

CONTINUUM D'ÉVALUATION POUR LE CANADA VERS UN PROGRAMME D'ÉVALUATION NATIONAL

Document d'information

Groupe de travail sur le continuum de l'évaluation pour le Canada

Mai 2017

Continuum d'évaluation pour le Canada

Vers un programme d'évaluation national

Document d'information

Sommaire exécutif

Au Canada, le mouvement de l'approche par compétence en formation médicale (APC) déclenche des changements importants à tous les niveaux de la formation. À mesure que ces changements vers la FMBC se produisent individuellement au sein des divers organismes autonomes, nous devons nous demander si collectivement elles contribuent à un système d'éducation et d'évaluation des compétences cohérent dans l'ensemble du continuum. Est-ce que notre système d'évaluation peut offrir une rétroaction et des données fiables aux fins de l'amélioration continue du rendement, soutenir le développement tout au long de la carrière et surtout, être imputable envers la population pour répondre à ses besoins en matière de soins de santé ?

Les représentants des organisations impliquées dans l'éducation des étudiants et des résidents, l'évaluation pour l'obtention d'un permis d'exercice, de la certification et du maintien des compétences ainsi que les ordres des médecins se sont rencontrés à Ottawa afin de démarrer une conversation sur le continuum de l'évaluation et se réunissent régulièrement depuis plus de deux ans. Le groupe, maintenant connu sous le nom du *Continuum de l'évaluation pour le Canada* a comme objectif de : 1) définir la « vie d'un médecin » dès son entrée à la faculté de médecine , ou du début de sa formation à la faculté de médecine jusqu'à la retraite en ce qui a trait aux évaluations des compétences qui existent présentement, y compris les examens ponctuels et les évaluations continues des 'apprentissage ; 2) réviser les évaluations actuelles afin d'harmoniser celles-ci à travers les différentes organisations ; 3) définir un référentiel national commun (longitudinal) fondé sur un modèle d'évaluation programmatique ; 4) promouvoir le référentiel à l'aide d'un livre blanc.

Ce document d'information porte sur les réussites et les défis du système d'évaluation des compétences canadien actuel, les principes d'évaluation acceptés et convenus, une vision future pour un programme national d'évaluation et finalement certaines recommandations pour aller de l'avant avec ce programme.

Groupe de travail sur le continuum de l'évaluation pour le Canada

Claire Touchie, MD, MHPE, FRCPC — **Présidente**
Conseil médical du Canada

Farhan Bhanji, MD, MSc (Ed), FRCPC, FAHA
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Craig Campbell, MD, FRCPC
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

André De Champlain, PhD
Conseil médical du Canada

Dan Faulkner, MBA, HBS
Collège des médecins et des chirurgiens de l'Ontario

Nancy Fowler, MD, CCMF, FCMF
Collège des médecins de famille du Canada

Jason Frank, MD, MA(Ed), FRCPC
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Tracey Hillier, BScN, MD, CCFP, FRCPC, MEd
Université de l'Alberta

Ramona Kearney, MD, MMed, FRCPC
Université de l'Alberta

Fleur-Ange Lefèbvre
Fédération des ordres des médecins du Canada

Anne-Marie MacLellan, MDCM, CSPQ, FRCPC
Collège des médecins du Québec

Karen Mazurek, MD, CCMF
Collège des médecins et des chirurgiens de l'Alberta

Richard Pittini, MD, MEd, FRCPC
Université de Toronto

Cindy Streefkerk
Conseil médical du Canada

Sarita Verma, LLB, MD, CCMF
Association des facultés de médecine

Eric Wong, MD, MCISc(FM), CCMF, FCMF
Collège des médecins de famille du Canada

Remerciements

Nous tenons à remercier le Professeur Glenn Regehr, du Centre for Health Education Scholarship de l'Université de la Colombie-Britannique, pour sa contribution précieuse au développement de ce document d'information.

Nous tenons aussi à remercier la D^{re} Louise Samson du Collège des médecins du Québec pour sa révision du document.

