

THE FUTURE OF
MEDICAL EDUCATION
IN CANADA

CONTINUING PROFESSIONAL
DEVELOPMENT

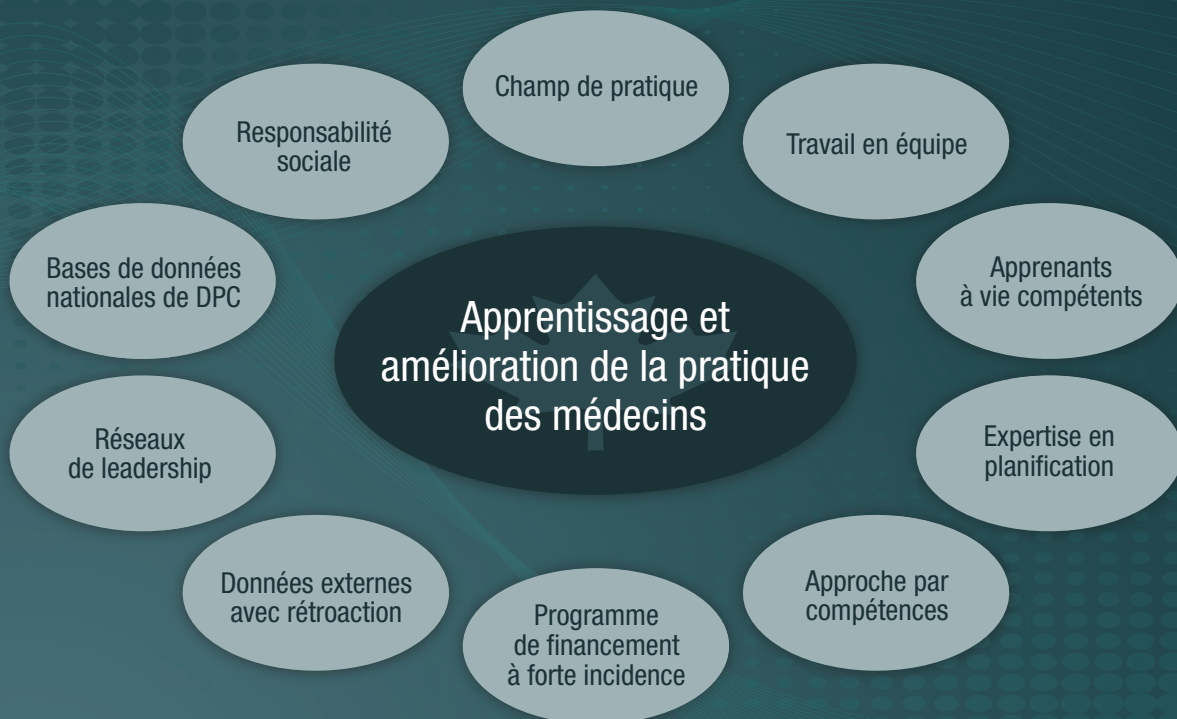


L'AVENIR DE
L'ÉDUCATION
MÉDICALE AU CANADA

DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU

APPUYER L'APPRENTISSAGE ET L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PRATIQUE DES MÉDECINS AU CANADA : UNE NOUVELLE ORIENTATION

RAPPORT SOMMAIRE SUR L'AVENIR DE L'ÉDUCATION MÉDICALE AU CANADA
PROJET DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (AEMC-DPC)



*Vision collective
du DPC au Canada*

RÉSUMÉ	4
INTRODUCTION	8
PRINCIPES FONDAMENTAUX	10
Principe 1 : Un système d'apprentissage et d'amélioration pour les médecins doit être conçu de manière à répondre aux besoins des patients et des collectivités	10
Principe 2 : Un système d'apprentissage et d'amélioration pour les médecins doit s'appuyer sur des preuves scientifiques et des données fondées sur la pratique	11
Principe 3 : Un système d'apprentissage et d'amélioration pour les médecins doit être conçu de manière à permettre une amélioration de la pratique des médecins et des résultats pour les patients	12
STRATÉGIES CLÉS : INDIVIDUS ET ÉQUIPES	14
Adaptation au champ de pratique	14
Recommandation	15
Intégration aux stratégies d'apprentissage et de perfectionnement d'équipe	15
Recommandations	15
Exécution par des apprenants à vie efficaces	16
Recommandations	18
STRATÉGIES CLÉS : ÉTABLISSEMENTS ET SYSTÈMES	18
Être conçu par des gens possédant l'expertise nécessaire pour sa planification et sa prestation	18
Recommandation	20
Financé de façon à soutenir l'amélioration de la qualité et l'amélioration continue	20
Recommandation	21
Conception favorisant l'avancement de l'approche par compétences en formation médicale	21
Recommandation	22
STRATÉGIES CLÉS : INFRASTRUCTURE ET DIRECTION	22
Respecter les exigences réglementaires en matière d'amélioration de la pratique	23
Recommandation	23
Ensembles de données nationales sur le DPC liés aux données des systèmes de santé	23
Recommandation	24
Structure de direction provinciale ou régionale intégrée en matière de DPC	24
Recommandation	25
CONSÉQUENCES	26
CONCLUSION	27
PARTENAIRES FINANCIERS	27
COLLABORATEURS	28

**APPUYER L'APPRENTISSAGE ET
L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA
PRATIQUE DES MÉDECINS AU CANADA :
UNE NOUVELLE ORIENTATION**

**RAPPORT SOMMAIRE SUR L'AVENIR DE L'ÉDUCATION MÉDICALE
AU CANADA (PROJET AEMC-DPC)**

Dr Craig Campbell, Collège royal (coprésident)

Dr Jeff Sisler, CMFC (coprésident)

Au nom du comité directeur du projet AEMC-DPC

RÉSUMÉ

Le présent rapport décrit une nouvelle vision collective pour l'élaboration d'un système de développement professionnel continu (DPC) pancanadien qui soutient l'innovation et l'amélioration continue de la qualité afin de répondre aux besoins en santé des Canadiens. S'inspirant des points forts de nos cadres de DPC, de nos systèmes d'aide à la formation et de nos systèmes d'agrément et de reconnaissance en matière de DPC, ce document jette les bases d'un système national de DPC remanié qui sera ancré dans les milieux de travail, intégré aux équipes de soins et soutenu par les systèmes de santé. Ce système revitalisé appuyant l'apprentissage et l'amélioration de la pratique des médecins :

- sera adapté aux besoins des patients et des collectivités;
- s'appuiera sur des preuves scientifiques, des données fondées sur la pratique et une rétroaction pour une variété de compétences;
- sera conçu pour mesurer les améliorations aux expériences de soins des patients, à la santé de la population et à la vie au travail des professionnels de la santé.

Les onze recommandations habilitantes énoncées dans ce rapport ont été rédigées à la suite des délibérations de huit groupes de travail dirigés par des experts qui établissent les principales stratégies dans trois domaines : individus et équipes, établissements et systèmes, et infrastructures.

Les principales stratégies liées aux individus et aux équipes seront :

- **Adaptées au champ de pratique**

Pour définir le programme de formation des médecins praticiens, il est essentiel de comprendre leur champ de pratique. Cette étape fait partie intégrante de la création et de la mise en œuvre d'un plan adapté à la pratique et aux besoins en santé des patients, des familles et de la population. Le champ de pratique guidera les activités d'apprentissage et d'amélioration qui maintiennent le niveau de compétence du médecin tout au long de sa vie professionnelle; il contribue à la qualité, à la viabilité et à la sécurité du système national de DPC offert aux médecins.

- **Intégrées aux stratégies d'apprentissage et d'amélioration d'équipe**

En vertu du système actuel de DPC, chaque médecin prend lui-même les décisions concernant ses activités de DPC, auxquelles il assistera la plupart du temps en compagnie d'autres médecins. Le système remanié d'apprentissage et d'amélioration continue des médecins mettra l'accent sur les activités d'apprentissage suivies en compagnie d'autres professionnels de la santé avec qui le médecin travaille régulièrement. Le DPC interprofessionnel servira de base pour transposer efficacement les notions apprises à la pratique quotidienne, contribuera à éliminer les obstacles empêchant le médecin de changer ses méthodes et harmonisera l'apprentissage et l'évaluation à la prestation de soins aux patients dans divers contextes.

- **Exécutées par des apprenants à vie compétents**

Chacune des étapes du continuum de formation médicale comporte des compétences d'apprentissage à vie qui sont essentielles au perfectionnement professionnel. Pour que l'apprentissage à vie soit efficace, les médecins doivent acquérir des compétences qui leur permettront d'évaluer et d'utiliser de nouvelles données probantes; de partager leurs connaissances et leurs expériences de pratique avec d'autres et d'utiliser les données sur la pratique pour s'améliorer, recevoir de la rétroaction et se sentir partie prenante de la communauté. Ces principes, compétences et facteurs du système rendront plus agréable l'apprentissage à vie et orienteront les activités d'intégration des systèmes d'apprentissage et d'amélioration dans les milieux de travail.

Les principales stratégies liées aux établissements et aux systèmes seront :

- **Mises au point par des experts en planification et en prestation de DPC**

Les organisations qui créent des programmes de DPC doivent veiller à ce que les individus assumant des fonctions de direction possèdent les compétences nécessaires pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer des interventions éducatives. Cette expertise est importante, car elle garantit que les interventions éducatives seront adaptées aux besoins en constante évolution des médecins, des patients et du système de santé. Ensemble, ces domaines de compétences devraient servir de curriculum pour le parcours de développement professionnel des prestataires d'activités de DPC.

