

Formation médicale 2.0 – Rendre les bons résidents meilleurs : dans la foulée du Grand Débat de l'ASA 2019 de la SCR

Par Heather McDonald-Blumer, M.D., FRCPC, M. Sc. (HPTE); Mercedes Chan, MBBS, FRCPC, MHPE
Elizabeth M. Hazel, M.D., FRCPC; Marie-Paule Morin, M.D., FRCPC, Ph. D. (c); et
Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE

Contexte

Il y a un peu plus de cent ans, la publication du rapport Flexner venait révolutionner l'enseignement de la médecine. Ce rapport a mené à l'élaboration des programmes de formation médicale de premier cycle et de cycles supérieurs qui ont marqué l'ensemble de nos vies professionnelles.

Au cours des 10 à 15 dernières années, toutefois, une réévaluation de l'enseignement de la médecine a été entreprise par les professeurs de médecine et les défenseurs des droits des patients, soucieux de s'assurer que tous les médecins terminant leurs programmes de résidence possèdent les compétences requises. Cet exercice a ouvert la voie à un mouvement mondial en faveur d'une approche par compétences en formation médicale. Le but de la formation est de s'assurer que les médecins sont en mesure de faire ce qu'ils doivent faire, c'est-à-dire exécuter tous les aspects de leur spécialité efficacement et en toute sécurité.

Afin de se conformer à cette philosophie axée sur les résultats, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada collabore avec notre comité de spécialité et les directeurs de programmes en vue d'élaborer des programmes de formation médicale axés sur les compétences propres à chaque discipline. Le Collège royal a désigné ses lignes directrices propres à cette approche par la mise en œuvre de son initiative, La compétence par conception (CPC).

Depuis le 1^{er} juillet 2019, les R4 inscrits à un programme de formation en rhumatologie au Canada suivent un programme d'études fondé sur l'approche CPC; ils font partie de la deuxième cohorte dont les programmes sont passés à ce nouveau modèle.

Étapes de la formation et activités professionnelles fiables (APC)

La pratique de la rhumatologie exige l'acquisition des connaissances et des compétences de base nécessaires pour faire une évaluation précise des patients atteints de maladies rhumatismales complexes et leur offrir un traitement de pointe. À proprement parler, ce que les résidents en rhumatologie devront apprendre ne changera pas, si ce n'est qu'ils devront intégrer à leur apprentissage et à leur pratique les progrès scientifiques et thérapeutiques qui font partie intégrante de la pratique moderne de la médecine. De même, l'ensemble d'activités auxquelles ils devront participer

– l'évaluation de véritables patients, la participation aux tournées auprès des patients et à des séances officielles de formation, la présentation d'exposés et la participation à des réunions propres à la discipline – restera inchangé.

Ce qui changera, c'est la façon dont les résidents sont évalués. On mettra davantage l'accent sur la surveillance et l'écoute (observation directe) pour s'assurer que les résidents peuvent réellement faire ce que nous pensons qu'ils peuvent faire. Il y aura de multiples évaluations formatives ou à faible enjeu plutôt que quelques évaluations majeures. La façon dont cette évaluation sera documentée – sur plates-formes électroniques et, idéalement, sur le terrain, en temps réel – sera également différente du passé.

Étapes de la formation

Dans un avenir prévisible, les programmes de formation en rhumatologie demeureront des programmes de formation postdoctorale de deux ans après la formation de base en médecine interne ou en pédiatrie. Ces deux années seront divisées en quatre étapes : 1) Progression vers la discipline; 2) Acquisition des fondements de la discipline; 3) Maîtrise de la discipline; et 4) Transition vers la pratique. Durant ces étapes, l'apprentissage des résidents sera axé sur des thèmes allant des principaux éléments à maîtriser durant les premiers blocs de leur formation en rhumatologie aux questions importantes qu'ils auront à aborder à mesure que leur formation tirera à sa fin et qu'ils progresseront vers la pratique indépendante.

En tant que superviseurs cliniques, nos attentes envers les résidents évolueront à mesure qu'ils franchiront les différentes étapes de leur formation. Bien que cette approche ne soit pas nouvelle, elle est aujourd'hui assortie de points de référence bien définis, qui aideront les superviseurs à déterminer quel niveau de compétence précis le résident devrait avoir atteint à une étape particulière de sa formation.