Introduction

Avec le changement de paradigme d'une approche classique basée sur le modèle de temps de Flexner à un modèle intentionnel de l'approche par compétence en formation médicale (APC), la nécessité d'adopter une approche moderne d'évaluation des compétences des médecins qui est flexible et adaptable, mais qui invite à la fois à une rigueur et une comparabilité qui convient à ces milieux professionnels se fait sentir. L'APC n'est pas née d'hier (McGaghie et coll., 1978). Le soutien pour sa mise en œuvre a gagné du terrain quand des problèmes liés à la sécurité des patients et ceux reliés aux médecins ne répondant pas aux attentes ont été portés à l'attention du public (Neufeld et coll., 1993 ; Kohn et coll., 2000, Balogh et coll., 2015). L'APC est une approche de conception de la formation médicale axée sur les résultats, basés sur les compétences des diplômés (Frank et coll., 2010). Elle s'inspire de la formation centrée sur l'apprenant et fait appel à des évaluations plus fréquentes à faible pondération et à de la rétroaction afin de favoriser l'acquisition et le maintien de résultats prédéfinis dans la formation et l'exercice de la médecine.

Au Canada, le mouvement de l'APC a inspiré des changements importants pendant la résidence grâce au Coursus Triple-C du CMFC (Tannenbaum et coll., 2011), l'initiative de compétence par conception du Collège royal (CRMCC, 2014) et le rapport *L'avenir de l'éducation médicale au Canada : Une vision collective de l'éducation médicale postdoctorale* (AEMC EMPo, 2012). Les programmes d'éducation médicale prédoctorale ont aussi été appelés à adopter les principes de la FMBC dans leur cursus conformément au rapport de l'AEMC, *une vision collective de l'éducation médicale* (AEMC EMPr, 2010). De plus, de nouvelles évaluations et de nouvelles stratégies d'évaluation sont nécessaires pour documenter les nouvelles compétences requises dans la pratique actuelle, notamment la sécurité culturelle, le travail en équipe, le respect des principes de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité, ainsi que l'utilisation efficace des données sur la pratique pour améliorer la façon dont les personnes et les groupes soignent leurs patients (Frank et coll., 2015). À mesure que ces changements vers l'APC s'effectuent de façon compartimentée au sein de divers organismes autonomes, nous devons nous demander s'ils contribuent collectivement à un système de formation et d'évaluation cohérent dans tout le continuum. Notre système d'évaluation peut-il fournir une rétroaction et des données authentiques permettant l'amélioration continue du rendement, soutenir le perfectionnement tout au long de la vie et surtout, être imputable aux besoins de la population en matière de soins de santé ?

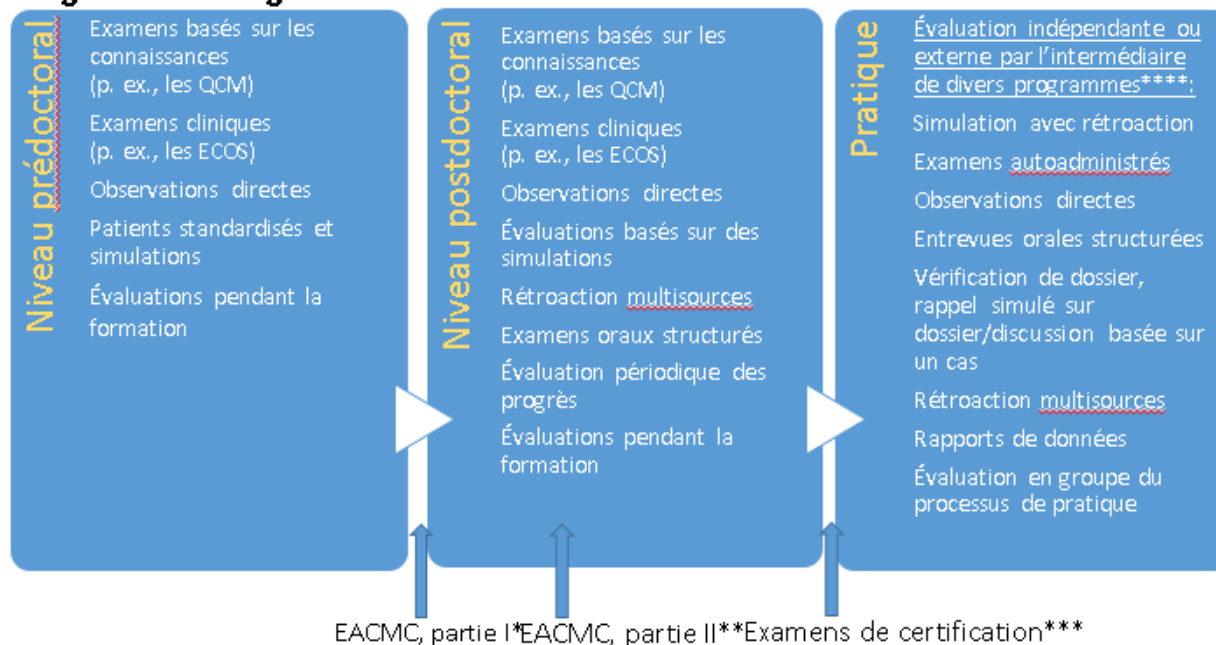
En novembre 2014, des représentants des organismes responsables de la formation des étudiants et des résidents ; de l'évaluation en vue de l'obtention du permis d'exercice ; la certification ; le maintien des compétences ; et les ordres des médecins se sont réunis à Ottawa pour entamer une conversation sur un continuum d'évaluation. Le groupe, maintenant appelé *Continuum d'évaluation pour le Canada* (qui s'appelait au départ le *Groupe du mois de novembre sur l'évaluation*), avait comme objectif de : 1) définir la « vie d'un médecin » du début de son entrée à la faculté de médecine jusqu'à sa retraite en termes des évaluations existantes, incluant l'examen de l'apprentissage ponctuel et les évaluations continues des apprentissages ; 2) réviser les évaluations actuelles afin d'harmoniser les diverses organisations ; 3) définir un référentiel national commun (longitudinal) fondé sur un modèle d'évaluation programmatique ; et 4) promouvoir le référentiel d'évaluation grâce à un livre blanc. Le groupe s'est réuni régulièrement par téléconférences pour préciser son rôle actuel dans l'évaluation des médecins canadiens et pour définir les principes d'évaluation qui devraient être pris en considération dans la création d'un programme d'évaluation harmonisé. En avril 2016, les personnes représentant les organismes d'évaluation du continuum (voir l'Annexe 1) ont participé à une rencontre d'une journée à Ottawa pour discuter de ce à quoi pourrait ressembler le système idéal d'évaluation des médecins. Ce document d'information est le résultat de cette rencontre et des téléconférences qui ont suivi.