- **Financées à des fins d'amélioration de la qualité et de l'amélioration continue**

Actuellement, il est difficile de définir les sources de financement qui peuvent soutenir l'élaboration et la diffusion d'outils, de processus et d'activités de qualité supérieure. Étant donné les protections fournies par les normes nationales qui atténuent l'influence exercée par des intérêts commerciaux sur les commandites, un modèle de financement mixte (droits d'inscription, commandites d'entités commerciales et fonds provenant d'administrations publiques et d'employeurs) demeure viable. Cependant, il sera nécessaire de déterminer les sources de financement afin de garantir la création d'activités d'apprentissage qui répondent aux nouveaux besoins en santé publique, aident les médecins à s'acquitter des exigences obligatoires du système et établissent des fonds communs à l'échelle provinciale ou nationale pour faciliter la conception d'activités innovantes ou qui exigent des ressources considérables.

- **Conçues pour faire avancer l'approche par compétences en formation médicale**

Pour qu'un système d'apprentissage et de perfectionnement des médecins procure les résultats escomptés, les individus, les groupes et les équipes concernés devront avoir accès à plusieurs sources externes de données et de rétroaction pour orienter l'élaboration de plans d'apprentissage et de perfectionnement. L'utilisation cohérente de sources de données externes sous-tend trois principes importants de l'approche par compétences en formation médicale : approche centrée sur l'apprenant, évaluation authentique et réponse aux besoins de la population en matière de santé. Le DPC fondé sur les compétences se veut une stratégie éducative qui assure de façon continue la qualité et la sécurité des soins.

Les principales stratégies liées aux infrastructures :

- **Intégreront les exigences réglementaires en matière d'amélioration de la pratique**

La transition vers un système d'apprentissage et d'amélioration continue de la pratique doit répondre aux attentes des ordres des médecins, comme indiqué dans le document de politique sur l'amélioration de l'exercice médical (AEM) de la Fédération des ordres de médecins du Canada. Les médecins auront besoin d'outils, de lignes directrices et de mécanismes d'appui pour évaluer leur rendement au regard de normes de pratique établies,

choisir les bonnes ressources pour atteindre leurs objectifs d'apprentissage et mesurer les résultats ou l'incidence de leur apprentissage sur leur pratique. Le programme d'AEM exige la mise en place d'un système national de DPC délibérément axé sur la collaboration et la mobilisation des médecins, des groupes prestataires d'activités de DPC, des associations médicales professionnelles, des établissements de soins de santé, des patients et des organismes de réglementation.

- **Tiendront compte des ensembles de données nationales sur le DPC liées aux données des systèmes de santé**

Pour mettre sur pied le système national d'apprentissage et d'amélioration de la pratique des médecins envisagé, il faudra créer un répertoire national d'activités d'apprentissage et une infrastructure de données permettant au système de cerner les lacunes en matière d'élaboration d'activités; de faciliter l'accès aux activités qui répondent aux besoins de la pratique des médecins; de générer des rapports sur les activités terminées (avec l'autorisation des médecins) à l'intention de diverses organisations; de faire des recherches et des analyses sur l'incidence de la participation au DPC sur le rendement des médecins et les résultats relatifs à l'état de santé et de faire le suivi des sources de financement pour les programmes de DPC agréés.

- **Seront soutenues par des réseaux provinciaux/régionaux intégrés de direction du DPC**

Pour que le système national d'apprentissage et d'amélioration de la pratique soit intégré et coordonné, il devra être doté d'une structure de direction qui facilite la collaboration et la responsabilisation entre médecins, responsables des systèmes de santé, prestataires d'activités de DPC, ordres des médecins et patients. Les responsables chargés d'orienter et de mettre en œuvre le système et d'en évaluer l'incidence devront avoir des occasions régulières d'interagir. Le système pourra ainsi répondre aux nouveaux besoins en soins de santé des patients et de leur famille, et sera assez souple pour le faire en cas d'urgence. Vu la structure de gouvernance de la santé au Canada, la direction devra principalement agir à l'échelle provinciale ou régionale et avoir des occasions de collaborer à l'échelle nationale. Le recours à une stratégie de réseau multidimensionnel facilitera le dialogue, la planification et l'évaluation pour l'ensemble des intervenants, notamment ceux d'autres disciplines du système de santé (telles que les soins infirmiers, la pharmacie et la réadaptation).

CONCLUSION

Ce troisième rapport sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada présente une vision d'un système national renouvelé et révisé pour l'apprentissage et l'amélioration de la pratique des médecins. Le système de DPC de l'avenir sera souple et adapté aux besoins changeants à l'échelle locale, régionale et nationale. Devant l'évolution rapide des données probantes scientifiques qui façonnent la prestation des soins de santé, conjuguée aux nouvelles technologies, à l'intelligence artificielle et aux nouveaux modèles de prestation de soins, il est nécessaire de créer un système qui soutient et éclaire l'apprentissage et l'amélioration de la pratique des médecins et permet l'accès à des sources externes de données et à une rétroaction sur la pratique. Toutefois, cette démarche d'amélioration de l'expérience du patient et de la santé de la population ne peut se faire aux dépens du bien-être des professionnels de la santé. Puisque le rôle joué par les médecins dans ce contexte de soins en évolution rapide et constante sera appelé à changer, le système de CPD de l'avenir devra non seulement s'adapter pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé, il devra aussi faire en sorte que les activités d'apprentissage avec des pairs, des collègues et des patients soient plus agréables.

RECOMMANDATIONS

Champ de pratique

1. Les médecins doivent obtenir les outils et les stratégies nécessaires pour documenter et réviser périodiquement la description de leur champ de pratique dans le but de créer et de mettre en œuvre un plan d'apprentissage propre à la pratique conçu pour être adapté aux besoins personnels des médecins ainsi qu'à ceux des patients et des établissements et d'en évaluer les effets.

Apprentissage et amélioration en équipe

2. L'apprentissage et le perfectionnement des médecins doivent être fondés sur les compétences dont ils ont besoin pour travailler au sein d'équipes et apprendre d'autres membres des équipes de soins dont ils font partie.
3. Les organismes d'agrément et de reconnaissance professionnelle, les prestataires d'activités éducatives et les autres organismes professionnels de la santé concernés doivent collaborer afin de déterminer les changements à apporter au système pour mettre en œuvre et « attester » le DPC interprofessionnel.

Apprenants à vie compétents

4. Accorder la priorité aux activités qui favorisent l'apprentissage fondé sur la collaboration au sein de communautés de pratique formelles ou informelles et les soutenir.
5. Concevoir des ressources curriculaires qui facilitent la compréhension et l'acquisition de compétences d'apprentissage à vie efficaces et adaptées au champ de pratique des médecins.

Mises au point par des experts en planification et en prestation de DPC

6. Offrir des programmes d'apprentissage à l'échelle nationale pour permettre aux concepteurs et aux prestataires d'activités de DPC d'acquiescer les compétences de base requises pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer des interventions éducatives.

Financées à des fins d'amélioration de la qualité et d'amélioration continue

7. Collaborer avec les intervenants du DPC provinciaux et nationaux afin de définir des stratégies de financement pour l'élaboration de programmes, de ressources et d'outils qui répondront aux nouveaux besoins en santé publique, aux priorités régionales en matière de santé et aux objectifs du système de DPC interprofessionnel.

Conçues de manière à favoriser la progression du DPC fondé sur les compétences

8. Chaque discipline doit déterminer les compétences de base et nouvelles qui sont pertinentes pour l'ensemble de ses membres et utiliser les référentiels de compétences de CanMEDS et CanMEDS-Médecine familiale afin de concevoir ou de recommander des activités, des outils et des sources de données pour l'apprentissage et l'amélioration de la pratique dans les principaux champs de pratique de la discipline.

Tiennent compte des exigences réglementaires qui visent l'amélioration de la pratique

9. Tous les médecins seront tenus de participer à un cycle continu d'amélioration de la pratique s'appuyant sur des données individuelles ou regroupées sur la pratique qui sont compréhensibles, pertinentes et fiables et sur une rétroaction profitable pour les patients.
10. Créer un répertoire national d'activités d'apprentissage et une infrastructure de données permettant au système de repérer les lacunes en matière d'élaboration d'activités; de faciliter l'accès aux activités adaptées à la pratique des médecins; de générer des rapports et de faire des recherches et des analyses sur l'incidence de la participation au DPC sur le rendement des médecins, la qualité et la sécurité des soins et les résultats relatifs à l'état de santé.
11. Créer des réseaux de DPC provinciaux ou régionaux ou consolider ceux qui existent afin de faciliter le suivi, la planification et l'évaluation des interventions éducatives nécessaires pour répondre aux besoins et aux priorités en santé des patients, des collectivités et de la population en s'appuyant sur les meilleures données probantes disponibles.

INTRODUCTION

L'initiative « L'avenir de l'éducation médicale au Canada » (AEMC) est constituée d'une série complète de projets visant à assurer que le système d'éducation médicale du Canada continue de répondre aux besoins en constante évolution de la population canadienne d'aujourd'hui et de demain. Les deux premiers projets se sont soldés par la production de rapports décrivant une vision collective pour la réforme et l'innovation en matière d'études médicales prédoctorales (AEMC EMP_r) et d'études médicales postdoctorales (AEMC PD). Le présent rapport, le troisième, énonce une vision collective pour la mise au point d'un système de DPC pancanadien qui soutient l'innovation et l'amélioration continue de la qualité afin de répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé.

On peut définir le développement professionnel continu pour les médecins comme étant « les multiples activités éducatives et de perfectionnement que les médecins entreprennent pour maintenir et améliorer leurs connaissances, leurs compétences, leur efficacité et leurs relations dans la prestation des soins de santé¹ » [traduction libre]. Cette vision soutient la croissance des médecins dans tous les rôles de CanMEDS/CanMEDS-MF et a généralement remplacé le concept antérieur de « formation médicale continue » (FMC), qui se concentrait presque entièrement sur le rôle d'expert médical.

