

Le bilan de l'an 4 de la « Compétence par conception »

L'urgence de mieux harmoniser les forces de la CPC à l'écosystème éducatif et politique sur lequel repose l'organisation de la résidence en médecine au Québec

Rapport des sondages réalisés par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)
auprès des médecins résident·e·s du Québec ayant débuté dans les programmes en CPC
en juillet 2020 et de ceux qui étaient à mi-parcours en CPC en février 2021

Août 2022

NOTE :

Certains termes utilisés dans ce rapport ne constituent pas nécessairement les traductions françaises les plus appropriées comme, par exemple, les termes Compétence par conception (CPC) et Activité professionnelle fiable (APC). La FMRQ a utilisé ces termes uniquement pour faciliter leur correspondance avec ceux utilisés dans les traductions françaises des documents officiels du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
Le bilan de l'An 4	4
NOTES MÉTHODOLOGIQUES	5
Sondage auprès des médecins résident·e·s nouvellement en CPC	5
Sondage auprès des médecins résident·e·s à mi-parcours en CPC	6
LES RÉSULTATS PAR THÈMES	7
Sondage auprès des médecins résident·e·s nouvellement en CPC	7
Formation des médecins résident·e·s	7
La grille de stages (<i>curriculum mapping</i>) et l'acquisition de compétences	8
Les APC et les jalons au quotidien	8
Le processus d'évaluation et le comité de compétence	10
La méconnaissance de l'échelle de confiance O-SCORE	10
Les évaluations au quotidien	11
La surcharge administrative de la CPC	13
La CPC et ses effets sur la santé mentale des médecins résident·e·s du Québec	14
Niveau global de satisfaction avec la CPC	14
Sondage auprès des médecins résident·e·s à mi-parcours	15
Des inquiétudes face à la quantité d'APC, de jalons et d'observations	15
Principaux constats entourant les enjeux centraux de la CPC à mi-parcours	15
Des solutions identifiées par les médecins résident·e·s	17
DISCUSSION	18
La nécessité de rétroactions de qualité	19
Sortir de ce nouveau « marché » des APC	19
Trouver le moyen de mettre en place de véritables bénéfices pédagogiques	20
Éviter de faire des médecins résident·e·s des cobayes d'une expérimentation pédagogique	21
Éviter de favoriser la logique théorique de la CPC au détriment de la qualité de la formation et des soins à la population	22
CONCLUSION	23
L'urgence de mieux harmoniser les forces de la CPC à l'écosystème sur lequel repose l'organisation de la résidence en médecine au Québec	23

INTRODUCTION

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) propose, depuis juillet 2017, une réelle révolution de l'enseignement postdoctoral en médecine et des modes d'évaluation de la progression des médecins résident·e·s. Le CRMCC a lui-même développé un modèle, appelé la Compétence par conception (CPC)¹, inspiré de l'approche pédagogique basée sur les compétences. Cette interprétation de l'approche basée sur les compétences, dans ses fondements théoriques tels que proposés par le CRMCC, a pour principale caractéristique de mettre l'accent sur l'évaluation de l'acquisition de compétences prédéterminées par l'observation et la rétroaction longitudinale.

Depuis le début de la résidence de la première cohorte en CPC, en juillet 2017, la FMRQ réalise des études et des sondages cherchant à évaluer les effets de l'implantation de ce modèle pédagogique à partir de l'expérience des médecins résident·e·s dans les programmes en CPC. En 2018, 81 % des 32 médecins résident·e·s en première année de formation postdoctorale dans les deux premiers programmes ayant débuté en CPC ont participé à des entretiens semi-dirigés qui ont amené la FMRQ à formuler [15 recommandations](#) visant à améliorer le processus d'implantation de la CPC dans les programmes concernés. En début 2019, 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. Pour ce faire et compte tenu du nombre grandissant de médecins résident·e·s en CPC, la FMRQ a élaboré un questionnaire qu'elle a administré aux médecins résident·e·s dans chacun des programmes en CPC, ce qui a permis à la FMRQ de conclure que beaucoup de travail restait à faire avant d'affirmer que l'implantation de la CPC avait un certain succès [Rapport de l'An 2 \(2018-2019\)](#). L'an dernier, la FMRQ a décidé de sonder, encore une fois, les médecins résident·e·s nouvellement entré·e·s dans tous les programmes en CPC, par le biais d'un questionnaire leur étant exclusivement destiné. La FMRQ a pu établir ainsi un portrait plus précis de la réalité des médecins résident·e·s nouvellement entré·e·s dans les programmes en CPC, tout en comparant les résultats à ceux des années précédentes. La FMRQ a également complété ses analyses par des groupes de discussion réalisés avec des médecins résident·e·s arrivé·e·s à mi-parcours dans les premiers programmes entrés en CPC. Ces résultats nous ont menés à conclure non seulement à une absence de gains pédagogiques de la réforme, mais à des effets collatéraux négatifs importants, notamment sur le bien-être et la santé mentale des médecins résident·e·s. Ces tristes constats, qui se retrouvent dans le [Rapport de l'An 3 \(2019-2020\)](#), indiquaient que l'implantation de la CPC au Québec demeurait fort problématique encore trois ans après le lancement en 2017. Il restait donc encore beaucoup à faire pour que la situation des médecins résident·e·s en CPC s'améliore au quotidien dans un contexte d'effets négatifs importants observables par des données probantes et devant l'absence de réels bénéfices pédagogiques promis par les promoteurs de cette nouvelle méthode d'apprentissage.

¹ Voir la note linguistique en page 1.

Le bilan de l'an 4

Cette année, la FMRQ a décidé de sonder de nouveau les médecins résident·e·s nouvellement entré·e·s dans les programmes en CPC à l'aide du même questionnaire que celui développé et utilisé l'an dernier (2019-2020), afin de valider ou non nos constats. Le présent rapport présente les faits saillants de ce sondage et rend compte de l'implantation de la CPC auprès des médecins résident·e·s ayant débuté en CPC au Québec en juillet 2020.

La FMRQ a également voulu vérifier l'état de situation des membres à mi-parcours des programmes débutés en CPC, avec un contingent plus important cette année. La FMRQ a donc réalisé un nouveau sondage auprès des médecins résident·e·s à mi-parcours de leur programme de formation postdoctorale en CPC en 2020-2021 avec des questions inspirées de celles utilisées dans le cadre des groupes de discussion avec les personnes à mi-parcours en 2019-2020. Les faits saillants de ce deuxième sondage sont intégrés dans ce rapport.

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Sondage auprès des médecins résident·e·s nouvellement en CPC

Le questionnaire utilisé pour le sondage auprès des médecins résident·e·s nouvellement entré·e·s dans les programmes en CPC en juillet 2020 a été élaboré après consultation auprès de représentant·e·s du comité des affaires pédagogiques – Spécialités de la FMRQ. Les questions ont été formulées à partir du questionnaire de la cohorte 2019-2020, ainsi qu'à partir des recommandations formulées par la FMRQ au printemps 2018 et du questionnaire de la cohorte 2018-2019. Le sondage visait à mesurer l'évolution de l'implantation de la CPC depuis sa mise en place en juillet 2017 et ses effets sur les médecins résident·e·s nouvellement en CPC au Québec en 2020-2021. Le questionnaire comportait près de 40 questions, dont quelques-unes à développement. Il a également été convenu d'administrer ce questionnaire au même moment que celui de l'an dernier, soit après 7 mois d'exposition à la CPC pour les médecins résident·e·s sondé·e·s.