Diagnostiquer le système canadien contemporain : victoires et défis

Notre système canadien d'évaluation des compétences médicales actuelles possède quelques forces.

Des attentes claires en matière d'évaluation sont exprimées et surveillées grâce à des systèmes d'agrément rigoureux pour la formation prédoctorale, postdoctorale et de développement professionnel continue des examens normalisés de haut niveau pour l'obtention du permis de pratique et de la certification, et trois systèmes nationaux de maintien des compétences qui encouragent la réflexion sur la pratique et l'évaluation de celle-ci. La Figure 1 résume les stratégies d'évaluation courantes tout au long du continuum.

Figure 1. Stratégies d'évaluation courante au Canada dans tout le continuum



*EACMC, partie I – Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, partie I

**EACMC, partie II – Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, partie II

***Médecine familiale : un examen écrit (simulations cliniques écrites abrégées [SAMP]) et un examen clinique structuré (entrevues médicales simulées [EMS]); spécialités du CRMCC : examens écrits et pour certaines spécialités/sous-spécialités, examens des compétences cliniques, simulations ou examens pratiques. Les évaluations peuvent avoir lieu pendant la formation ou à la fin de la formation

****Les évaluations pendant la pratique sont effectuées par l'intermédiaire des programmes du maintien des compétences, les évaluations des ordres professionnels, les évaluations des hôpitaux, etc.

Cependant, la conception et la mise en œuvre de l'évaluation des professionnels de la santé au Canada, à partir du niveau d'étudiants en médecine jusqu'à celui de médecins praticiens, sont effectuées de façon cloisonnée au sein de divers organismes. Les facultés de médecine, les programmes de résidence, le Collège des médecins du Québec (CMQ), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), le Conseil médical du Canada (CMC) et les 13 ordres des médecins provinciaux et territoriaux évaluent tous les professionnels de la santé à un moment de leur vie professionnelle. Chaque organisme a un rôle et des responsabilités clairement établis (FOMC, 2015), des objectifs d'évaluation définis, des plans directeurs d'évaluation pour s'assurer que les outils d'évaluation sont appropriés pour ces fins, et des stratégies fondées sur des données probantes qui déterminent des normes de réussite/d'échec appropriées. Ceci suppose que chaque organisme effectue son mandat de façon efficace. Toutefois, l'approche cloisonnée actuelle de l'évaluation pourrait mener à une bureaucratisation excessive et à des redondances

inutiles. Empiriquement, les candidats rapportent une frustration croissante et ne voient pas la valeur de ces évaluations multiples au cours de leur formation et après celle-ci. Elle entraîne aussi des lacunes involontaires dans lesquelles un organisme attribue à un autre organisme la responsabilité de l'évaluation de certains domaines. Finalement, cette non-connectivité potentielle entraîne aussi des événements distincts non reliés qui ne tirent pas profit des interactions complexes qui peuvent exister entre les évaluations qui ont lieu pendant la formation du médecin et tout au long de sa pratique. Finalement, cette approche traditionnelle non concertée entre les évaluations des différents organismes ne tire pas profit des interactions complexes qui existent déjà spontanément entre elles tout au long du continuum de la formation et de celui de la pratique du médecin.