S'appuyant sur les forces de nos cadres de DPC, de nos services de soutien à l'éducation et de nos systèmes d'agrément des activités de DPC, le présent rapport envisage un système cohérent d'apprentissage à vie et d'amélioration de la pratique de conception *novatrice*; dont la mise en œuvre est *fondée sur la collaboration*; qui est *sensible* aux besoins des patients, de leur famille et des diverses populations; *voué* à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins prodigués aux Canadiens; *intégré* au sein des équipes soignantes et soutenu par les systèmes de santé.

Raison d'être d'un nouveau système national de DPC pour les médecins

Au cours des trois dernières décennies, le système de DPC pour les médecins reposait en bonne partie sur

un modèle de cours intensifs de courte durée axé sur la diffusion des connaissances associées au rôle d'expert médical. Malgré la possibilité que ce modèle d'apprentissage de groupe améliore les connaissances, le rendement et (dans une moindre mesure) les résultats pour les patients, il n'était pas toujours clair en quoi cet apprentissage influençait la qualité et la sécurité des soins fournis aux patients. Par ailleurs, l'apprentissage des médecins a été fondé en grande partie sur le choix individuel, sans que l'on s'attende à *démontrer* comment cet apprentissage aide à maintenir ou à améliorer les compétences ou à améliorer le rendement. Malgré l'accent mis récemment sur l'importance de l'évaluation des connaissances et des compétences, les mesures des résultats du système actuel se limitent largement à la participation aux activités d'apprentissage et aux résultats autodéclarés de l'apprentissage ou du changement.

Ce rapport propose une nouvelle compréhension de ce système comme étant un système qui soutient l'apprentissage des médecins et l'amélioration continue de leur pratique (fig. 1). Nous plaçons pour une transformation qui facilite notre capacité collective à :

1. atteindre ces objectifs :
 - améliorer l'expérience des patients en matière de soins de santé;
 - améliorer la santé de la population;
 - accroître la valeur, la pertinence et la qualité des soins de santé;
 - améliorer la vie au travail des professionnels de la santé;
2. permettre aux médecins, aux groupes de médecins et aux médecins en tant que membres d'équipes de soins de santé d'accéder aux données et de les utiliser et d'obtenir une rétroaction sur leur rendement dans différents champs de compétences, en vue de permettre une amélioration continue de la pratique et des résultats pour les patients.

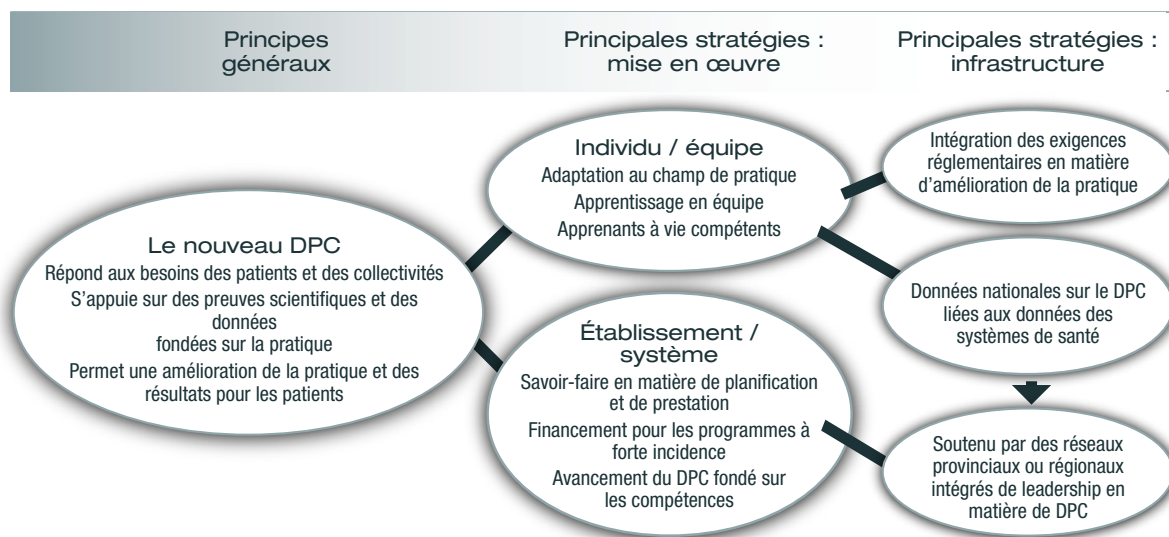
Trois **principes fondamentaux** soutiennent neuf principales stratégies et la mise en œuvre de onze recommandations habilitantes. Chaque recommandation est le fruit des délibérations de huit groupes de travail

1 Kitto SC, Bell M, Goldman J, Peller J, Silber I, Sargeant J, Reeves S. « (Mis)perceptions of continuing education: insights from knowledge translation, quality improvement, and patient safety leaders », dans *J Contin Educ Health Prof.*, 2013, vol. 33, no 2, p. 81–88.

dirigés par des experts, qui se sont penchés sur les thèmes prioritaires établis par les membres du comité directeur du projet AEMC-DPC (encadré 1). Nous invitons le lecteur à consulter les rapports des groupes de travail

en cliquant sur les liens qui sont fournis tout au long du document, ainsi que dans le site Web du projet AEMC-DPC (fmec-cpd.ca/fr).

FIGURE 1 SYSTÈME NATIONAL DE DPC : APPUYER L'APPRENTISSAGE ET L'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE DES MÉDECINS



ENCADRÉ 1

RAPPORTS DES GROUPES DE TRAVAIL DU PROJET AEMC-DPC

- Thème prioritaire n° 1 Le rôle de l'amélioration de la pratique des médecins dans le futur système de développement professionnel continu
- Thème prioritaire n° 2 Le rôle du DPC dans la réponse aux besoins en santé nouveaux ou non comblés
- Thème prioritaire n° 3 Le champ de pratique comme outil de définition de la pratique, des besoins en matière d'apprentissage et du plan de DPC
- Thème prioritaire n° 4 La compréhension et la rationalisation du financement des activités de DPC : un examen exploratoire
- Thème prioritaire n° 5 Le DPC et le continuum de l'apprentissage à vie des médecins
- Thème prioritaire n° 6 L'avancement d'un DPC fondé sur les compétences
- Thème prioritaire n° 7 Le perfectionnement des connaissances et des compétences nécessaires à ceux qui participent à l'élaboration et à la prestation des activités de DPC
- Thème prioritaire n° 8 Les équipes interprofessionnelles comme public cible important du DPC

PRINCIPES FONDAMENTAUX

La transition vers un système national d'apprentissage et d'amélioration de la pratique des médecins reposera sur trois principes fondamentaux.

PRINCIPE 1

Un système d'apprentissage et d'amélioration pour les médecins doit être conçu de manière à répondre aux besoins des patients et des collectivités.

Le premier principe directeur repose sur l'engagement des médecins envers la responsabilité sociale. Cet engagement s'exprime notamment par la capacité des médecins, des prestataires d'activités de DPC et des autres professionnels de la santé à répondre efficacement aux besoins des patients à l'échelle individuelle et à ceux des collectivités, ainsi qu'aux changements et aux défis qui surviendront inévitablement dans le milieu de la santé. La responsabilité sociale, qui fut l'un des grands principes directeurs des réformes de l'éducation médicale prédoctorale et postdoctorale proposées dans le cadre des projets AEMC précédents, est toujours considérée comme étant

un élément vital de la transformation d'un système qui soutient l'apprentissage et l'amélioration de la pratique pour les médecins, tout au long de leur carrière.

Pour être à l'écoute des besoins des patients et des collectivités, nous devons trouver des solutions aux nouvelles menaces qui pèsent sur la santé de la population canadienne (p. ex., la crise des opioïdes), intégrer les technologies et techniques novatrices ou évolutives du domaine de la santé qui exigent l'acquisition de nouvelles compétences ou habiletés (p. ex., échographie ciblée) et donner aux médecins les outils dont ils ont besoin pour s'acquitter de leur rôle dans un système de santé qui évolue rapidement (p. ex., connaissances des questions de santé propres aux Autochtones, ainsi que des questions de sécurité culturelle et d'amélioration de la qualité).

La conception actuelle du système répond principalement aux besoins en apprentissage définis par les médecins eux-mêmes et aux intérêts de ces derniers. Les prestataires d'activités de DPC qui mettent au point des activités agréées sont à l'écoute des besoins qui sont exprimés. Le choix de participer à une activité de

Mise en situation

Répond aux besoins des patients et de la collectivité : compétence dans la gestion de la douleur chronique

Âgée de 50 ans, M.R. présente des antécédents d'obésité, de diabète de type 2 (depuis l'âge de 32 ans) qui se compliquent aujourd'hui d'une douloureuse polyneuropathie sensitive ainsi que d'une insuffisance rénale chronique de stade 2. La patiente souffre également de douleurs lombaires chroniques et d'hypertension généralisée. Elle occupe un poste d'adjointe administrative dans un cabinet d'avocats.

Ses tentatives de soulager la douleur en prenant des comprimés Tylenol, des anti-inflammatoires non stéroïdiens et de la codéine n'ont pas donné de bons résultats. Au début, elle a tenté d'« engourdir le mal » en buvant, mais comme cela n'a fait qu'aggraver son diabète, elle a diminué sa consommation d'alcool. Elle a lu des articles sur Internet à propos de l'utilisation de la marijuana à des fins médicales et d'autres approches pour lutter contre la douleur, mais son médecin n'a pas changé son traitement et ne l'a pas non plus orientée vers d'autres professionnels de la santé, malgré le fait que ses douleurs soient toujours aussi intenses et diminuent considérablement sa qualité de vie. Elle s'inquiète de la possibilité que son médecin fasse tout simplement fi des nouvelles options qui pourraient la soulager. Elle se demande si les médecins parlent entre eux des cas comme le sien pour discuter des solutions possibles. De plus, elle ne sait pas comment elle pourra continuer de travailler, de prendre soin de sa famille et de composer avec ses problèmes de santé chroniques.