Au total, 520 médecins résident·e·s nouvellement entré·e·s dans un des programmes en CPC en 2020-2021 ont reçu une invitation, par courriel, à prendre part au sondage. En plus des spécialités visées par le sondage de l'an dernier², les médecins résident·e·s de tous les nouveaux programmes assujettis à la CPC en juillet 2020 ont été ajouté·e·s³. L'invitation à participer au sondage a été envoyée aux médecins résident·e·s visé·e·s le 12 février 2021, suivie de trois rappels par courriel, soit les 19 et 26 février, ainsi que le 4 mars 2021. La période de collecte de données s'est terminée le 8 mars 2021. Le taux de participation à ce sondage est de 38,5 % (200/520), avec une marge d'erreur de 5 %, 19 fois sur 20.

² **Programmes visés avant 2020-2021** : l'anesthésiologie, l'ORL/chirurgie cervico-faciale, la médecine d'urgence, la pathologie judiciaire, l'oncologie médicale, la néphrologie, les fondements chirurgicaux, l'urologie, l'anatomopathologie, la chirurgie cardiaque, la médecine de soins intensifs, la gastroentérologie, la médecine interne générale, la pathologie générale, la gériatrie, la médecine interne, la neurochirurgie, l'obstétrique et gynécologie, la radio-oncologie et la rhumatologie.

³ **Huit nouveaux programmes ont intégré le modèle de la CPC en juillet 2020** : la cardiologie pédiatrique, la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique, médecine nucléaire, la médecine physique et réadaptation, la neurologie pédiatrique et adulte, la psychiatrie.

Sondage auprès des médecins résident·e·s à mi-parcours en CPC

Les résultats des groupes de discussion du début de 2020 nous ont permis de mieux comprendre les principaux enjeux vécus par les médecins résident·e·s à mi-parcours de leur formation postdoctorale en CPC. Cependant, l'étude était, par défaut, limitée aux deux programmes qui ont commencé en CPC en juillet 2017 et nous avons pu échanger avec une vingtaine de participant·e·s. Afin de valider l'étude qualitative de l'an dernier, la FMRQ a développé un questionnaire, à partir des constats publiés dans son rapport de l'an 3 en 2020, afin de valider certains enjeux déjà soulevés et de mesurer quantitativement l'ampleur de ces enjeux, le cas échéant, par les médecins résident·e·s à mi-parcours, en 2020-2021, de programmes en CPC. Il est à noter qu'on entend par mi-parcours, le moment représentant la moitié du temps normalement alloué pour compléter la résidence dudit programme en CPC, qu'il s'agisse d'un programme de trois ou de cinq ans.

Le questionnaire développé pour ce sondage se voulait simple et court. Il comportait une dizaine de questions, mesurant plus d'une vingtaine d'enjeux ressortis l'an dernier. Ce sondage a été administré à la même période que celle choisie pour faire les groupes de discussion l'an dernier, soit en février. Au total, 203 médecins résident·e·s à mi-parcours dans un des programmes en CPC en 2020-2021 ont reçu une invitation, par courriel, à prendre part au sondage. L'invitation a été envoyée aux médecins résident·e·s visé·e·s le 12 février 2021, suivie de trois rappels par courriel, soit les 19 et 26 février, ainsi que le 4 mars 2021. La période de collecte de données s'est terminée le 8 mars 2021. Le taux de participation au sondage de 2020 est de 40,4 % (82/203), avec une marge d'erreur de 8 %, 19 fois sur 20.

Notons que le programme de tronc commun de médecine interne, qui s'est ajouté à la liste des programmes nouvellement en CPC en 2019, compte à lui seul plus de médecins résident·e·s que tous les programmes ayant débuté en CPC au cours des trois premières années d'implantation. Cela a eu une influence significative sur le nombre de participant·e·s de ce programme au sondage de cette année, puisque ces médecins résident·e·s étaient, en février 2021, à mi-parcours de leur programme de trois ans. En fait, les R2 en médecine interne représentent 77,5 % des participant·e·s au sondage. Il est à noter que les résultats présentés dans ce rapport le sont pour l'ensemble des répondant·e·s au Québec, sans pondération par faculté.

LES RÉSULTATS PAR THÈME

Sondage auprès des médecins résident·e·s nouvellement en CPC

Formation des médecins résident·e·s

Sommaire

- Presque 75 % des médecins résident·e·s reçoivent de la formation sur la CPC au cours des trois premiers mois de leur résidence, sensiblement la même proportion que l'an dernier.
- Presque 2/3 (62 %) des médecins résident·e·s sont satisfait·e·s de la qualité de la formation, une nette amélioration par rapport aux dernières années (38 % en 2019).

Depuis le début de l'implantation de la CPC, la FMRQ recommande que la diffusion d'information et la formation sur la CPC se fasse avant ou au tout début de l'année académique. La FMRQ avait aussi recommandé que cela vise les médecins résident·e·s, les médecins superviseur·e·s et les médecins résident·e·s sénior·e·s (qui ne sont pas nécessairement dans une cohorte en CPC) dans les programmes concernés.

Près de 75 % des médecins résident·e·s ont reçu de la formation sur la CPC en début de résidence. Notons qu'en 2021, le sondage a révélé que 39 % de l'ensemble des médecins résident·e·s sondé·e·s avaient reçu une formation en CPC avant le début de l'année académique et que 35 % des médecins résident·e·s nouvellement en CPC en 2020-2021 avaient suivi de la formation sur la CPC dans leurs trois premières périodes de stage. L'an dernier, 40 % avaient suivi une formation avant le début de leur résidence en CPC et 33 % en débutant leur résidence, ce qui nous permet de conclure qu'il ne semble pas y avoir eu d'amélioration réelle dans l'accès à la formation en début de CPC au cours des deux dernières années.

Selon ces résultats, il reste encore du travail à faire avant que tous les médecins résident·e·s entrant en CPC reçoivent de la formation sur la CPC en début de résidence. Nous constatons tout de même une amélioration importante quant au contenu de la formation offerte, alors qu'une proportion grandissante de médecins résident·e·s semblent généralement satisfait·e·s de celui-ci depuis trois ans (62 % en 2021, 54 % en 2020 vs 38 % en 2019).

La grille de stages (*curriculum mapping*) et l'acquisition de compétences

Sommaire

- Amélioration du *curriculum mapping* des APC (76 % vs 61 %).