Redondance et lacunes dans l'évaluation

Sans discussion ni entente entre les organismes à savoir qui évalue quoi à quel niveau, jusqu'à quel point et à quel moment, il est possible qu'il se produise une évaluation redondante des mêmes compétences aux mêmes niveaux et qu'il y ait un manque d'évaluation à des moments appropriés dans certains domaines. Le manque de coordination entre les organismes se traduit par des occasions manquées à deux niveaux.

En premier lieu, il peut y avoir une redondance inappropriée de tests qui sont inutiles tandis que la redondance pertinente n'est pas utilisée correctement. Cela dit, si les évaluations n'intègrent pas l'acquisition préalable des compétences, la réévaluation inutile des mêmes compétences par divers examens ponctuels peut entraîner une perte de ressources précieuses en évaluation et de temps, empêchant également la réévaluation intentionnelle de la trajectoire du développement des compétences (p. ex., la communication et le professionnalisme). Les apprenants bénéficieraient d'une évaluation répétée de certains comportements essentiels, dans des contextes appropriés à leur niveau de formation, pour s'assurer qu'ils les ont atteints de façon continue avant l'obtention de leur permis de pratique et de leur certification (p. ex., examens du rendement comme les ECOS qui évaluent les compétences en communication et celle du professionnalisme de façon répétée, avec une gradation dans leur complexité).

Deuxièmement, le manque de collaboration et de coordination entre les organismes entraîne des occasions manquées d'identifier les lacunes dans l'évaluation de certaines capacités ou compétences et dans l'intégration de celles-ci dans un plan directeur d'évaluation (p. ex., sécurité culturelle et santé autochtone).

Un exemple de lacune dans le système d'évaluation est la démonstration de la capacité d'une personne à réviser systématiquement sa propre pratique selon les principes d'amélioration continue de la qualité. Cette compétence est l'essence du document de La Fédération des ordres des médecins du Canada intitulé « *Amélioration de l'exercice médical* » (FOMC, 2015), ainsi que du référentiel CanMEDS 2015 (CanMEDS 2015), et elle illustre une compétence essentielle à la pratique au 21^e siècle, mais qui est mal évaluée. Toutefois, la façon avec laquelle cette révision systématique de l'exercice de la médecine peut être évaluée soit en cours de pratique ou même en cours de formation n'a pas encore été définie clairement.

Rétroaction sous-optimale, transfert de l'information sur les évaluations et harmonisation des stratégies d'évaluation avec un mandat social

Afin que l'évaluation puisse promouvoir l'apprentissage continu, une rétroaction crédible de grande qualité doit être fournie à l'apprenant/au médecin. Le manque de rétroaction adéquate pour l'apprentissage est mis en évidence tout au long du continuum et avec diverses formes d'évaluation. Malgré leur importance à des fins de contrôle, la valeur des examens ponctuels en ce qui concerne la rétroaction et la promotion de l'apprentissage continu a fait l'objet d'études et de questionnement (Eva et coll. 2016). Malgré les nombreuses occasions d'évaluations observées directement avec une rétroaction pendant la formation clinique aux niveaux prédoctoral et postdoctoral, il y a peu de données probantes démontrant que ceci est effectué de façon régulière (Gil D et coll., 1984 ; Issacson JH et coll., 1995 ; Sender-Liberman A et coll., 2005) ; bien que ceci s'améliore dans les programmes qui utilisent la FMBC (Ross et coll., 2011 ; Smith, 2017). En dépit du fait que les programmes de maintien des compétences sont nombreux, les médecins sont en grande partie responsables envers eux-mêmes avec des programmes auto-gérés qui n'ont peut-être aucun lien avec les lacunes réelles de connaissance ou de rendement (Naylor et coll., 2015). Plusieurs médecins n'ont pas accès à des données de rétroaction sur les résultats propres à leur pratique ce qui faciliterait une pratique réflexive et l'élaboration de plans d'apprentissage continus conçus pour identifier ces lacunes.