Questions : Le médecin de M.R. se tient-il au fait des traitements actuels en matière de douleur neuropathique chronique? Aucun des médicaments couramment employés en première et en deuxième intention n'a été mis à l'essai, et la patiente n'a pas été orientée vers un spécialiste de la douleur. Compte tenu de la prévalence de la douleur chronique, de l'importance de la crise des opioïdes sur le plan social et de l'utilisation accrue de cannabinoïdes, le médecin de M.R. devrait-il accorder la priorité à ces domaines du savoir dans ses choix en matière de DPC?

formation ou à une conférence en particulier est souvent fonction des intérêts personnels ou professionnels du médecin, de la pertinence des thèmes abordés et de facteurs comme la renommée, le coût, le lieu ou le moment d'une activité de DPC. Comme les médecins sont des professionnels, on leur demande de choisir les activités d'apprentissage officielles auxquelles ils participent et, en plus, d'assumer une bonne partie des coûts qui y sont associés.

Le système envisagé doit reconnaître et affirmer le pouvoir et l'autonomie des médecins à décider des activités d'apprentissage qui répondent aux besoins de leur pratique. En parallèle, les médecins devront être en mesure de démontrer en quoi leur participation aux activités d'apprentissage et d'amélioration de la pratique est pertinente par rapport à leur champ de pratique et leur permet de répondre aux besoins en santé des patients et de la population et d'améliorer leur pratique. Parmi tous les nombreux critères qu'appliquent les médecins lorsqu'ils choisissent leurs activités d'apprentissage, la première question qu'ils devraient se poser est : Que dois-je apprendre afin d'améliorer les soins que je prodigue à mes patients ou à la collectivité? Cette responsabilisation est l'une des formes que prend le contrat social de la profession avec le grand public.

PRINCIPLE 2

Un système d'apprentissage et d'amélioration pour les médecins doit s'appuyer sur des preuves scientifiques et des données fondées sur la pratique.

Le deuxième principe prévoit un système d'éducation au sein duquel les stratégies, processus et outils qui facilitent l'apprentissage à vie et le perfectionnement professionnel des médecins sur une base personnalisée reposent sur les preuves scientifiques les plus solides dont nous disposons et sur des données et de la rétroaction provenant de diverses sources, en particulier la pratique des médecins.

En raison de l'évolution constante des sciences biomédicales, des progrès technologiques de la médecine, de la dynamique complexe du système de soins de santé et de

l'importance de préserver le caractère humain des soins, les médecins sont continuellement tenus de s'adapter. Ils doivent être en mesure d'entreprendre une réflexion sur leurs expériences de pratique; d'analyser leur environnement à la recherche de nouvelles données probantes; de formuler des questions inspirées par les patients, par les discussions avec d'autres professionnels et par la participation à des activités d'apprentissage officielles et, qui plus est, de répondre à ces questions; de discuter de la mise en application des données scientifiques avec leurs collègues; ainsi que de recevoir de l'information et de la rétroaction de la part de pairs, de collègues et de patients. Les publications portant sur la pratique réflexive dans le domaine de l'éducation médicale indiquent qu'il est primordial de tirer un enseignement utile de sa propre expérience et de sa propre pratique pour perfectionner et maintenir ses compétences durant toute sa vie professionnelle².

À l'heure actuelle, l'apprentissage des médecins est en bonne partie axé sur les besoins d'apprentissage perçus par le médecin lui-même. Toutefois, les résultats de nombreuses recherches remettent en question la capacité d'une personne à évaluer de manière objective ses propres forces et faiblesses³. Les médecins devront impérativement se tourner vers l'extérieur, exploiter des données externes et se concentrer sur la façon dont les données sur la pratique et la rétroaction doivent être reçues et utilisées. Le programme d'AEM de la FOMC est une initiative nationale qui met l'accent sur l'importance d'un apprentissage à vie fondé sur les données sur la pratique et sur l'adoption d'une approche axée sur la résolution de problèmes pour trouver des solutions et combler les lacunes de la pratique. Le système de soins de santé devra soutenir la prestation de données sur la pratique et la rétroaction afin d'orienter et de motiver les médecins individuels, les groupes et les équipes à améliorer constamment leur pratique. La motivation des médecins à chercher et à utiliser des données sur le rendement et la pratique pour s'améliorer exigera un système qui offre des milieux d'apprentissage sûrs et collégiaux, tout en favorisant la protection des patients contre les pratiques non sécuritaires.

2 Mann K, Gordon J, MacLeod A. « Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review », *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 2009, vol. 14, no 4, p. 595–621.

3 Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. « Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review », *JAMA*, 2006, vol. 296, no 9, p. 1094–1102.

Les médecins ne sont pas nécessairement à même de cerner certains de leurs besoins en apprentissage par l'examen de leur pratique courante. La réflexion et la rétroaction peuvent provenir de multiples sources externes de données, par exemple :

- les patients et groupes de patients;
- les associations médicales professionnelles, souvent celles qui regroupent les spécialistes d'un même domaine;
- les ordres de médecins;
- les gouvernements ou les régions sanitaires qui supervisent et financent les systèmes de santé provinciaux ou régionaux;
- les conseils de la qualité de la santé;
- les bases de données de recherche et les bases de données sur la santé de la population renfermant de l'information sur l'état de santé, les nouvelles tendances et les défis actuels;
- les établissements de soins de santé auxquels sont rattachés de nombreux médecins.

Les prestataires d'activités de DPC constitueront une ressource essentielle pour l'élaboration d'activités d'apprentissage fondées sur des preuves scientifiques, en vue de s'attaquer aux variations inutiles de la pratique,

d'améliorer la qualité des soins et de rehausser l'efficacité des systèmes de santé. Les prestataires d'activités de DPC devraient se concentrer sur la conception d'activités d'apprentissage qui offrent aux médecins l'occasion de mettre en pratique ces connaissances et ces compétences dans un contexte d'apprentissage.

PRINCIPLE 3

Un système d'apprentissage et d'amélioration pour les médecins doit être conçu de manière à permettre une amélioration de la pratique des médecins et des résultats pour les patients.

Le troisième principe porte sur les résultats envisagés pour la participation des médecins aux activités d'apprentissage et d'amélioration de la pratique. Un programme d'apprentissage qui n'améliore pas l'expérience des patients en matière de soins de santé et qui ne facilite pas la mise en pratique des nouvelles connaissances ne joue pas son rôle comme il se doit.

Les activités d'apprentissage qui ont le plus d'impact sur l'amélioration des résultats sont celles qui reposent sur la réaction d'un médecin ou d'une équipe aux données et

Mise en situation

S'appuie sur des preuves scientifiques et des données fondées sur la pratique : planification d'un congrès annuel

Le Dr Allan préside le comité de DPC de son établissement. Les membres du comité se sont récemment réunis pour établir les thèmes principaux du congrès de l'an prochain. Bien que la liste des thèmes qui sont ressortis reflète sans aucun doute les domaines où ont lieu des percées, le Dr Allan se demande comment on pourrait aborder de manière constructive les écarts en matière de rendement des médecins ou de résultats pour les patients. Il décide d'organiser une téléconférence avec les membres du comité pour discuter de la façon dont la qualité et la sécurité des soins sont évaluées à l'heure actuelle, des sources de données sur le rendement dans la pratique disponibles et des stratégies que l'établissement pourrait employer pour organiser des activités afin de combler de façon marquée les lacunes dans la pratique des médecins qui participeront au congrès annuel.

Questions : De quelles compétences et de quel soutien le comité de planification aura-t-il besoin pour pouvoir organiser des activités fondées sur les données sur la pratique? Dans quelle mesure de telles données sont-elles disponibles? Comment le comité pourrait-il mettre sur pied une activité pour aider les participants à réfléchir à ces données et à traduire le fruit de leurs réflexions en plans d'action exécutables dans leur propre pratique? Combien de crédits de DPC devrait-on accorder pour inciter les médecins à participer à une telle activité?

aux commentaires sur leur pratique. Ces données peuvent être générées par des évaluations des connaissances, des sondages rétroactifs provenant de plusieurs sources, des examens de dossiers médicaux ou de dossiers de santé, l'observation directe du rendement dans la pratique et des enquêtes auprès des patients et des registres. L'aide apportée aux médecins dans l'interprétation des données fournies et l'analyse critique de leur propre rendement pour être en mesure de cerner les lacunes et d'établir un plan pour y remédier constitue une étape importante du cycle d'amélioration de la pratique. Ce cycle nécessite une évaluation pour déterminer quels aspects se sont améliorés ou quels autres apprentissages ou changements sont nécessaires pour appuyer l'amélioration.

Malgré la transition vers une approche par compétences en formation médicale qui s'opère dans les programmes d'éducation médicale prédoctorale et postdoctorale, il a été peu question de la façon dont les référentiels de compétences peuvent orienter l'apprentissage et l'évaluation afin d'améliorer la pratique. L'approche par compétences en formation médicale est un exemple d'éducation axée sur les résultats; dans ce modèle, les compétences servent de cadre d'organisation pour l'élaboration du curriculum, et les activités d'évaluation fournissent des données et une rétroaction dans plusieurs domaines de compétences. Cette approche de l'utilisation des compétences pour évaluer le rendement des médecins dans leur pratique en est encore à ses débuts.