Outre la qualité de la formation, le sondage mesure des éléments spécifiques relatifs à l'opérationnalisation au quotidien de la CPC chez les médecins résident-e-s nouvellement en CPC. La question soulevée dans cette section traite de l'organisation de la CPC dans le temps. Cela passe souvent par l'appariement des APC avec les stages propices à l'acquisition des activités reliées à celles-ci, appelé le *curriculum mapping*. À cet égard, la FMRQ a demandé aux médecins résident-e-s nouvellement en CPC si un tel échéancier (*curriculum mapping*) leur avait été fourni, ce à quoi 76 % des répondant-e-s de 2020-2021 ont répondu par l'affirmative et 20 % par la négative, alors que 4 % disaient ne pas le savoir. L'an dernier, ce sont plutôt 61 % des médecins résident-e-s nouvellement arrivé-e-s en CPC qui avaient affirmé avoir reçu un tel échéancier, 29 % ne l'avaient pas reçu et près de 9 % ont répondu qu'ils ne le savaient pas. Il y a donc une amélioration sur ce point.

La FMRQ avait 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. Or, nous pouvons conclure que cette pratique n'est pas encore répandue partout, malgré l'amélioration constatée cette année. Le quart des médecins résident-e-s nouvellement en CPC ne bénéficient toujours pas d'un appariement entre les APC à réaliser et leur grille de stages.

Les APC et les jalons au quotidien

Sommaire

- Légère amélioration de la compréhension des APC et des jalons.
- Une proportion grandissante (presque 60 %) des médecins résident-e-s considèrent que le nombre d'APC et de jalons est excessif.
- Seulement la moitié des médecins résident-e-s croient que les APC et les jalons sont représentatifs de leur pratique future.

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. Les médecins résident-e-s ont été interrogé-e-s à savoir si les critères d'évaluation des APC et des jalons individuels leur avaient été présentés et clairement définis. Une légère amélioration a pu être constatée à cet égard : 39 % ont répondu par l'affirmative à cette question cette année par rapport à 32 % en 2020. Nous sommes toutefois encore loin de l'objectif.

Bien que le nombre d'APC et de jalons ait été revu à la baisse dans certains programmes au cours des dernières années, il semble que cet enjeu demeure important pour les médecins résident·e·s. Nous avons interrogé les médecins résident·e·s sur le nombre d'APC, de jalons et d'observations exigé dans chacun des programmes. Il ne ressort aucune amélioration à ce niveau puisqu'encore la majorité des médecins résident·e·s trouvent que le nombre exigé de jalons (58 %), d'APC (59 %) et d'observations par APC (73 %) est excessif. En fait, la proportion de médecins résident·e·s nouvellement en CPC trouvant le nombre exigé d'APC excessif a augmenté depuis l'an passé (59 % en 2021 vs 51 % en 2020).

Les médecins résident·e·s ont aussi été invité·e·s à évaluer si les APC et les jalons spécifiques à leur spécialité en CPC reflétaient bien la pratique dans leur milieu principal de formation. La proportion de médecins résident·e·s ayant affirmé que les APC et les jalons spécifiques à leur spécialité en CPC reflétaient bien la pratique dans leur milieu principal de formation n'a pas changé depuis l'an dernier : la moitié (52 %) des médecins résident·e·s ont affirmé que c'était le cas, soit un pourcentage essentiellement équivalent à l'an passé (49 %). Toutefois, une plus petite proportion de médecins résident·e·s que l'an passé ont affirmé que ce n'était pas le cas cette année (22 % vs 37 % l'an passé) et une plus grande proportion ne savent pas si les APC et les jalons reflètent bien leur future pratique médicale (26 % vs 14 %).

On constate donc que l'APC demeure toujours l'élément le plus problématique de la CPC. Il y a une proportion grandissante de médecins résident·e·s qui considèrent que le nombre d'APC et de jalons est excessif, et seulement la moitié considèrent que ces APC sont pertinentes à leur pratique future. Il est donc impératif que la Compétence par conception s'éloigne du cadre rigide des APC et que l'on concentre les efforts sur l'acquisition réelle de compétences plutôt que sur la simple mesure mathématique de la réalisation de tâches fragmentées composant une partie des compétences à acquérir.

Le processus d'évaluation et le comité de compétence

Sommaire

- Amélioration de la connaissance globale du système de progression et d'évaluation en CPC par rapport à l'année dernière.
- Incertitude marquée qui persiste par rapport à la promotion et surtout à l'accès à l'examen de certification.

Une fois la grille de stages (*curriculum mapping*) idéalement mise en place et les critères présentés et compris, l'autre élément central au quotidien pour les médecins résident·e·s en CPC concerne le processus d'évaluation et de progression.

Nous avons demandé aux médecins résident·e·s si le processus global d'évaluation et de progression en CPC leur avait été clairement expliqué, ce à quoi 52 % des médecins résident·e·s ont répondu oui et 42 % en partie, contre 42 % et 53 % l'an passé. De plus, 49 % affirment que le rôle et le fonctionnement du comité de compétence leur ont été expliqués contre 40 % l'an dernier et 43 % disent qu'ils leur ont été expliqués en partie, comparativement à 46 % l'an dernier. Nous constatons ainsi une légère amélioration de la connaissance globale du système d'évaluation et de progression en CPC, mais les décisions du comité de compétence et l'intégration des évaluations dans le cadre réglementaire pour l'entrée en pratique restent flous. Après quatre ans d'implantation de la CPC, nous aurions pu légitimement nous attendre à des améliorations beaucoup plus significatives. Il y a, entre autres, beaucoup d'incertitude quant au nombre d'observations requises par APC, de même qu'en regard de la nécessité de remplir toutes les évaluations pour la promotion entre les étapes et de compléter toutes les APC.

La méconnaissance de l'échelle de confiance O-SCORE

Sommaire

- Amélioration de la connaissance de l'échelle de confiance O-SCORE (50 % vs 39 % l'an passé).

L'évaluation des jalons et des APC dans le cadre de la CPC, telle que promue par le CRMCC, se base sur l'échelle de confiance O-SCORE (*Ottawa Surgical Competency Operating Room Evaluation*) ou son équivalent. Le sondage des deux dernières années interrogeait les médecins résident·e·s nouvellement en CPC à savoir s'ils et elles étaient tout à fait, assez, ou pas du tout familier·ère·s avec l'échelle de confiance. À cet égard, 43 % des médecins résident·e·s disent ne pas être familier·ère·s du tout avec cette échelle, sept mois après le début de leur résidence en CPC, comparativement à 51 % l'an passé, alors que 50 % disent être assez ou tout à fait familier·ère·s avec celle-ci, contre 39 % l'an dernier. Malgré l'amélioration constatée cette année, le fait qu'autant de médecins résident·e·s ne maîtrisent pas ces échelles après quatre années d'implantation nous apparaît très préoccupant puisque les évaluations à l'aide de ces échelles sont au cœur du modèle proposé par le Collège royal.

Les évaluations au quotidien

Sommaire

- Presque tou-te-s les répondant-e-s au sondage ont été évalué-e-s en CPC, mais 80 % rapportent que le mode d'évaluation « traditionnel » demeure, afin de combler les lacunes de l'évaluation en CPC.
- L'évaluation en CPC dans les stages ectopiques semble stable avec 79 % des répondant-e-s évalué-e-s en CPC.
- On note aussi que les 2/3 des médecins résident-e-s ont été évalué-e-s par des médecins résident-e-s sénior-e-s.
- Plus de 60 % des médecins résident-e-s n'obtiennent que rarement ou jamais de rétroaction sur leurs APC, et ce, de manière constante depuis trois ans.