De plus, le système actuel favorise la discontinuité des plans d'apprentissage en raison de l'absence de disponibilité de l'information sur l'évaluation qui « accompagne » les apprenants/médecins tout au long du continuum. Il s'agit d'un obstacle potentiel au développement des compétences et à l'amélioration du rendement. Tout plan d'apprentissage,

s'il existe, commence et se termine à l'intérieur des différentes parties du continuum. Ceci peut avoir des répercussions négatives sur l'apprentissage dans un modèle axé sur l'amélioration continue.

Sommaire

Un modèle intégré d'évaluation au cours de la vie d'un médecin donne l'occasion de fournir une rétroaction régulière qui facilite le développement de plans d'apprentissage appropriés afin d'améliorer les compétences. Un tel modèle permettrait aussi de déceler les redondances inutiles et les lacunes importantes dans l'évaluation. Idéalement, un programme canadien d'évaluation planifié et harmonisé soutiendrait l'apprentissage continu et permettrait l'attestation de compétences clés tout au long de la pratique. Travailler avec les organismes pour élaborer un tel plan d'évaluation coordonné qui reflète les besoins de la société serait profitable pour les apprenants, les médecins et en fin de compte, pour les patients.

Afin de s'assurer que nos apprenants et nos médecins en exercice acquièrent et maintiennent leurs compétences, les divers organismes responsables de l'évaluation ont besoin d'une stratégie commune pour décider des sujets suivants :

- a) les compétences importantes qui doivent être évaluées ;
- b) le niveau de compétence qu'il convient le mieux d'évaluer aux différents niveaux de la formation et étapes dans la carrière d'un médecin ;
- c) la nature des stratégies d'évaluation qui devraient être employées à divers moments dans le temps ;
- d) les intervenants partenaires qui agissent comme chef de file dans le développement et la mise en place de ces évaluations ;
- e) le référentiel qui souligne comment les évaluations s'harmonisent dans le continuum pour soutenir et faciliter l'amélioration continue des compétences pendant la formation et l'approfondissement de celles-ci au cours de la pratique.

Faire progresser le système d'évaluation : principes

Afin de générer une vision pour le programme d'évaluation idéal, les principes d'évaluation courants suivants ont été identifiés par les intervenants partenaires pendant une réunion en avril 2016 :

1. Les évaluations devraient être justes et transparentes pour les apprenants/médecins et les résultats devraient assurer la sécurité du public.
2. Les évaluations devraient être composées de multiples observations faites par plusieurs évaluateurs formés au fil du temps et comprendre diverses stratégies d'évaluation.
3. Des sources appropriées de données probantes qui appuient l'utilisation prévue et adéquate des évaluations dans tout le continuum devraient être recueillies avec précision et mises en évidence afin de favoriser des résultats valides, fidèles et significatifs.
4. Afin de faciliter l'apprentissage continu, les évaluations devraient être aussi authentiques que possible, être effectuées sur les lieux de travail lorsque possible et être basées sur les besoins du médecin dans sa pratique.
5. Les évaluations devraient être structurées afin d'appuyer un référentiel de compétences en soutenant de façon appropriée l'apprentissage continu vers l'expertise et la maîtrise de celles-ci.
6. Les mécanismes pour fournir de la rétroaction à partir des résultats de l'évaluation devraient être développés pour soutenir et motiver les médecins à apprendre et, au besoin, les aider à définir les plans d'amélioration et de rattrapage.

Vision future

Partie I – L'évaluation pour l'apprentissage et l'évaluation de l'apprentissage

Toute bonne stratégie d'évaluation devrait avoir une influence positive sur les soins aux patients en encourageant l'apprentissage tout au long de la vie (Eva et coll., 2015). L'évaluation doit être réalisée avec la plus grande attention quant aux messages implicites transmis aux apprenants/médecins et aux conséquences inattendues de la conception de la stratégie d'évaluation. Les apprenants « étudieront pour l'examen » et répondront aux exigences nécessaires pour « réussir ». Lors de la conception d'un programme d'évaluation, il est important de garder ceci à l'esprit et d'éviter d'encourager des stratégies d'apprentissage qui ne sont pas souhaitables et qui ne s'harmonisent pas avec les résultats souhaités (van der Vleuten et coll. 2012). De plus, selon le but de l'évaluation, il faudra tenir compte des critères d'évaluation comme ceux décrits par Norcini et coll. (2011) (validité, fidélité, équivalence, faisabilité, effet éducatif, effet catalytique et acceptabilité).