Mise en situation

Focaliser sur les améliorations de la pratique : suivi d'un audit de la qualité des soins dans un hôpital

La D^{re} Jones, qui exerce au sein d'une collectivité de taille moyenne, assiste régulièrement aux tournées de sa division et à au moins un congrès chaque année. Le comité chargé de l'amélioration de la qualité à l'hôpital où elle travaille a récemment publié les résultats d'un audit portant sur sept critères retenus pour évaluer la qualité et la sécurité des soins aux patients. L'une des principales constatations qui ressortent de cet audit est un grand écart entre les médecins quant aux paramètres de référence. Trois des pratiques associées à ces paramètres (prophylaxie de la thrombose veineuse, cathétérisme urinaire et durée de l'antibiothérapie par voie intraveineuse) font partie des soins que la Dre Jones dispense fréquemment; les résultats de l'audit montrent que son rendement à l'égard de ces points particuliers était inférieur au rendement moyen de ses pairs, ce qui l'a incitée à achever un certain nombre de modules de formation en ligne mis au point par le bureau du DPC de son université et son hôpital local. Elle trouve que ce qu'elle a appris lui a permis de modifier sa façon de faire à l'égard des trois pratiques en question. Elle se demande maintenant si ses apprentissages lui ont réellement permis d'améliorer sa pratique.

Questions : Quel soutien l'hôpital peut-il offrir à la D^{re} Jones pour l'aider à mesurer l'incidence de son apprentissage sur sa pratique en milieu hospitalier dans ces trois domaines? Les activités d'apprentissage ont-elles été mises en place de façon qu'elle puisse obtenir des crédits pour les activités de DPC auxquelles elle a participé?

PRINCIPALES STRATÉGIES

Les principales stratégies proposées à l'appui de la mise en œuvre d'un système d'apprentissage et d'amélioration de la pratique des médecins se divisent en trois catégories : celles qui touchent les médecins et les équipes soignantes, celles qui touchent les établissements ou les systèmes et celles qui touchent l'infrastructure ou la direction exigée pour que le système soit adapté et novateur. Chaque stratégie donne lieu à au moins une recommandation quant aux mesures à prendre.

STRATÉGIES CLÉS : INDIVIDUS ET ÉQUIPES

Trois stratégies relatives aux individus et aux équipes appuient la mise en œuvre d'un système d'apprentissage et d'amélioration de la pratique des médecins. Un système d'apprentissage et d'amélioration de la pratique doit être :

- adapté au champ de pratique;
- intégré aux stratégies d'apprentissage et de perfectionnement d'équipe;
- exécuté par des apprenants à vie efficaces.

Adaptation au champ de pratique

L'expression « champ de pratique » est associée à de nombreuses définitions, interprétations et utilisations incohérentes, chacune ayant des implications différentes pour l'orientation des activités d'apprentissage et de perfectionnement des médecins. Dans la littérature concernant les professionnels de la santé, le champ de pratique sert à la fois à définir ou à décrire les activités pour lesquelles les professionnels ont été formés, celles qu'ils sont autorisés à faire en vertu de la loi, celles qu'ils accomplissent réellement dans la pratique et celles qu'on attend d'eux en tant que professionnels.

Les experts du groupe de travail sur le champ de pratique ont examiné 19 articles publiés afin de « faire ressortir le sens et les implications du champ de pratique pour les médecins ». L'une des principales constatations issues de cet examen est que le champ de pratique constitue un élément fondamental de l'apprentissage et du perfectionnement des médecins et qu'il est essentiel à la définition des besoins en matière de DPC ainsi qu'au contenu et à la prestation des activités de DPC.

L'examen de la documentation scientifique a recensé les enjeux suivants :

- Divers questionnaires, inventaires et échelles d'évaluation ont été produits afin de décrire, de mesurer ou de prédire le champ de pratique des médecins. Les outils mis au point pour définir le champ de pratique doivent cibler soigneusement l'objectif pour lequel ils sont créés et concorder avec cet objectif.
- Le contexte de la pratique, qui comprend les facteurs liés au milieu, les outils visant à soutenir la pratique et les occasions de mentorat, constitue un facteur clé de la façon dont le champ de pratique change ou évolue au fil du temps.
- Le contexte réglementaire et juridique dans lequel travaillent les professionnels de la santé peut favoriser ou entraver la collaboration et influencer sur les champs de pratique de tous les professionnels touchés.
- L'évaluation des compétences doit s'étendre au-delà de la formation et des titres de compétence pour tenir compte des activités concrètes des médecins dans le cadre de leur champ de pratique.

L'examen de la littérature a aussi permis au groupe de travail de cerner les défis suivants :

- Le champ de pratique est fondamental pour définir le programme de DPC pour les médecins en exercice et essentiel à la création et à la mise en œuvre d'un plan propre à la pratique qui soit adapté aux besoins en santé des patients, des familles et des populations. Comment les médecins peuvent-ils décrire le mieux leur champ de pratique en évolution de façon à refléter leurs intentions d'apprentissage?
- Les méthodes actuellement utilisées pour concevoir et élaborer les activités de DPC font en sorte qu'il est difficile pour les médecins de trouver des activités de DPC qui répondent à leurs besoins et qui sont pertinentes dans le contexte de leur pratique, ou encore d'avoir accès à de telles activités.
- Il pourrait y avoir un écart de responsabilité sociale entre le champ de pratique jugé nécessaire et suffisant par les médecins et le champ de pratique qu'exigent ou auxquels s'attendent les populations, les collectivités et les patients.
- D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer la mesure dans laquelle les médecins choisissent des activités d'apprentissage qui reflètent leurs centres d'intérêt plutôt que les besoins pertinents à leur champ de pratique.

Compte tenu de ces enjeux et défis, le groupe de travail a formulé les recommandations suivantes dans son rapport sur le champ de pratique.

RECOMMANDATION

1. **Les médecins doivent obtenir les outils et les stratégies nécessaires pour documenter et réviser périodiquement la description de leur champ de pratique dans le but de créer et de mettre en œuvre un plan d'apprentissage propre à la pratique conçu pour être adapté aux besoins personnels des médecins ainsi qu'à ceux des patients et des établissements et d'en évaluer les effets.**

Scénarios de mise en œuvre

- Les intervenants jouant un rôle clé dans la création des programmes d'éducation pour les médecins devraient déterminer les activités de DPC nécessaires pour les médecins exerçant dans des champs de pratique donnés.
- Les activités d'apprentissage devraient être catégorisées de façon à faciliter la tâche aux médecins cherchant des activités d'apprentissage pouvant leur être utiles, particulièrement à ceux ayant changé de champ de pratique ou prévoyant de le faire.
- Convenir d'une terminologie uniformisée afin d'établir clairement la distinction entre le champ de discipline tel qu'il est défini par les organismes de reconnaissance professionnelle (ce que les médecins sont formés à faire) et le champ de pratique (ce que les médecins font en réalité).

Intégration aux stratégies d'apprentissage et de perfectionnement d'équipe

Au cours de deux dernières décennies, la prestation des soins de santé au Canada a été de plus en plus axée sur le travail d'équipe, tant dans le contexte des soins de courte durée que dans le milieu communautaire. Les facteurs de ce changement comprennent les résultats de recherches qui montrent les effets positifs de la prestation de soins

en équipe, notamment l'accélération de l'accès aux soins, l'amélioration de la sécurité des patients, l'utilisation plus efficace des ressources humaines en santé, la prestation de soins efficaces dans les cas de troubles chroniques et complexes et la prévention de l'épuisement professionnel des travailleurs de la santé. Dans le contexte des soins de courte durée, il a été démontré que la formation par simulation et la formation en « gestion des ressources d'équipe » contribuent à améliorer la communication et la coordination aux fins de la gestion des cas complexes présentant un risque élevé.

En vertu du système actuel de DPC, chaque médecin prend généralement de manière indépendante ses propres décisions quant aux activités de DPC auxquelles il participe et l'apprentissage se fait la plupart du temps en compagnie d'autres médecins. Le futur système d'apprentissage et de perfectionnement des médecins mettra l'accent sur un apprentissage en équipe, en réunissant les médecins et les autres professionnels de la santé, particulièrement les membres des équipes avec qui ils travaillent quotidiennement. Cet apprentissage commun en compagnie de collègues contribue à jeter des bases solides pour assurer l'efficacité de la mise en application des apprentissages dans la pratique de tous les jours dans tous les contextes de soin, et aidera à résoudre les obstacles associés au changement des méthodes. Dans son rapport, le groupe de travail sur les équipes interprofessionnelles a formulé les recommandations ci-dessous.

RECOMMANDATIONS

2. **L'apprentissage et l'amélioration de la pratique des médecins doivent se concentrer sur les compétences nécessaires pour que les médecins travaillent en équipe et apprennent des autres membres des équipes de soin auxquelles ils participent.**
3. **Les organismes d'agrément et de reconnaissance professionnelle, les prestataires d'activités d'apprentissage et les autres organisations de professions de la santé devraient collaborer pour cerner les changements à apporter pour mettre en œuvre et « certifier » le DPC interprofessionnel.**

Scénarios de mise en œuvre

- Diverses méthodes et approches (p. ex., simulation, séances en personne, ateliers, activités en ligne) pourraient être employées pour adapter le DPC aux besoins et caractéristiques propres à chaque équipe (p. ex., équipe nouvellement formée, équipe hautement fonctionnelle, équipe dont tous les membres travaillent au même endroit ou équipe dont les membres sont dispersés).
- L'intégration réussie du DPC dans un environnement de prestation de soins en équipe exige de s'attarder à l'établissement de relations, de comprendre les motivations de chaque membre de l'équipe, de mobiliser les dirigeants et d'assurer un soutien organisationnel à tous les niveaux.
- Il conviendrait donc de mobiliser les patients et praticiens de l'équipe pour la planification, la conception et la prestation des activités de DPC.
- Il conviendrait d'intégrer un mécanisme d'amélioration continue de la qualité à l'intention des équipes dans les initiatives de DPC interprofessionnel qui ciblent les résultats pour les patients et les processus de prestation des soins.