Nous avons demandé aux médecins résident-e-s s'ils et elles avaient été évalué-e-s en CPC depuis le début de leur résidence, ce qui fut le cas pour 97 % d'entre eux, contre 96 % l'an dernier. Par contre, la très grande majorité des médecins résident-e-s (88 % vs 85 % l'an dernier) affirment que les évaluations en CPC et selon le modèle « traditionnel » se poursuivent parallèlement. Seulement 7 % des médecins résident-e-s ayant participé au sondage disent n'avoir été évalué-e-s qu'en CPC cette année. Enfin, pour ceux et celles évalué-e-s selon les deux modèles, 80 % disent que le modèle d'évaluation traditionnel a encore préséance sur celui de la CPC. Cela n'est pas étonnant, compte tenu des lacunes constatées depuis 2017 en termes de bénéfices pédagogiques avec le modèle de la CPC.

En ce qui concerne les opportunités d'évaluation pour les stages ectopiques et par d'autres personnes que les médecins superviseur-e-s, il ressort du sondage que 62 % des médecins résident-e-s ont eu un stage ectopique au cours des sept premiers mois de leur résidence en CPC, en hausse depuis l'an dernier (54 %). De plus, 79 % d'entre eux et elles ont été évalué-e-s en CPC pendant ces stages ectopiques, soit une proportion équivalente à l'an dernier (81 %). En plus de l'évaluation pendant les stages ectopiques, 69 % des médecins résident-e-s ont dit avoir été évalué-e-s par des médecins résident-e-s sénior-e-s, soit la même proportion que l'an dernier (67 %).

En théorie, plus d'évaluations en CPC devraient se traduire par une augmentation de la rétroaction de la part des médecins superviseur-e-s. Pourtant, seulement 6 % des médecins résident-e-s disent avoir obtenu des rétroactions verbales après chaque observation d'APC, 31 % obtiendraient souvent des rétroactions verbales en lien avec leurs APC, alors que 63 % n'obtiendraient que rarement ou jamais de rétroaction verbale. Ces résultats sont équivalents à ceux observés en 2019 et 2020, ce qui nous permet de conclure qu'il n'y a eu aucune amélioration significative depuis trois ans quant à la fréquence des rétroactions verbales après les observations d'APC faites aux médecins résident-e-s nouvellement en CPC. Il s'agissait là pourtant d'un des principaux bénéfices pédagogiques promis aux médecins résident-e-s lors de l'implantation de la réforme d'évaluation par le CRMCC. On ne peut donc que constater un échec du modèle quant au bénéfice escompté d'améliorer la rétroaction.

La faible fréquence du nombre de rétroactions post-observation explique sans doute en partie pourquoi les médecins résident-e-s ne donnent qu'un faible résultat de cinq sur 10 sur leur niveau de satisfaction quant aux rétroactions obtenues sur leurs APC encore une fois cette année.

Sommaire

- Les médecins résident·e·s notent une importante augmentation de la charge administrative avec la CPC.
- Presque tou·te·s les médecins résident·e·s utilisent maintenant une plateforme informatique, mais 41 % affirment qu'elle est difficile à utiliser.
- Il y a un délai moyen de 13 jours avant qu'une évaluation soit remplie par le ou la superviseur·e.
- Le tiers des médecins résident·e·s affirment ne pas recevoir de support afin de remplir les formulaires d'évaluation dans des délais raisonnables.
- Il y a une nette diminution du personnel de support administratif (27 % vs 38 %) pour soutenir les médecins résident·e·s.

Les médecins résident·e·s notent une importante augmentation de la charge administrative liée à l'implantation de la CPC. En ce qui concerne la gestion des évaluations, presque tou·te·s les médecins résident·e·s nouvellement en CPC en 2020-2021 administrent maintenant leurs évaluations sur support informatique. Néanmoins, 41 % ont affirmé que les plateformes sont difficiles à utiliser, une proportion en baisse par rapport à l'an dernier (48 %). L'accès aux plateformes par les patronnes et patrons qui ne les ont jamais utilisées ou qui ne les utilisent pas souvent semble être un des grands enjeux.

En ce qui concerne la fréquence des évaluations, les délais pour qu'une évaluation soit acheminée par un patron ou une patronne et enregistrée au dossier des médecins résident·e·s variaient grandement l'an dernier : un peu plus de la moitié (55 %) avaient vu leurs évaluations enregistrées dans la semaine et 25 % après plus d'une semaine, les 20 % restants nous affirmaient que cela variait beaucoup selon plusieurs facteurs. Cette année, nous avons demandé aux médecins résident·e·s nouvellement en CPC de nous indiquer combien de jours il fallait pour qu'une évaluation soit acheminée par un membre du corps professoral et enregistrée à leur dossier. Les médecins résident·e·s nouvellement en CPC ont répondu en moyenne que cela prenait 13 jours. De plus, 33 % des médecins résident·e·s disent ne pas obtenir d'aide pour faire remplir les formulaires d'évaluation dans des délais raisonnables (vs 39 % l'an dernier), et seulement 27 % des médecins résident·e·s affirment que des personnes ressources sont disponibles pour les soutenir face à la charge additionnelle de travail qu'entraîne la CPC, comparativement à 38 % l'an dernier, ce qui constitue un recul.

La CPC et ses effets sur la santé mentale des médecins résident·e·s du Québec

Compte tenu de la surcharge cognitive, liée notamment à des pressions administratives, qui avait été soulevée par les médecins résident·e·s en CPC depuis son introduction, la FMRQ a ajouté un volet portant sur la santé mentale.

Pour ce qui est de l'épuisement professionnel, 29 % des médecins résident·e·s nouvellement en CPC en 2020-2021 se sentaient, au moins une fois par semaine, épuisé·e·s par leur travail, et 14 % des répondant·e·s seraient devenu·e·s plus insensibles envers les gens.

En plus de deux éléments mesurés pour évaluer l'épuisement professionnel, le sondage interrogeait les médecins résident·e·s nouvellement en CPC sur leur niveau de dépression à partir de la perte d'intérêt des activités liées au travail ou à des passe-temps, ou encore à savoir s'ils ou elles s'étaient senti·e·s découragé·e·s, déprimé·e·s ou désespéré·e·s, pendant au moins deux semaines de suite. À cet égard, près de 24 % des répondant·e·s en CPC ont affirmé s'être senti·e·s découragé·e·s, déprimé·e·s ou désespéré·e·s, pendant au moins deux semaines. De plus, 25 % des répondant·e·s ont affirmé avoir vécu une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines dans des activités liées au travail ou à des passe-temps, au cours des six derniers mois.

Enfin, le sondage leur demandait s'ils ou elles avaient eu des idées suicidaires. Au total, 9 % des répondant·e·s en CPC ont eu des idées suicidaires et pour 77 % d'entre eux et elles, cela est survenu dans les six derniers mois précédant le sondage.