Il existe deux orientations que peut prendre l'évaluation. Celles-ci ont été définies dans la littérature : l'évaluation *de* l'apprentissage et l'évaluation *pour* l'apprentissage. D'une part, l'évaluation *de* l'apprentissage fait référence à ce qui existe habituellement en dehors du cursus de formation et constitue une mesure de contrôle de la qualité — permettant de vérifier si les apprenants répondent aux attentes prédéfinies en matière de compétences. D'autre part, l'évaluation *pour* l'apprentissage est un recadrage philosophique qui reconnaît la nature intégrale de l'apprentissage et de l'évaluation. Les évaluations sont le plus efficaces quand elles permettent d'améliorer l'apprentissage et qu'elles entraînent des améliorations au niveau des connaissances, des compétences et des comportements. L'évaluation pour l'apprentissage est beaucoup plus harmonisée avec les concepts d'amélioration de la qualité. (Schuwirth et van der Vleuten, 2011). Dans un article récent, Pugh et Regehr (2016) ont conclu « qu'il est probable que l'ensemble des évaluations soit utilisé pour déterminer l'état actuel de l'apprentissage d'un étudiant jusqu'à un certain point et que toutes les évaluations ont le potentiel d'alimenter et de soutenir des apprentissages additionnels ». Un programme national d'évaluation pourrait être conçu pour s'harmoniser avec ces deux thèmes importants afin que la profession médicale puisse respecter le mandat d'imputabilité sociale de s'assurer que les médecins sont suffisamment compétents, mais sont également capables de répondre et de s'adapter continuellement aux besoins changeants des communautés qu'ils desservent.

Au Canada, à l'heure actuelle, les facultés ainsi que les organismes de certification et d'octroi des permis de pratique utilisent des examens ponctuels de haut niveau qui constituent principalement des évaluations *de* l'apprentissage. Pour concevoir un programme d'évaluation permettant une évaluation *de* l'apprentissage et *pour* l'apprentissage, il faudrait tenir compte des éléments principaux suivants :

- Identifier les collaborations et mesures nécessaires à l'amélioration de la fonction formative de ces évaluations, afin qu'elles puissent être plus utiles à l'évaluation *de* l'apprentissage et de l'amélioration tout au long du continuum. Plus spécifiquement, comment ces évaluations *de* l'apprentissage complètent-elles les évaluations continues *pour* l'apprentissage, particulièrement pendant les années de formation ?
- Trouver l'équilibre entre l'évaluation *de* l'apprentissage et l'évaluation *pour* l'apprentissage pour offrir de meilleurs soins aux patients pendant la phase de pratique de la carrière d'un médecin. Comment pouvons-nous utiliser les « données » sur le rendement tirées soit des évaluations soit de la pratique afin d'ancrer la rétroaction et d'élaborer des plans d'apprentissage ?

- Encourager un changement de culture afin d'accepter la rétroaction *pour* l'apprentissage. Plus précisément, comment intégrons-nous les principes d'apprentissage social et des communautés de pratique dans tout le continuum pour encourager la réflexion, l'apprentissage et l'amélioration continue ?

Partie II — Évaluation programmatique pour le continuum :

Selon van der Vleuten et coll. (2005, 2012), l'évaluation programmatique est un arrangement de méthodes d'évaluation prévues pour optimiser son aptitude à pratiquer. Les auteurs soutiennent qu'un programme d'évaluation « devrait être bâti délibérément et que ses éléments devraient être vérifiés » entre autres choses. Dans le modèle proposé, l'évaluation programmatique a deux objectifs premiers : 1) faciliter l'apprentissage grâce à plusieurs évaluations de moindre valeur, et 2) optimiser la prise de décision importante (van der Vleuten et coll., 2012). Cependant, ce modèle est destiné à des fins d'éducation. Les principes de l'évaluation programmatique peuvent-ils être appliqués à un programme national de délivrance de permis d'exercice, de certification et de maintien de ceux-ci au fil du temps ?

L'adoption d'un tel programme d'évaluation requiert l'examen d'un certain nombre d'éléments principaux, notamment :

- L'élaboration d'un plan directeur d'évaluation national général qui reflètera les compétences en constante évolution.
- L'élaboration d'un référentiel dans lequel les évaluations au fil du temps peuvent être entièrement intégrées aux examens ponctuels afin de garantir que les décisions relatives à la certification et à la remise de permis de pratique sont valides et fiables, tout en encourageant la rétroaction, la réflexion sur les besoins dans la pratique, des stratégies d'amélioration continue et un apprentissage continu.