Exécution par des apprenants à vie efficaces

À chacune des étapes du continuum de la formation médicale, les compétences en matière d'apprentissage à vie et l'engagement envers celui-ci contribuent au perfectionnement professionnel des médecins. Un apprentissage à vie efficace exige que les médecins recueillent et appliquent de nouvelles données probantes, qu'ils partagent leurs connaissances et leur expérience pratique avec d'autres, qu'ils se servent de données sur la pratique et de rétroactions pour améliorer leur rendement et leurs résultats, et qu'ils acquièrent un sentiment d'appartenance à la communauté.

L'apprentissage à vie dans la pratique médicale consiste notamment à trouver et à mettre en œuvre des solutions aux problèmes qui surviennent quotidiennement à la clinique, à l'urgence, à la salle d'opération ou dans les unités pour patients hospitalisés. Dans la description du rôle d'érudit du référentiel CanMEDS/CanMEDS-MF,

les compétences nécessaires pour assurer un apprentissage à vie sont définies comme étant la capacité à intégrer les apprentissages (qu'ils soient planifiés ou dictés par les événements) dans le travail au quotidien; à orienter l'apprentissage en se fondant sur des données de sources diverses et à participer à l'apprentissage à vie en tant que membre actif d'une communauté de pratique. Un plan stratégique longitudinal sera nécessaire pour établir une culture de l'apprentissage et du perfectionnement à vie.

À l'issue de son examen de 48 publications portant sur les cadres théoriques, les résultats de recherche et les pratiques, le groupe de travail sur l'apprentissage à vie a cerné les quatre thèmes suivants.

1. *L'apprentissage à vie est efficace quand il est pertinent pour la pratique.*

En médecine, l'apprentissage informel est souvent spontané et non planifié; il découle des difficultés et des complexités liées au travail ainsi que des interactions avec les collègues, les patients et les stagiaires. Les questions soulevées durant ces échanges fournissent un contexte à l'apprentissage et constituent des déclencheurs importants du processus d'apprentissage.

Grâce aux portfolios d'apprentissage couvrant plusieurs professions de la santé, les professionnels de la santé disposent d'outils pour se fixer des objectifs d'apprentissage, établir des plans de perfectionnement personnel et consigner les résultats des activités d'apprentissage quant à leur pratique, réfléchir à ces résultats et les évaluer. Les portfolios électroniques conçus pour soutenir l'apprentissage et le perfectionnement fondé sur la pratique peuvent servir à démontrer l'effet d'interventions éducatives ciblées pour combler les lacunes cernées dans la prestation et les résultats des soins.

2. *L'apprentissage actif exige un engagement proactif de la part de l'apprenant, qui doit mettre en application les compétences et les capacités nécessaires à un apprentissage à vie.*

L'apprentissage à vie a été défini comme « un attribut associé à un ensemble d'activités entreprises de son propre chef et de compétences en recherche d'information, accompagnées d'une motivation soutenue pour apprendre et de la capacité à reconnaître ses propres besoins en matière

d'apprentissage »⁴. Cette définition insiste sur la conjonction des compétences (recherche d'information), des attributs personnels (croyances et motivation à l'égard de l'apprentissage) et des aptitudes qui, ensemble, reflètent la complexité de l'apprentissage à vie sur le plan cognitif. Le degré de motivation du médecin pourrait très bien être le facteur déterminant le plus important de son engagement envers l'apprentissage à vie, particulièrement lorsque l'apprentissage est destiné à combler un besoin psychosocial d'autonomie, de compétence ou de rapprochement.

Les compétences associées à une pratique axée sur la réflexion et à une « expertise évolutive » sont essentielles aux tentatives du médecin de résoudre des problèmes pour lesquels son expertise de tous les jours ne suffit pas. Cela comprend la capacité du médecin à remettre continuellement en question sa compréhension des cas qui se présentent à lui et à mettre ses connaissances en pratique pour résoudre des problèmes nouveaux ou traiter des cas atypiques.

Malgré l'importance théorique de ces compétences et aptitudes, il semble pourtant que les occasions de perfectionner et de mettre en pratique ces compétences dans le contexte d'un DPC formel se fassent rares pour les médecins; même les étudiants et les résidents ont peu d'occasions d'acquérir ces compétences dans le cadre des programmes conventionnels de formation en médecine ou de résidence.

3. *L'apprentissage à vie est rehaussé par la participation à une communauté de pratique, ce qui confirme le caractère social de l'apprentissage.*

De nombreux médecins travaillent au sein de groupes ou d'équipes de médecins, qui sont souvent interprofessionnelles. Ces équipes fonctionnent en fait comme des « communautés de pratique » et complètent les activités d'apprentissage à vie en favorisant les échanges à propos des préoccupations quant à la pratique et en enrichissant les connaissances et l'expertise grâce à des interactions continues.

Trois caractéristiques des équipes soignantes fonctionnant comme une communauté de pratique ressortent

de l'analyse de la littérature : (1) le réseautage entre médecins et avec les autres membres des équipes soignantes fait partie intégrante de la pratique clinique; (2) les interventions éducatives sont intégrées aux activités d'apprentissage sociales des communautés de pratique afin de promouvoir le changement de comportement et l'amélioration continue de la pratique et (3) l'apprentissage de nouvelles compétences est intégré à la culture des communautés cliniques en matière de pratique.

4. *L'apprentissage à vie doit être soutenu par la collecte de données sur le rendement et favoriser la réceptivité à l'égard de celles-ci.*

Malgré l'empressement avec lequel les médecins évaluent leurs propres aptitudes, ils ne peuvent dépendre de leurs autoévaluations comme seul moyen de déterminer leurs besoins en matière de DPC. Toutefois, le fait de demander l'avis de tiers et l'intégration de données provenant de sources externes à ses propres impressions sont des tâches complexes sur le plan cognitif et influencées par de nombreux facteurs, notamment la confiance en soi, les réactions émotionnelles et les biais cognitifs.

C'est pourquoi les responsables de l'élaboration d'activités de DPC doivent reconnaître qu'il ne suffit pas de fournir des données aux médecins pour susciter le changement de comportement souhaité. Les modèles de prestation d'une rétroaction doivent tenir davantage compte des questions de réceptivité, c'est-à-dire des facteurs qui font en sorte que le destinataire estime la rétroaction crédible et pertinente.

À cela s'ajoute un ensemble de plus en plus important de données probantes issues de la recherche à propos des avantages que pourrait procurer l'intégration des technologies des médias sociaux dans l'éducation aux adultes et la formation continue. Ces outils pourraient soutenir la capacité des apprenants à acquérir de nouvelles connaissances et à actualiser leur savoir, à transmettre leurs connaissances à autrui, à communiquer efficacement et rapidement, à recevoir une rétroaction et à acquérir un sentiment d'appartenance à la communauté.

Dans son rapport, le groupe de travail sur l'apprentissage à vie a formulé les recommandations ci-dessous.

4 M. Hojat, J.J. Veloski et J.S. Gonnella. « Measurement and correlates of physicians' lifelong learning », dans *Academic Medicine*, vol. 84, no 8, 2009, p. 1066–1074 (p. 1066).

RECOMMANDATIONS

4. **Accorder la priorité et appuyer les activités qui facilitent l'apprentissage en collaboration dans des communautés de pratique formelles ou informelles.**
5. **Élaborer des ressources éducatives qui facilitent la compréhension et l'acquisition par les médecins en exercice de compétences en matière d'apprentissage à vie.**

Scénarios de mise en œuvre

- Se servir des médias sociaux et d'autres technologies de communication pour faciliter les interactions et l'intégration des médecins travaillant de façon isolée ou en milieux éloignés.
- Promouvoir un encadrement de soutien offert par des conseillers et des pairs de confiance.
- Mettre sur pied des ressources électroniques qui poussent activement les médecins à établir des plans d'apprentissage et les aident à documenter leur apprentissage et leur perfectionnement.
- S'assurer que les animateurs possèdent les compétences nécessaires pour aider les personnes et les groupes de pratique à échanger sur leurs besoins quotidiens en matière de pratique et à déterminer les interventions éducatives pertinentes.
- Investir dans des ressources d'encadrement pour aider les médecins à déterminer les données pertinentes pour répondre à leurs besoins sur le plan de la pratique et comment les trouver, les comprendre et les appliquer.
- Accorder les ressources adéquates pour l'élaboration de normes nationales en matière d'utilisation de technologies numériques, sociales et mobiles de façon à garantir leur fiabilité aux fins d'éducation et de pratique, et pour protéger la confidentialité des données des patients et des médecins.
- Mettre en place un mécanisme de récompense qui reconnaît la valeur de participer à des initiatives d'apprentissage sociales, à l'aide de données probantes sur le rendement et d'autres mesures utiles aux praticiens pour la planification d'activités d'apprentissage et l'évaluation de l'atteinte des objectifs connexes.

STRATÉGIES CLÉS : ÉTABLISSEMENTS ET SYSTÈMES

Trois stratégies relatives aux établissements et aux systèmes appuient la mise en œuvre d'un système d'apprentissage et d'amélioration de la pratique des médecins. Un système d'apprentissage et d'amélioration de la pratique doit être :

- conçu par des gens possédant l'expertise nécessaire pour sa planification et sa prestation;
- financé de façon à soutenir l'amélioration de la qualité et l'amélioration continu;
- conçu pour faire avancer l'approche par compétences en formation médicale.