Niveau global de satisfaction avec la CPC

En terminant, nous avons demandé aux médecins résident·e·s nouvellement en CPC d'évaluer leur niveau de satisfaction avec la CPC sur une échelle de 1 à 10 (la note de 10 représentant le niveau le plus élevé de satisfaction). En moyenne, les médecins résident·e·s nouvellement en CPC donnent un score de 3,1 sur 10 de satisfaction par rapport à la CPC, un des scores les plus bas constatés depuis que nous utilisons cette échelle dans nos sondages et consultations (2018).

Sondage auprès des médecins résident·e·s à mi-parcours

Des inquiétudes face à la quantité d'APC, de jalons et d'observations

Le nombre d'éléments à faire évaluer par les médecins enseignant·e·s est un des principaux enjeux soulevés par les médecins résident·e·s du Québec lorsqu'il est question de la CPC. L'an dernier, la plupart des médecins résident·e·s affirmaient que le nombre d'APC, de jalons et d'observations était excessif. Pour débiter le sondage de 2020-2021, les médecins résident·e·s à mi-parcours ont été invité·e·s à indiquer s'il y avait trop, juste assez, ou pas assez d'APC, de jalons et d'observations à ce stade de leur formation postdoctorale. En résumé, 87,8 % des médecins résident·e·s sondé·e·s considèrent qu'il y a trop d'APC; 85,4 % disent qu'il y a trop de jalons et 86,6 % disent qu'il y a trop d'observations à compléter à ce stade de leur formation postdoctorale. Clairement, les médecins résident·e·s consulté·e·s sont d'avis qu'il y a un nombre trop élevé d'APC, de jalons et d'observations à faire dans le cadre de la CPC.

Une des grandes inquiétudes relatives au nombre d'APC proviendrait de l'information erronée souvent véhiculée dans les milieux à l'effet que les médecins résident·e·s doivent avoir complété un nombre prescrit d'APC établi par les comités de programme du Collège royal, afin de progresser et de réussir leur résidence. Pourtant, lorsque nous avons demandé aux répondant·e·s quel pourcentage d'APC ils et elles auront réellement complété à la fin de leur résidence, par rapport aux objectifs présentés par leur programme, seulement 7,3 % ont affirmé qu'ils allaient être en mesure de toutes les compléter. En fait, les médecins résident·e·s disent, en moyenne, qu'ils et elles devraient être en mesure de compléter autour de 70 % des APC « exigées ». La recommandation du Collège royal faite aux programmes en CPC de faire preuve de souplesse face aux « prescriptions » du nombre d'APC et à voir les cibles d'APC comme des balises, plutôt que des objectifs absolus, ne semble aucunement être entendue par les programmes.

Principaux constats entourant les enjeux centraux de la CPC à mi-parcours

L'élément central du sondage consistait à demander aux médecins résident·e·s présentement à mi-parcours en CPC s'ils et elles étaient en accord ou en désaccord avec une série d'affirmations soulevées l'an dernier par les médecins résident·e·s à mi-parcours l'année précédente. Nous nous sommes concentrés principalement sur ce qui entoure les APC puisqu'il s'agissait de l'élément problématique le plus fréquemment rapporté par les médecins résident·e·s. De plus, considérant que la plupart des remarques recueillies l'année dernière étaient plutôt négatives, nous avons décidé d'ajouter des affirmations plus positives à la liste d'enjeux mesurés, afin de nous assurer de plus d'objectivité et d'éviter d'influencer les réponses. De cette façon, nous souhaitons également limiter la tentative souvent observée chez les répondant·e·s à des sondages de répéter machinalement les mêmes réponses lorsque des enjeux soulevés pointent dans la même direction.

Concernant le nombre d'APC, 81,5 % des médecins résident·e·s affirment qu'ils et elles « passent leur temps à courir après des APC à réaliser », au lieu de profiter de toutes les opportunités d'apprentissage qu'offre la résidence. De plus, 77,8 % sont d'accord pour dire qu'ils et elles n'auront pas le temps de compléter toutes les APC d'ici la fin de leur résidence, ce qui a été confirmé précédemment par la question touchant le pourcentage attendu d'APC à compléter par le programme d'ici la fin de la résidence.

Selon le modèle théorique de la CPC et de son évaluation par l'entremise des APC, il est attendu que cette approche pédagogique augmente le nombre de rétroactions entre les médecins enseignant·e·s et les médecins résident·e·s. C'est pourquoi nous avons demandé si les médecins résident·e·s étaient en accord ou en désaccord pour dire que plus ils et elles font d'APC, plus ils et elles obtiennent de rétroactions, et plus ils et elles apprennent. Or, il n'en est rien selon les médecins résident·e·s à mi-parcours en CPC au Québec en 2020. En fait, 91,4 % sont en désaccord avec l'affirmation. Cette prémisse centrale de la CPC, qui veut qu'il y ait une corrélation entre le nombre d'APC effectuées et le nombre de rétroactions obtenues et donc d'occasions d'apprendre, n'est simplement pas au rendez-vous. Pire encore, tou·te·s les répondant·e·s (100 %) affirment qu'ils et elles ne remplissent des APC que parce que cela est exigé, mais qu'à leurs yeux, cela ne change pas grand-chose dans leur préparation aux examens, ni à leur future pratique.

Par ailleurs, la pression provenant des milieux pour compléter toutes les APC semble avoir de multiples conséquences sur la santé et le bien-être des médecins résident·e·s en CPC au Québec. Nous avons tenté de mesurer les effets de cette pression en demandant aux médecins résident·e·s s'ils ou elles se sentent mal à l'aise de prendre des congés d'études ou des vacances, au risque de manquer des occasions de compléter des APC. Or, 37 % des médecins résident·e·s à mi-parcours en CPC au Québec en 2020-2021 disent se sentir mal à l'aise de prendre des journées de congé d'études ou des vacances au risque de manquer des occasions de compléter des APC. Cela témoigne de l'anxiété observée chez les médecins résident·e·s en CPC au Québec au cours des dernières années.

L'opérationnalisation des APC au quotidien constitue un enjeu pour la plupart des médecins résident·e·s à mi-parcours en CPC. Ainsi, 92,6 % affirment qu'ils et elles ont rarement ou jamais la chance de planifier d'avance, avec leurs médecins enseignant·e·s, les APC et jalons à compléter dans une période donnée. De plus, 87,7 % affirment que plusieurs libellés d'APC ne sont pas écrits pour être vraiment utiles au quotidien. On note également que 81,5 % des répondant·e·s trouvent impossible de connaître toutes les APC par cœur, afin de pouvoir les reconnaître et les faire lorsque l'occasion se présente. Enfin, 92,5 % trouvent gênant, voire malaisant, de devoir constamment demander à des médecins enseignant·e·s déjà surchargé·e·s de « remplir » des APC.