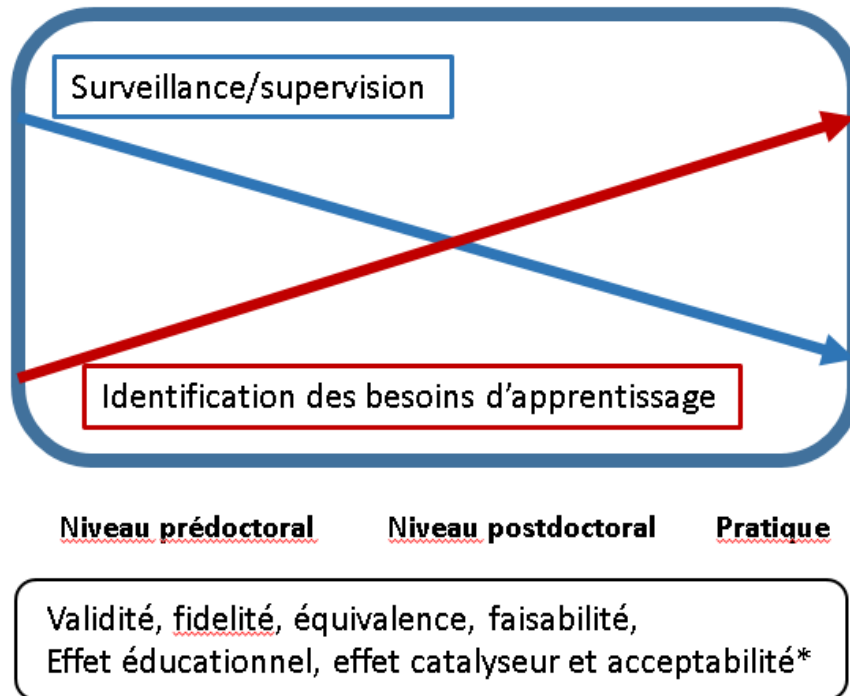
En progressant dans le continuum, il y a un changement dans le niveau de supervision et de direction qui passe de très élevé à la faculté de médecine à plus faible dans la pratique. Inversement, on s'attend à ce que le médecin qui commence sa pratique soit en mesure de déterminer ses propres besoins d'apprentissage pour une amélioration continue de sa pratique (FOMC, 2015) (figure 2). Ce changement dans l'équilibre de la supervision à la détermination des besoins d'apprentissage aura des répercussions sur les types d'évaluation nécessaires sur la sélection de l'évaluateur qui choisit et impose les évaluations et sur l'influence de celles-ci sur l'apprentissage. De plus, tout au long du continuum, le médecin est imputable envers les

intervenants au-delà des superviseurs et des patients, y compris les administrateurs, les ordres des médecins et les gouvernements. L'information devra être transmise d'un organisme à l'autre afin de mieux soutenir l'apprenant (p. ex., le besoin d'accommodements pour les examens) et de créer un système d'évaluation qui reflète les besoins des patients et qui soutient des soins sécuritaires aux patients.

Recommandations particulières :

1. Adopter un référentiel d'évaluation national ayant comme objectif d'assurer que les médecins offrent des soins efficaces aux patients grâce à l'apprentissage et l'amélioration continus selon des principes d'évaluation *pour* l'apprentissage et d'évaluation programmatique pour assurer l'aptitude à pratiquer.
2. Harmoniser les évaluations avec a) les résultats cliniques requis pour les soins aux patients et la société au Canada et b) l'apprentissage nécessaire pour obtenir ces résultats et soutenir les évaluations dans les communautés de pratique des différents champs de pratique.
3. Entamer un processus d'élaboration d'un plan directeur national d'évaluation pour un programme d'évaluation pour tout le continuum de la carrière d'un médecin.
4. Mettre au point un référentiel et des principes pour l'utilisation de données d'évaluation pour tout le continuum pour soutenir le perfectionnement de l'apprentissage et de l'expertise, particulièrement entre les niveaux de transition dans le continuum (de l'éducation médicale prédoctorale à l'éducation médicale postdoctorale ; de l'éducation médicale postdoctorale et au DPC dans la pratique).
5. Passer en revue les examens actuels ponctuels de haut niveau en vue de la délivrance du permis de pratique et la certification pour améliorer la rétroaction fournie aux candidats.
6. Examiner les mandats des organismes d'évaluation nationaux qui délivrent les permis d'exercice afin d'assurer l'harmonisation.