Être conçu par des gens possédant l'expertise nécessaire pour sa planification et sa prestation

Au cours des dernières décennies, praticiens et chercheurs ont montré que le rendement des médecins peut être amélioré lorsque les interventions éducatives ciblent les besoins des apprenants, comprennent plusieurs types d'expositions et diverses méthodes d'enseignement, tiennent compte des défis que pose la mise en œuvre de changements dans la pratique et sont axées sur des résultats qui sont importants aux yeux des professionnels de la santé. Même si des normes d'agrément et de certification pour les activités de DPC ont été établies pour assurer que les programmes de DPC sont fondés sur de solides principes d'enseignement, les professionnels de la santé qui conçoivent et qui mettent en œuvre les programmes de DPC ne sont pas tenus à l'heure actuelle d'avoir achevé un programme de perfectionnement professionnel ou de formation dans les domaines de l'élaboration, de la prestation ou de l'évaluation de tels programmes. Compte tenu de la demande prévue en matière d'interventions éducatives novatrices qui répondent aux besoins en constante évolution des patients, des médecins et des systèmes de santé, les organisations qui élaborent des programmes de DPC doivent s'assurer que les personnes et les équipes possèdent la capacité de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions éducatives efficaces. Ensemble, ces domaines de compétences devraient servir de « curriculum » pour le parcours de développement professionnel des prestataires d'activités de DPC.

Les experts du groupe de travail sur les connaissances et compétences nécessaires à l'élaboration et à la prestation d'activités de DPC ont examiné 20 articles sélectionnés afin de répondre à l'une des questions suivantes :

1. Comment peut-on définir les compétences que doivent posséder les personnes qui participent à l'élaboration et à la prestation des activités de DPC?
2. Comment peut-on évaluer le rendement des personnes qui participent à l'élaboration, à la prestation et à l'évaluation des activités de DPC?
3. Comment peut-on évaluer le rendement de l'équipe ou du comité de planification chargé d'élaborer ou d'assurer la prestation de l'activité de DPC après que l'activité a eu lieu?

Les principales constatations issues de cet examen de la littérature sont présentées ci-dessous.

1. *Les responsables de l'élaboration et de la prestation des activités de DPC doivent avoir les connaissances générales et spécialisées ainsi que les compétences requises pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer un programme de DPC.*

En se fondant sur le cadre conceptuel élaboré par Srinivasan et ses collaborateurs⁵, l'Alliance for Continuing Education in the Health Professions a proposé huit domaines de compétences. Ils consistent en la capacité de :

- comprendre et utiliser les principes de l'apprentissage chez l'adulte et les normes d'agrément pour orienter l'élaboration de programmes de DPC;
- concevoir des interventions éducatives fondées sur les meilleures données probantes dans le cadre des programmes;
- mesurer l'efficacité et l'incidence des activités de DPC;
- collaborer avec des partenaires et des intervenants appartenant à d'autres professions afin de mener à bien la mission de DPC;
- collaborer avec les représentants des systèmes de santé pour intégrer l'amélioration de la qualité, la sécurité des patients et le transfert des connaissances aux programmes de DPC;

- utiliser des outils et des processus pour faciliter l'élaboration, la prestation et la diffusion des activités de DPC;
- s'engager envers l'autoévaluation et l'apprentissage à vie afin d'améliorer le rendement individuel;
- faciliter le DPC fondé sur la pratique et l'apprentissage en équipe.

Ensemble, ces domaines de compétences devraient servir de « curriculum » pour le parcours de développement professionnel des prestataires d'activités de DPC.

2. *Les responsables de l'élaboration et de la prestation des activités de DPC doivent avoir accès à des occasions formelles de formation et de perfectionnement en enseignement liées au DPC.*

Les responsables de l'élaboration et de la prestation des activités de DPC peuvent bénéficier d'initiatives de perfectionnement professionnel ciblées qui s'alignent sur les compétences énoncées ci-dessus. L'établissement de programmes de formation officiels facilitera la normalisation des connaissances et des compétences requises pour appuyer les changements propres à la pratique et les changements systémiques nécessaires pour améliorer les soins aux patients.

3. *Les responsables de l'élaboration et de la prestation des activités de DPC ont besoin d'une formation et d'occasions de réflexion et d'autoévaluation afin d'améliorer leur propre rendement.*

Il serait utile pour les responsables de l'élaboration et de la prestation des activités de DPC d'avoir des occasions de réfléchir à leur propre rendement et à leur propre niveau de compétence grâce à une rétroaction encadrée, afin de se fixer des objectifs d'apprentissage individuels et de faire le suivi des compétences en DPC acquises au fil du temps.

Dans son rapport, le groupe de travail sur les connaissances et compétences nécessaires à l'élaboration et à la prestation d'activités de DPC a formulé les recommandations ci-dessous.

5 M. Srinivasan, S.T. Li, F.J. Meyers, D.D. Pratt, J.B. Collins, C. Braddock, et coll. « "Teaching as a competency": competencies for medical educators », dans *Academic Medicine*, vol. 86, no 10, 2011, p. 1211–1120.

RECOMMANDATION

6. Créer des programmes nationaux de formation pour permettre aux responsables de l'élaboration et de la prestation des activités de DPC d'acquérir les compétences essentielles nécessaires à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions éducatives.

Scénarios de mise en œuvre

- Utiliser un référentiel de compétences pour élaborer des ressources et occasions de formation particulières nécessaire pour améliorer la qualité des programmes de DPC élaborés par un large éventail de responsables de l'élaboration et de la prestation des activités de DPC.
- Établir un certificat national de DPC pour les personnes qui répondent aux exigences de tels programmes de formation.
- Créer des lignes directrices nationales décrivant les pratiques exemplaires relatives à la façon dont les comités s'acquittent des tâches comme l'évaluation des besoins, la création d'objectifs d'apprentissage clairs, l'élaboration de contenu, la sélection des animateurs ou des conférenciers et la tenue des évaluations des programmes offerts.
- Élaborer un modèle d'encadrement animé pour appuyer la transmission de rétroactions aux prestataires d'activités de DPC afin de renforcer leurs compétences et d'améliorer leur rendement.
- S'assurer que les personnes responsables de l'élaboration des activités de DPC ont suivi une formation sur les principes de l'amélioration de la qualité, de la sécurité des patients, de l'utilisation des meilleures données probantes et de l'adaptation des données probantes pour l'application aux systèmes de santé complexes.
- Encourager l'intégration aux comités de planification de personnes dotées d'une formation en matière de pratiques exemplaires de DPC ou de conception pédagogique afin d'aider à l'élaboration des programmes et de fournir une rétroaction continue.

Financé de façon à soutenir l'amélioration de la qualité et l'amélioration continue

L'un des principaux défis du remaniement d'un système national axé sur l'apprentissage, l'amélioration et la qualité des soins consiste à définir les sources de financement qui soutiendront l'élaboration et la diffusion d'activités et d'outils éducatifs de qualité supérieure. Traditionnellement, le financement des activités de DPC (en personne ou en ligne) agréées ou certifiées et des outils d'évaluation repose en partie sur les droits d'inscription et en partie sur les commandites des sociétés pharmaceutiques, des fournisseurs de matériel médical et d'autres organismes (gouvernementaux ou non). La dépendance du DPC au financement par des sources externes a soulevé d'importantes préoccupations d'ordre éthique et des débats d'envergure à l'égard, entre autres, du biais possible des activités éducatives commanditées par des intérêts commerciaux. Ces préoccupations ont fait ressortir la nécessité de veiller à ce que l'éducation médicale ne serve pas de stratégie de marketing et à ce que le contenu et les résultats escomptés du DPC soient fondés sur les meilleures données probantes qui soient.

Le groupe de travail sur le financement du DPC a réalisé un examen exploratoire visant à déterminer « le type et l'étendue des modèles de financement en rapport avec la création et la diffusion d'activités de DPC » à l'intention des médecins. Les constatations issues de cet examen exploratoire sont fondées sur les données extraites de 63 articles publiés depuis 2000. L'examen a permis de tirer les conclusions suivantes :

- Malgré la grande polarité des opinions sur le rôle approprié des entités ayant des intérêts commerciaux dans le financement d'activités individuelles de DPC ou de stratégies d'évaluation, un modèle de financement mixte (droits d'inscription, commandites d'entités commerciales et fonds provenant des administrations publiques et des employeurs) est envisagé comme un modèle viable. Cette conclusion se fonde sur (a) la confiance exprimée envers les protections fournies par les normes nationales d'agrément des activités de DPC en ce qui concerne les biais et les conflits d'intérêts et (b) l'opinion selon laquelle l'apprentissage à vie des médecins est perçu comme un élément fondamental d'un système de soins de santé de haut niveau financé par l'État et comme un « bien collectif » qu'il convient de financer à même les fonds publics.

- La création d'un fonds provincial (pour les médecins) ou national (pour les prestataires) de DPC a été proposée comme moyen d'offrir aux médecins un financement pour participer à des activités d'apprentissage ou d'évaluation pertinentes à leurs besoins, et comme moyen d'aider les organisations prestataires d'activités de DPC à mettre au point des interventions de DPC novatrices pour répondre aux besoins des patients et de la population en matière de santé.
- Quelle que soit la source d'aide financière ou non financière, le financement envisagé est principalement axé sur des activités d'apprentissage de groupe officielles et agréées visant surtout les stratégies de diffusion des connaissances; l'importance accordée au soutien de la transformation de la pratique est limitée.
- On a trouvé dans la littérature peu d'exemples de stratégies de financement s'appliquant à l'élaboration d'un programme de DPC (y compris les programmes d'évaluation) dont la prestation est assurée dans le cadre d'un partenariat entre médecins, professionnels de la santé, prestataires d'activités de DPC et systèmes de santé à l'échelle régionale, provinciale ou nationale.
- Le maintien d'une approche de financement axée sur les activités individuelles continuera de nuire à la capacité du système de DPC d'élaborer du contenu qui répond aux besoins des patients et qui tient compte des compétences requises pour améliorer les soins de santé dispensés par les médecins de manière individuelle ou au sein d'interventions en petit groupe ou d'équipes interprofessionnelles.
- Pour garantir l'intégrité de l'ensemble du programme mis au point par un grand éventail de prestataires d'activités de DPC, il importe de bien comprendre les divers volets d'un modèle de financement du DPC.