Concernant plus spécifiquement les évaluations, 85,0 % des médecins résident·e·s consulté·e·s affirment que leurs évaluations varient significativement entre les médecins enseignant·e·s, selon leur interprétation de l'échelle d'évaluation (ex: O-SCORE). De plus, 71,3 % reconnaissent avoir tendance à sélectionner des médecins enseignant·e·s qui ont la réputation de bien remplir les APC pour compléter leurs APC. Par ailleurs, 61,3% des répondant·e·s affirment qu'ils et elles doivent tenir une liste des APC déjà soumises pour éviter de les perdre, si jamais celles-ci n'étaient jamais remplies par les patronnes et patrons. On remarque aussi que 83,8 % des médecins résident·e·s disent que les rétroactions des médecins enseignant·e·s sont en fait des « checklists » et contiennent peu de prescriptions pédagogiques et 93,8 % des médecins résident·e·s affirment être en conséquence encore évalué·e·s selon le modèle déjà en place avant l'introduction de la CPC. De plus, les évaluations des comités de compétence semblent surtout communiquer le niveau de satisfaction des programmes concernant le nombre d'APC complétées selon 85 % des médecins résident·e·s. Enfin, 33,8 % des médecins résident·e·s se seraient fait reprocher de n'avoir pas fait suffisamment d'APC en laissant même entendre qu'ils ou elles allaient sans doute devoir reprendre des stages pour atteindre le niveau attendu d'APC.

Des solutions identifiées par les médecins résident·e·s

Nous avons demandé aux médecins résident·e·s consulté·e·s d'identifier les trois solutions qui pourraient améliorer grandement leur résidence en CPC parmi une liste de solutions potentielles soulevées l'an dernier et avec la possibilité d'ajouter une autre suggestion. Voici dans l'ordre de popularité, la liste des choix proposés :

1. Il faut absolument réduire le nombre d'APC et de jalons à compléter : 71 répondant·e·s
2. Les APC et les jalons devraient être simplifiés et clarifiés, avec des exemples précis : 47 répondant·e·s
3. Il faut simplement abandonner la CPC : 46 répondant·e·s
4. Il faut mieux former les médecins enseignant·e·s, afin d'éliminer les interprétations divergentes des échelles d'évaluation : 35 répondant·e·s
5. Il faut obliger les médecins enseignant·e·s à remplir nos évaluations dans un temps prescrit : 31 répondant·e·s
6. Il faut plus de support administratif : 7 répondant·e·s
7. Il faut plus de rétroaction du comité de compétence : 4 répondant·e·s

Parmi les autres suggestions formulées par les répondant·e·s, notons le besoin d'harmoniser la CPC avec le régime d'évaluation déjà en place pour en faire un seul système d'évaluation; de permettre plus d'évaluations indirectes et d'ajouter des descriptions détaillées des situations cliniques sur les plateformes d'évaluation, afin d'aider les médecins enseignant·e·s qui tardent à remplir les évaluations à se souvenir de la situation évaluée. Il faudrait aussi, selon un·e répondant·e, que les médecins enseignant·e·s comprennent que la CPC est un outil qui guide les rétroactions et non une « checklist » qu'il faut remplir.

DISCUSSION

Malgré des améliorations ciblées quant à la connaissance des aspects théoriques de la CPC, c'est malheureusement un bilan désolant qui est brossé par nos médecins résident·e·s en 2020-2021. Le sondage auprès de ceux et celles nouvellement en CPC en 2020-2021 fait ressortir des problématiques similaires aux années antérieures, et ce, malgré l'expérience grandissante de plusieurs programmes qui en sont déjà à plusieurs années d'implantation. De plus, le sondage réalisé auprès des médecins résident·e·s à mi-parcours dans les programmes en CPC en 2020-2021 confirme en tous points ce qui était ressorti des échanges avec les médecins résident·e·s à mi-parcours des programmes en CPC en 2019-2020. En effet, tous les enjeux soulevés par les médecins résident·e·s à mi-parcours l'an dernier dans les groupes de discussion demeurent problématiques pour la vaste majorité des médecins résident·e·s à mi-parcours en 2020-2021.

Si, comme par le passé, on note des améliorations à certains éléments structurels de la CPC – comme la formation des médecins résident·e·s aux concepts de base du modèle d'évaluation et le *curriculum mapping* – ces éléments théoriques ne semblent pas apporter de réelle amélioration au processus dans lequel évoluent les médecins résident·e·s à chaque jour.

Les médecins résident·e·s ressentent une pression de « réussir » toutes leurs APC afin de pouvoir continuer leur progression académique, tout en sachant très bien qu'ils et elles risquent de ne pas réussir à toutes les compléter dans les temps prescrits. Cela est d'autant plus troublant que les médecins résident·e·s nous disent également qu'ils et elles ne voient pas la pertinence des APC, que ce soit pour leur résidence, leurs examens de certification ou leur pratique future. On comprend ainsi que la charge cognitive constante de devoir toujours être prêt à remplir des APC dès que l'occasion se manifeste, en risquant ainsi de manquer une réelle occasion d'apprentissage, semble peser lourd sur le plan cognitif pour les médecins résident·e·s. Cette réalité semble avoir engendré des comportements non souhaitables, mais devenus nécessaires, afin de s'adapter au cadre rigide des APC à remplir sans faute, pour espérer survivre à un système imposant des attentes irréalistes. Ces comportements finissent par avoir un effet négatif tangible sur les médecins résident·e·s et réduisent même les possibilités de compter de réelles occasions d'apprentissage clinique, un effet pervers des APC que nous avons nommé « occasion d'apprentissage manquée » dans nos rapports précédents.

La nécessité de rétroactions de qualité

Ce qui demeure d'autant plus déplorable de l'implantation de la CPC, c'est qu'elle échoue largement dans ses objectifs pédagogiques d'améliorer la rétroaction et, par le fait même, la formation des médecins résident·e·s. Nos données indiquent clairement que les médecins résident·e·s ne reçoivent pas de manière constante des rétroactions de qualité suite à une observation réalisée dans le cadre d'une APC. Ils et elles sont aussi hautement insatisfait·e·s de la qualité de la rétroaction reçue. Qui plus est, on note que le processus de prise de décision du comité de compétence semble complètement opaque, et on rapporte que la rétroaction globale et longitudinale qu'il doit offrir aux médecins résident·e·s est inexistante, se limitant simplement à un recensement du nombre d'APC complétées. La question se pose donc cruellement : à quoi sert le modèle de la CPC s'il n'offre pas de rétroactions ou de *coaching* de qualité ? L'approche basée sur les compétences (*le CBME*) se voulait une évolution positive dans la manière d'enseigner la médecine et d'évaluer les compétences des apprenant·e·s, et cela plaisait vraisemblablement à l'esprit de ceux et celles qui ont suivi le Collège royal dans cette voie en 2017. Toutefois, à constater les lacunes du modèle à offrir aux médecins résident·e·s une amélioration de la qualité de leur formation ou une augmentation de la rétroaction qu'ils et elles reçoivent et ultimement à évaluer leurs compétences, nous devons nous questionner : la CPC représente-t-elle vraiment un modèle d'éducation médicale basée sur les compétences ou n'est-ce pas plutôt, au final, qu'un modèle d'évaluation basé sur une fragmentation des tâches à effectuer et à maîtriser simplement regroupées dans des *checklists* d'APC à remplir ?

