, comme pour les stages ectopiques, la situation est un peu inévitable le temps de l'implantation de la CPC.

Chaque étape est remplie d'embûches et les médecins résident·e·s ont l'impression d'être seul·e·s pour les surmonter, ce qui entraîne de nombreuses conséquences malsaines dans le contexte actuel. Les médecins résident·e·s ont l'impression de porter sur leurs seules épaules le fardeau de l'implantation de la CPC, ajoutant un stress supplémentaire à leur vie déjà chargée, sans bénéfice perçu au niveau de leur formation personnelle ou professionnelle. Il est certain que le sentiment que le jeu n'en vaut pas la chandelle est un autre obstacle majeur à une implantation appropriée de la CPC dans les programmes de résidence.

La FMRQ souhaite, par le présent rapport, contribuer à une meilleure implantation de la CPC au sein de l'éducation médicale postdoctorale au Québec et au Canada, notamment en collaboration avec ses collègues de *Resident Doctors of Canada* (RDoC). Dans ce contexte, elle présente dans les pages suivantes ses recommandations basées sur la rétroaction des médecins résident-e-s du Québec émanant de notre sondage.

En terminant, la FMRQ croit qu'il pourrait valoir la peine, au cours des prochaines années, de créer des standards minimaux d'application de la CPC afin d'uniformiser la transition. Comme mentionné plus tôt, il manque à ce portrait la rétroaction des médecins superviseur-e-s. Nous reconnaissons que c'est aussi sur leurs épaules que repose le succès d'une telle réforme des modes de formation et d'évaluation de la formation médicale. Ainsi, nous ne pouvons que souhaiter que les organisations concernées cherchent également à recueillir l'opinion de leurs membres et collègues.

5. RECOMMANDATIONS

Recommandation # 1 (Flexibilité dans le nombre total d'observations par APC)

Que les vice-décanats aux études médicales postdoctorales informent les directions de programme, les médecins superviseur·e·s et surtout les membres des comités de compétence, que le nombre total d'observations par APC à atteindre demeure un objectif flexible et non une obligation. Les décisions du comité de compétence ne devraient pas être fondées uniquement sur le nombre d'observations cliniques; il s'agit de s'assurer que les médecins résident·e·s soient compétents en la matière, peu importe le nombre d'observations. Les médecins résident·e·s devraient être informés de cette flexibilité.

Recommandation # 2 (Comité de compétence)

Que les médecins résident·e·s soient informés clairement de la fonction et de la composition du comité de compétence de leur programme. La prise de décision relative à la promotion académique, qui relève des comités de compétence, devrait être objective, transparente et détaillée. À cet égard, les décisions du comité de compétence devraient être communiquées clairement aux médecins résident·e·s, dans un temps opportun.

Recommandation # 3 (Processus de promotion des médecins résident·e·s dans le *continuum de compétence*)

Que les règles et le processus encadrant les décisions relatives à la promotion des médecins résident·e·s d'une étape à l'autre dans le continuum de compétence (acquisition des fondements de la discipline, maîtrise de la discipline, transition vers la pratique), qui relèvent du comité de compétence, soient clairement expliqués en début de formation et à chaque nouvelle étape de leur progression dans le continuum de compétence.

Recommandation # 4 (Rétroaction verbale obligatoire)

Que les médecins superviseur·e·s soient informé·e·s qu'une rétroaction verbale doit être obligatoire immédiatement après l'évaluation.

Recommandation # 5 (Soutien du département pour les évaluations)

Que tous les médecins résident·e·s obtiennent de l'aide de la part du département ou du service pour que leurs évaluations soient remplies en temps opportun.

Recommandation # 6 (Formation pour les médecins superviseur·e·s)

Qu'une formation plus détaillée soit offerte aux médecins superviseur·e·s pour qu'ils aient une meilleure compréhension de l'environnement CPC et de meilleurs outils pour favoriser une transition harmonieuse vers la CPC, notamment sur le plan de l'application de l'échelle de confiance O-SCORE, l'utilisation des méthodes de rétroaction dans le cadre de la CPC et l'intégration des observations au sein des activités cliniques habituelles. De plus, les médecins superviseur·e·s devraient mieux comprendre les critères permettant d'évaluer les performances des médecins résident·e·s comme « fiables » et « pré-fiables », et ce, selon l'APC en question.

Recommandation # 7 (Simplification des énoncés décrivant les APC et les jalons)

Que les énoncés décrivant les APC et, plus particulièrement les jalons, soient simplifiés pour en faciliter la compréhension pour les médecins résident·e·s et les médecins superviseur·e·s qui complètent les évaluations.

Recommandation # 8 (Responsabilité partagée de complétion des formulaires d'APC)

Que la responsabilité de remplir les formulaires d'APC, jalons et observations soit partagée et qu'elle ne repose pas seulement sur les épaules des médecins résident·e·s.

Recommandation # 9 (Reconnaissance du rôle de superviseur des médecins résident·e·s sénior·e·s)

Que le rôle de superviseur et d'évaluateur des médecins résident·e·s sénior·e·s soit reconnu et que ces derniers soient formés en conséquence, incluant dans les stages ectopiques.

Recommandation # 10 (Utilisation de la plateforme électronique)

Que la plateforme électronique soit optimisée (amélioration des fonctions, utilisation sur les appareils mobiles, etc.). À cet effet, les personnes clés impliquées dans le processus d'implantation de la CPC au sein des facultés de médecine devraient solliciter régulièrement de la rétroaction de la part des principaux utilisateurs (médecins résident·e·s, directions de programme, médecins superviseur·e·s, comités de compétence, etc.) en vue d'améliorer les logiciels utilisés, soit par sondage, soit par le biais de groupes de discussion (*focus groups*).

Recommandation # 11 (Politique de protection des renseignements personnels)

Que toutes les facultés se dotent d'une politique formelle de protection des données concernant les médecins résident·e·s et de leurs renseignements personnels qui précise les conditions dans lesquelles ces données et ces renseignements peuvent être consultés, utilisés et transférés.

Recommandation # 12 (Organisation du curriculum des programmes)

Que l'on s'assure que le curriculum de chaque programme soit adapté pour accommoder la progression des APC au sein du continuum de compétence. La grille de stages devrait aussi être adaptée pour refléter la réalité de la pratique dans les divers milieux de formation.

Recommandation # 13 (Stages en milieu ectopique)

Que les programmes s'assurent que les médecins résident·e·s qui font des stages en milieu ectopique (pas encore en CPC) puissent se voir reconnaître la réussite de ces stages dans le cheminement en CPC.

Recommandation # 14 (Amélioration continue)

Que les facultés prennent les moyens afin d'obtenir un portrait précis et global de la situation dans les milieux en CPC, notamment en y intégrant une évaluation plus systématique du point de vue des médecins superviseur·e·s.

Recommandation # 15 (Amélioration continue)

Que le Collège royal mette en place un mécanisme rigoureux de suivi et d'implantation de la CPC.