**Figure 2. Évaluation dans le continuum :
Relation entre la supervision et l'autodirection**



*Norcini et coll., 2011

Références :

Balogh EP, Miller BT, Ball JR, eds. Improving Diagnosis in Health Care. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2015

Eva KW, Bordage G, Campbell C, Galbraith R, Ginsburg S, Holmboe E, Regehr G. Towards a program of assessment for health professionals: from training to practice. *Advances in Health Sciences Education* 2016;21:897-913

Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC). Physician Practice Improvement System, Mai 2015

Frank JR, Snell LS, ten Cate O, Holmboe E, Carraccio C, Swing SR et coll. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher* 2010;32:638-645

Frank JR, Snell L, Sherbino J, eds. Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. Ottawa: Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ; 2015

Gil D, Heins M, Jones PB. Perceptions of medical school faculty members and students on clinical clerkship feedback. *J Med Educ.* 1984;59: 856–64.

Isaacson JH, Posk LK, Litaker DG, Halperin AK. Resident perception of the evaluation process. *J Gen Intern Med.* 1995;10(4 suppl):S89.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy of Sciences, 2000.

McGaghie WC, Miller GE, Sajid AW, Telder TV. Competency-Based Curriculum Development in Medical Education: In Introduction, World Health Organization, 1978

Naylor CD, Gerace R, Redelmeier DA. Maintaining Physician Competence and Professionalism – Canada’s Fine Balance. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 2015;313:1825-1826

Neufeld VR, Maudsley RF, Pickering RJ, Walters BC, Turnbull JM, Spasoff RA, Hollomby DJ, LaVigne KJ. Demand-side medical education: educating future physicians for Ontario. *CMAJ* 1993;148:1471-1477

Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V et coll. Criteria for good assessment: Consensus statement and recommendations for the Ottawa 2010 Conference. *Medical Teacher* 2011;33:206-214

Pugh D, Regehr G. Taking the sting out of assessment: is there a role for progress testing? *Medical Education* 2016;50:721-726

Ross S, Poth CN, Donoff M, Humphries P, Steiner I, Schipper S, Janke F, Nichols D. Competency-Based Achievement System, Using formative feedback to teach and assess family medicine residents' skills. *Canadian Family Medicine* 2011;57:e323-e330

Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada. La compétence par conception : l'avenir de la formation médicale postdoctorale au Canada. Harris KA, Frank JR, eds., 2014

Schuwirth LWT and van der Vleuten C. Programmatic assessment: From assessment of learning to assessment for learning. *Med Educ* 2011; 33: 478–485

Sender-Liberman A, Liberman M, Steinert Y, McLeod P, Meterissian S. Surgery residents and attending surgeons have different perceptions of feedback. *Med Teach* 2005;27(5):470–2.

Smith J, Jacobs E, Li Z, Vogelmann B, Zhao Y, Feldstein D. Successful Implementation of a direct Observation Program in an Ambulatory Block Rotation. *J Grad Med Ed* 2017;9:113-117

L'Avenir de l'éducation médicale au Canada – Une vision collective pour les études médicales prédoctorales au Canada (AEMC-EMPr), Association des facultés de médecine du Canada, 2012

L'Avenir de l'éducation médicale au Canada – Une vision collective pour les études médicales postdoctorales au Canada (AEMC-EMPo), Association des facultés de médecine du Canada, 2012

Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral — Partie 1. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2011.

Van der Vleuten CPM, Schuwirth LWT. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Medical Education* 2005;39:309-317

Van der Vleuten CPM, Schuwirth LWT, Driessen EW, Dijkstra J, Tigelaar D, Baartman LKJ, van Tartwijk. A model for programmatic assessment fit for purpose. *Medical Teacher* 2012;34:205-214

ANNEXE 1

Retraite nationale sur l'évaluation Le 7 avril 2016	
AFMC/DPC	D ^{re} Andrée Boucher D ^{re} Constance LeBlanc
CMFC	D ^r Richard Almond D ^r Eric Wong M ^{me} Amy Outshoorn D ^r David Ross D ^{re} Kathy Lawrence
CMQ	D ^{re} Anne-Marie MacLellan
FOMC	M ^{me} Fleur-Ange Lefèbre D ^{re} Karen Mazurek M. Dan Faulkner
CMC	D ^r Ian Bowmer D ^{re} Claire Touchie D ^r André De Champlain M ^{me} Cindy Streefkerk
Hôpital d'Ottawa/HealthCareCAN	D ^r Jim Worthington
Études médicales postdoctorales	D ^{re} Ramona Kearney D ^r Glen Bandiera
CRMCC	D ^r Jason Frank D ^r Farhan Bhanji D ^r Craig Campbell D ^{re} Suzan Scheeweiss
Études médicales prédoctorales	D ^r Richard Pittini D ^{re} Tracey Hillier
Facilitateur	D ^r Glenn Regehr