Sortir de ce nouveau « marché » des APC

Plutôt que d'être des leviers vers un véritable apprentissage basé sur le *coaching*, il semble clair que les APC (ou l'accumulation de celles-ci) sont devenues une fin en soi. La progression académique à travers le « continuum de compétence » est devenue purement dépendante du nombre d'APC « réussies ». Il est ainsi facile de voir la liste des APC comme des listes d'épicerie à cocher. L'APC est devenue un bien à accumuler par les médecins résident·e·s et le « remplissage » de l'APC est devenu une transaction entre les médecins superviseur·e·s et les médecins résident·e·s. L'APC (ou le formulaire de « rétroaction » sur lequel elle est « évaluée ») est ainsi devenue monnayable. Ce n'est donc plus un procédé d'apprentissage basé sur la rétroaction, mais bien un « marché de la rétroaction » dans lequel les médecins résident·e·s doivent naviguer pour réussir leur résidence. Le modèle dans son application se trouve ainsi bien loin d'une approche basée sur l'acquisition holistique de la compétence globale.

Trouver le moyen de mettre en place de véritables bénéfices pédagogiques

Que retient-on donc de ce modèle d'apprentissage proposé par le CRMCC après 4 années de mise en place ? Un bénéfice pédagogique absent. Une charge cognitive et émotionnelle augmentée. Un effet délétère sur la santé mentale et l'apprentissage des médecins résident·e·s. C'est simple : le modèle d'implantation actuel ne fonctionne pas. Après tous les efforts et les ressources déployés pour implanter ce système, on ne peut donc que se questionner sur la pertinence de continuer avec ce modèle qui ne semble apporter aucun bénéfice pédagogique réel et mesurable. La CPC semble avoir été introduite de manière précoce et inachevée et les cobayes qui payent pour ces ratés sont nos médecins résident·e·s.

Certains promoteurs de la CPC ont reproché à la FMRQ de ne pas souligner suffisamment d'éléments positifs de la CPC depuis la publication de notre rapport de l'an dernier. Ces remarques nous ont menés à une réflexion importante : devrions-nous volontairement atténuer certains durs constats qui ressortent de nos consultations afin d'adopter une approche qui miserait davantage sur les aspects à améliorer afin de tenter d'en faire un succès ? En rétrospective, nous jugeons que c'est en bonne partie ce que nous avons fait en proposant 43 recommandations d'amélioration de la CPC entre 2017 et 2020. Certaines de nos recommandations ont d'ailleurs été suivies et ont pu contribuer à améliorer des modalités de forme de l'implantation de la CPC. Nous ne voulons certainement pas diminuer le mérite des personnes dans nos facultés qui y ont mis des énergies significatives. Au contraire, nous soulignons ici que les responsables de nos facultés de médecine au Québec ont réellement tenté de trouver des façons d'améliorer le modèle pédagogique créé par le Collège royal alors qu'elles sont essentiellement obligées de l'appliquer, nous le comprenons, puisque l'octroi de l'agrément de leurs programmes de formation peut ultimement en dépendre. Mais peu importe les recommandations d'amélioration du modèle qui ont pu être faites, c'est d'avoir mené les facultés de médecine à procéder à une véritable révolution dans la façon d'évaluer la progression des apprenant·e·s au niveau postdoctoral sans évidence scientifique claire quant aux bénéfices pédagogiques espérés qui demeure, selon nous, le problème de fond.

Éviter de faire des médecins résident·e·s des cobayes d'une expérimentation pédagogique

La FMRQ aurait souhaité davantage d'ouverture et d'autocritique de la part du Collège royal face au modèle éducatif proposé qui repose, après tout, sur des bases théoriques qui auraient clairement mérité d'être davantage évaluées, testées et débattues avant d'être appliquées à si grande échelle. Au contraire, le Collège royal a choisi de lancer son projet avec empressement quitte à devoir corriger les effets négatifs collatéraux en cours de route; cela explique l'impression fort légitime de nos membres d'être les cobayes d'une expérimentation pédagogique. En fait, la stratégie d'implantation du Collège royal a semblé miser sur une approche « militante », la stratégie étant de « pousser » le changement culturel dans les milieux par tous les moyens et le plus rapidement possible⁴. Nous sommes mieux à même de comprendre maintenant pourquoi nous avons constamment senti au sein du Collège royal une résistance à toute critique de fond visant la CPC. Pendant tout ce temps où nous avons tenté de proposer des améliorations au modèle, nous avons plutôt observé chez ses principaux concepteurs de constantes énergies à tenter de contrer nos constats plutôt qu'à en prendre acte. Il serait bien temps que l'on sorte de ce paradigme d'arguments rhétoriques pour éviter de reconnaître, ou de diminuer, les effets négatifs rapportés par les médecins résident·e·s du Québec. Il est, en ce sens, fort étonnant que seule la FMRQ semble, publiquement du moins, préoccupée par ces enjeux.

⁴ Dès 2016, les promoteurs de la CPC au sein du Collège royal, dans des rencontres où des représentant·e·s de la FMRQ étaient présent·e·s, recouraient ouvertement à l'allégorie du paquebot qui une fois avoir quitté le port est pratiquement impossible à arrêter. Cette allégorie a également été utilisée lorsque des représentant·e·s des facultés de médecine ont questionné à savoir si le modèle était vraiment prêt à être implanté en juillet 2017 et également lorsque d'autres ont demandé un ralentissement de l'implantation du modèle devant le constat que les ressources financières manquaient cruellement dans les milieux afin de gérer tous les effets collatéraux de l'implantation. C'est ce genre de stratégies qu'utilisent les tenants d'une idéologie que l'on veut à tout prix imposer.

Éviter de favoriser la logique théorique de la CPC au détriment de la qualité de la formation et des soins à la population

En plus de l'absence de bénéfice pédagogique du modèle de la CPC pour nos membres et la persistance d'effets négatifs, nous assistons depuis l'an dernier à une nouvelle réalité préoccupante. Alors que le Collège royal prétend lui-même, du moins officiellement et ce, à notre demande, que les objectifs quantitatifs d'APC ne sont que des balises, des membres font l'objet de menaces de la part des responsables de leur programme à l'effet qu'ils et elles pourraient se voir refuser l'accès aux examens de certification et à la diplomation en raison d'un manque d'APC complétées dans leur dossier. Pourtant, lors de la décision d'implanter la CPC en juillet 2017, il avait été clairement établi que l'implantation du modèle ne devait pas remettre en question la façon d'organiser la résidence sur la base du temps⁵, un élément central au Québec qui dépasse largement les enjeux pédagogiques. S'il est vrai que le modèle théorique développé par le Collège royal repose depuis le début sur cette idée de la fin du facteur temps dans l'éducation médicale⁶, le cadre temporel sur lequel repose la formation postdoctorale au Québec n'est pas qu'un simple détail : il touche aussi l'organisation des soins dans les services hospitaliers afin de répondre aux besoins de la population, que ce soit pendant la résidence ou lors de l'entrée en pratique, de même que la gestion de l'importante planification des effectifs médicaux. La durée fixe et prévisible de la formation postdoctorale est ainsi une donnée centrale sur laquelle repose cette planification. Plusieurs autres enjeux entrent en ligne de compte, que ce soit la prévisibilité du système de jumelage des places en résidence pour les surspécialités de médecine interne ou la question de la tenue des examens de certification. L'idéal théorique d'une atomisation du parcours de formation postdoctorale de chaque apprenant-e selon son propre rythme par la fin du cadre temporel de référence relève, selon nous, plutôt de l'utopie que d'une approche sérieuse et souhaitable.