Activité professionnelles fiables (APC)

Le plus grand changement ou le plus grand défi est peut-être de comprendre le nouveau concept des APC. Le Collège royal définit les APC comme étant les tâches clés de notre discipline qu'un résident (ou un médecin) peut s'attendre à ce qu'un résident (ou un médecin) exécute dans un contexte de soins de santé donné,



La grande équipe de débat de l'ASA 2019 de la SCR. De gauche à droite sur la photo : D^{re} Mercedes Chan, D^{re} Marie-Paule Morin, D^r Raheem B. Kherani (président), D^{re} Elizabeth M. Hazel et D^{re} Heather McDonald-Blumer.

une fois qu'il a démontré un niveau suffisant de compétence. Les APC couvrent toutes les tâches que nous accomplissons en tant que rhumatologues. Pour être « digne de confiance », le résident doit être en mesure d'accomplir la tâche de façon autonome.

Il existe 24 APC pour les résidents en rhumatologie adulte et 25 pour les résidents en rhumatologie pédiatrique. Les APC sont organisés en fonction de l'étape de formation du résident et gagnent en complexité au fil du temps. Chaque activité clinique (APC) est divisée en composantes clés (connues sous le nom de jalons) qui peuvent être utilisées pour aider les superviseurs à donner aux résidents une rétroaction précise et opportune sur leur rendement et à cerner les domaines à améliorer. Les résidents prendront note des APC qu'ils voudront passer en revue chaque jour avec un superviseur clinique. Afin de déterminer si un résident est capable d'accomplir une tâche spécifique de façon autonome, les superviseurs devront observer directement l'activité en question.

Exemples d'APC

Pour un résident au début de sa formation, une tâche à accomplir pourrait être la suivante : Effectuer des anamnèses et des examens physiques chez des patients présentant des affections rhumatismales non complexes, comprenant la documentation et la présentation des résultats.

Plus tard dans l'année, on s'attendrait à ce que le résident parvienne à faire une évaluation et établir un diagnostic initial et un plan de traitement pour des patients présentant des affections rhumatismales non complexes.

Au cours des dernières années, nos directeurs de programmes ont accompli un travail considérable en vue de préparer leurs écoles respectives à la CPC. Les résidents R4 participent activement au processus et leurs efforts combinés facilitent le changement. Les membres du corps professoral et les superviseurs cliniques doivent intégrer le nouveau système à leur programme

clinique. Bien que le changement puisse être difficile, le résultat visé demeure le même : tous ceux d'entre nous qui supervisent les résidents en rhumatologie dans nos milieux cliniques continueront de voir des patients avec les résidents et d'aider ces derniers à apprendre à dispenser des soins exemplaires à leurs patients.

Sites Web clés et quelques références choisies :

- › Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada : La compétence par conception. Accessible à l'adresse : www.royalcollege.ca/rcsite/cbd/competence-by-design-cbd-f Consulté le 28 août 2019.
- › Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, et coll. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001; 357(9260):945-9. Accessible à l'adresse : www.nuigalway.ie/medical_informatics/documents/Assessment%20of%20clinical%20competence.pdf. Consulté le 28 août 2019.
- › Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada*. Washington, DC: Science and Health Publications, Inc.; 1910.

L'équipe du Grand Débat 2019 de la SCR :

Heather McDonald-Blumer, M.D., FRCPC, M. Sc. (HPTE)

Directrice,

Division de rhumatologie

Directrice,

Planification et mise en œuvre de la CPC (médecine),

Université de Toronto

Toronto (Ontario)

Mercedes Chan, MBBS, FRCPC, MHPE

Directrice,

Programme de rhumatologie pédiatrique,

Université de la Colombie-Britannique

Vancouver (Colombie-Britannique)

Elizabeth M. Hazel, M.D., FRCPC

Professeure agrégée de clinique,

Directrice de programme,

Programme de rhumatologie chez l'adulte,

Université McGill

Montréal (Québec)

Marie-Paule Morin, M.D., FRCPC, Ph. D. (c)

Division de rhumatologie et d'immunologie,

CHU Sainte-Justine,

Département de pédiatrie,

Université de Montréal

Montréal (Québec)

Le président du Grand Débat 2019 de la SCR :

Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE

Président du Comité de l'éducation de la SCR

Professeur agrégé de clinique,

Université de la Colombie-Britannique

Vancouver (Colombie-Britannique)