⁵ Par exemple, une formation d'une durée de cinq années académiques composées de différents stages répartis sur 13 périodes de 28 jours par année, etc.

⁶ SNELL, Linda S. & FRANK, Jason R. *Competencies, the tea bag model, and the end of time*. Medical Teacher. Commentary. 2010; 32: 629–630

CONCLUSION

Comment faire mieux devant ces constats ? Le but de la CPC était d'améliorer le système en place en mettant à l'avant-plan la rétroaction basée sur des compétences clairement définies. L'existence des APC en soi ne constitue pas le fond du problème. En fait, ce modèle, qui suppose de détailler la compétence (et les compétences) à acquérir en micro tâches et étapes bien définies, devrait pouvoir apporter un bénéfice clair, si cela complétait ce qui se fait déjà de mieux avec des évaluations plus holistiques. Le problème est l'utilisation faite des APC comme seul outil d'évaluation, par une « checklist » purement mathématique de décompte des APC. Ceci est aberrant, car, malgré tous les efforts que l'on pourrait déployer, on ne peut réduire la somme des compétences à acquérir en médecine à des simples listes d'APC. Des évaluations qui analysent de façon holistique la compétence globale sont donc (et seront toujours) nécessaires et essentielles.

En voulant révolutionner le système d'éducation médicale au Canada, le CRMCC a malheureusement décidé de faire table rase d'un système qui était déjà l'un des meilleurs au monde. Il est fort regrettable selon nous de ne pas avoir plutôt tenté d'améliorer ce système en y intégrant les concepts les plus intéressants de la CPC.

L'urgence de mieux harmoniser les forces de la CPC à l'écosystème sur lequel repose l'organisation de la résidence en médecine au Québec

Pour la FMRQ, devant ce portrait peu reluisant, la solution, à court et à moyen terme, passe par une approche d'harmonisation de la CPC avec l'apprentissage par le temps, qui demeure le socle sur lequel repose la formation postdoctorale. Le cadre temporel autour duquel est organisée la résidence au Québec doit absolument demeurer la référence aux fins de la progression académique des médecins résident-e-s. Dans tous les cas, les exigences réglementaires relatives à l'émission d'un permis de pratique de la médecine au Québec supposent toujours la réussite de stages répartis sur un nombre prescrit d'années de formation postdoctorale, et ce, peu importe qu'on rapporte que certaines directions de programmes universitaires prétendent que la CPC serait venue changer cela. Conservons ainsi la progression académique basée sur le temps avec des évaluations globales et incorporons-y les meilleures parties de l'éducation (et de l'évaluation) basées sur les compétences, notamment l'observation et en misant sur une augmentation de la rétroaction et le *coaching*. Les APC peuvent faire partie de ce modèle, mais elles devraient être vues comme de simples outils additionnels d'évaluation et non pas comme la finalité de l'évaluation, comme cela semble trop souvent le cas actuellement. La progression académique ne doit pas reposer simplement sur une accumulation de listes d'observations réussies.

Au moment de publier ce rapport, la FMRQ compilait les données d'entrevues individuelles exhaustives menées, de février à avril 2022, avec chacun des membres de la première cohorte complétant leur formation postdoctorale débutée lors du lancement de la CPC en 2017, soit les R5 des programmes d'anesthésiologie et d'ORL/CCF (le rapport de l'an 5 demeure à publier ultérieurement). De plus, la FMRQ complétait également l'analyse d'un sondage mené auprès de ses membres à propos de la nature de leurs relations pédagogiques avec les médecins superviseurs, de leur appréciation de la qualité et de la quantité d'observations, de rétroactions et d'évaluation dont ils et elles bénéficient pendant leur résidence. Si les résultats globaux de cette étude se sont révélés relativement positifs, les données ont révélé un autre portrait lorsque nous avons poussé l'analyse en séparant les quelque 800 répondant·e·s au sondage en trois groupes distincts (1-les membres en médecine de famille qui sont également formé·e·s dans une approche par compétence, mais par un modèle différent de celui développé par le CRMCC, 2- les membres en CPC et 3- les membres qui ne sont pas en CPC).

Sous réserve d'une étude encore à finaliser avant publication, le groupe de membres en CPC est celui qui a une moins bonne opinion de la qualité et de la pertinence de l'enseignement reçu dans le cadre de la résidence et également, à notre grande surprise, le sous-groupe qui bénéficie le moins de rétroaction sur le plan quantitatif ce qui est à l'opposé complet des postulats des promoteurs de la CPC. Ces nouvelles données, encore à publier, sont venues renforcer la conclusion du présent rapport à l'effet qu'il semble urgent de mettre un frein à toute volonté des promoteurs de la CPC d'accélérer encore son implantation et surtout de faire table rase des méthodes d'enseignement et d'évaluation qui ont fait leurs preuves et qui sont qualifiées de façon un peu réductrice de « time-based education model ». Ce modèle en place est en fait beaucoup plus qu'une question d'apprendre « en faisant son temps », il suppose qu'en pratiquant la médecine sous supervision dans des environnements réels avec les concrets impondérables de la conjoncture – comme une pandémie de COVID-19 – les médecins résident·e·s auront, après de 5 à 7 ans de stages, suffisamment de connaissances et de compétences pour entrer en pratique autonome.

Si l'approche par compétence peut contribuer à parfaire cet important suivi des compétences essentielles à maîtriser en les identifiant mieux et en systématisant leur évaluation par des observations documentées, le problème du modèle CPC semble être le fait que le suivi de ces listes de compétences à acquérir (ces fameuses « APC », les « activités professionnelles fiables ») est proposé comme la principale composante, voire la finalité, de la formation postdoctorale. C'est lorsqu'on fait de ces « to-do lists » des absolus, que l'on semble passer complètement à côté d'aspects moins tangibles, mais tout aussi importants, de la formation médicale à travers laquelle les médecins résident·e·s gagnent en termes pédagogiques à soigner des patient·e·s plutôt qu'à ne rechercher que des cas pratiques correspondant aux « APC » à remplir.

Pour la FMRQ, il est maintenant plus que temps que les acteurs qui ont la responsabilité de la qualité de la formation médicale et de la qualité des soins à la population au Québec se préoccupent du dossier de la CPC. Il faut que nos facultés de médecine, le Collège des médecins du Québec et le gouvernement du Québec s'impliquent activement dans la recherche de solutions puisque celles-ci ne viendront pas d'ailleurs. Il n'est pas trop tard – même si cela presse – pour faire ce qui aurait déjà dû être fait depuis plusieurs années déjà : que les responsables du système d'éducation médicale et du système de santé du Québec cessent de s'en remettre uniquement aux groupes pancanadiens en éducation médicale, comme le Collège royal, pour décider de ce qui est le mieux pour notre relève médicale, pour notre système de santé et pour la population québécoise. Si chaque partenaire joue pleinement le rôle qui est le sien, nous pouvons, ensemble, développer le meilleur des modèles, afin d'atteindre le but ultime que nous partageons assurément tous: améliorer la qualité de la formation médicale postdoctorale au Québec.