Cet examen exploratoire pourrait stimuler les discussions collectives entre les parties prenantes du système de DPC sur la façon d'atteindre un juste équilibre en matière de financement de l'élaboration d'activités de DPC, notamment par la création d'un fonds commun à l'échelle provinciale ou nationale.

À l'issue de son examen, le groupe de travail sur le financement du DPC a formulé la recommandation ci-dessous.

RECOMMANDATION

7. **Collaborer avec les intervenants provinciaux et nationaux en DPC pour cibler des stratégies de financement pour l'élaboration de programmes, ressources et outils en vue de répondre aux nouveaux besoins de santé de la population, de s'occuper des priorités régionales en matière de santé et d'offrir des activités de DPC interprofessionnelles.**

Scénarios de mise en œuvre

- Collaborer avec les associations médicales des provinces et territoires pour promouvoir la mise sur pied de fonds provinciaux pour encourager les médecins à participer à des activités de DPC harmonisées aux objectifs d'amélioration de la qualité, aux besoins des patients ou aux priorités du système de santé dans leur milieu de pratique.
- Demander à tous les régimes d'assurance médicaments nationaux et provinciaux de contribuer financièrement à l'élaboration d'activités d'apprentissage sur les bonnes pratiques en matière de prescription de médicaments.
- Intégrer des occasions de financement pour des activités d'apprentissage novatrices aux programmes nationaux ou régionaux déjà en place de bourses ou de subventions pour les activités de DPC.

Conception favorisant l'avancement de l'approche par compétences en formation médicale

Dans la foulée des recommandations concernant la transition du modèle des études médicales prédoctorales et postdoctorales vers une approche par compétences en formation médicale, l'initiative « La compétence par conception » du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada vise à mettre en application les principes de cette approche dans la pratique médicale. Le groupe de travail sur l'avancement d'un DPC fondé sur les compétences a réalisé un examen exploratoire pour soutenir la formulation de recommandations qui permettront de « faire progresser les outils, les stratégies d'évaluation et les données d'un DPC fondé sur les compétences » pour la mise en place du système de DPC de l'avenir.

Cet examen exploratoire fondé sur 49 articles a mené aux conclusions ci-dessous.

- Il faut clarifier la façon dont les compétences peuvent être utilisées pour orienter l'apprentissage, l'amélioration de la pratique et l'élaboration d'activités de DPC par les prestataires, ainsi que pour éclairer les décisions réglementaires liées à l'obtention d'un permis d'exercice.
- Des sources externes de données et de rétroaction ont été envisagées pour orienter les changements ou les améliorations de la pratique ou du rendement individuels des médecins dans le but d'obtenir les résultats souhaités pour répondre aux besoins des patients en matière de santé.
- Les principales sources externes de données rapportées étaient la rétroaction multisources, les dossiers médicaux et les évaluations de la compétence ou du rendement. Moins de la moitié (41 %) des articles décrivaient explicitement le processus ou le type de rétroaction fournie, habituellement au moyen de rapports écrits officiels.
- L'utilisation cohérente de sources de données externes, telles que décrites dans les principes fondamentaux, soutiendrait trois principes importants de l'approche par compétences en formation médicale : approche centrée sur l'apprenant, évaluation authentique et réponse aux besoins de la population en matière de santé.
- Pour réduire les variations inacceptables dans la qualité des soins et démontrer le lien entre l'apprentissage et les résultats pour les soins aux patients, il faudra une stratégie axée sur la compétence et le rendement collectifs des équipes soignantes (voir aussi le rapport du groupe de travail sur les équipes interprofessionnelles).

Dans son rapport, le groupe de travail sur l'avancement d'un DPC fondé sur les compétences a formulé la recommandation ci-dessous.

RECOMMANDATION

- 8. Chaque domaine de spécialité devrait déterminer les compétences essentielles et émergentes pertinentes pour tous ses membres et utiliser le Référentiel de compétences CanMEDS/**

CanMEDS-MF pour concevoir ou recommander des activités, des outils et des sources de données pour soutenir l'apprentissage et l'amélioration de la pratique dans les principaux champs de pratique de cette spécialité.

Scénarios de mise en œuvre

- Collaborer avec les organisations prestataires d'activités de DPC pour élaborer des stratégies et outils d'éducation nécessaires à l'enseignement des compétences essentielles pertinentes pour tous les membres de chaque spécialité.
- Élaborer des outils, ressources et programmes pour permettre aux personnes, groupes et équipes d'utiliser le Référentiel de compétences CanMEDS/CanMEDS-MF pour confirmer les améliorations à la qualité et à la sécurité des soins de santé qu'ils fournissent aux patients.
- Utiliser le Référentiel de compétences CanMEDS/CanMEDS-MF pour créer un modèle d'évaluation accordant une certaine souplesse en fournissant plusieurs choix pour l'évaluation du rendement ou des résultats de santé pertinents pour la pratique du médecin.

STRATÉGIES CLÉS : INFRASTRUCTURE ET DIRECTION

Le système actuel de DPC à l'intention des médecins est une entreprise diversifiée dans laquelle de nombreux fournisseurs interviennent de manière vaguement coordonnée. Trois stratégies relatives à l'infrastructure et la direction appuient la mise en œuvre d'un système d'apprentissage et d'amélioration de la pratique des médecins. Plus précisément, un système d'apprentissage et d'amélioration de la pratique doit :

- respecter les exigences réglementaires en matière d'amélioration de la pratique;
- tenir compte des ensembles de données nationales sur le DPC liées aux données des systèmes de santé;
- être soutenu par une structure de direction provinciale ou régionale intégrée.

Respecter les exigences réglementaires en matière d'amélioration de la pratique

Le document de politique de la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC) sur l'amélioration de l'exercice médical (AEM) propose une vision de l'amélioration de la pratique des médecins comme étant la responsabilité collective de diverses parties. Ce document fournit un cadre de réglementation à l'appui des différents éléments sur lesquels est fondé le nouveau système d'apprentissage et de perfectionnement des médecins proposé dans le présent rapport. Selon la vision globale de l'AEM, les Canadiens doivent être « assurés de la compétence des médecins » et les médecins doivent être « appuyés dans leur engagement continu pour s'améliorer ». Cette vision reflète l'insistance accrue sur l'amélioration continue de la qualité qui règne de nos jours dans le domaine des soins de santé et jette les bases d'une approche révisée de l'évaluation et du perfectionnement des compétences.

Le système d'AEM repose sur l'hypothèse suivante : chaque médecin a des besoins d'apprentissage qui lui sont propres et qui sont largement déterminés par la nature de sa pratique. En vertu de ce système, on attend de chaque médecin qu'il mette en pratique les principes d'amélioration continue de la qualité dans son plan d'apprentissage et de perfectionnement. Les médecins auront besoin de soutien et d'orientation pour : (1) comprendre leur pratique; (2) évaluer leur pratique (par autoévaluation et évaluations externes); (3) définir leurs besoins en matière d'apprentissage; (4) entreprendre les activités d'apprentissage pertinentes et (5) évaluer les résultats.

Le groupe de travail de la FOMC sur la compétence des médecins récemment mis sur pied est formé de plusieurs intervenants; il a pour mandat provisoire « d'élaborer des stratégies pour aider les ordres des médecins et les intervenants du domaine de la médecine à mettre en place un système pancanadien d'amélioration de l'exercice médical ». Une mise en œuvre progressive du système d'AEM est prévue. À la suite de ses délibérations, ce groupe de travail a émis la recommandation ci-dessous.

RECOMMANDATION

- 9. Tous les médecins devront participer à un cycle continu d'amélioration de la pratique appuyé par des données individuelles et regroupées intelligibles, pertinentes et fiables sur la pratique, avec rétroaction encadrée au profit des patients.**

Scénarios de mise en œuvre

- Les organisations prestataires d'activités de DPC, les groupes de spécialistes et les collèges de certification devraient élaborer des outils et des mécanismes d'appui pour aider les médecins à évaluer leur rendement au regard de normes de pratique établies, à choisir les activités adéquates pour atteindre leurs objectifs d'apprentissage et à mesurer l'incidence de leur apprentissage sur leur pratique.
- Intégrer les patients à l'élaboration et à la mise en œuvre des processus d'amélioration de la pratique, notamment en leur demandant de fournir des données et des rétroactions sur leur expérience en matière de soins et les résultats de ces soins.
- Intégrer l'AEM dans la pratique médicale quotidienne pour en maintenir l'intégrité et la garder à jour afin de s'adapter à l'évolution des besoins et des approches.

Ensembles de données nationales sur le DPC liés aux données des systèmes de santé

Le système national d'apprentissage et de perfectionnement des médecins devra permettre de saisir les données sur la participation aux activités de DPC et d'établir des liens entre ces données et les données sur l'incidence de ces activités sur les comportements des médecins et sur les résultats pour les patients (voir aussi le rapport du groupe de travail sur le rôle du DPC dans la réponse aux nouveaux besoins en santé). Également, l'information et des rapports produits par les conseils de la qualité nationaux, provinciaux et territoriaux, les organismes de recherche en santé et les ordres des médecins, entre autres, doivent être disponibles afin de cerner les nouveaux besoins en santé des patients et des populations auxquels les prestataires d'activités de DPC pourraient répondre. On s'assure ainsi que le contenu des activi-

tés de DPC tient compte des besoins des patients, des systèmes de santé et des organismes de réglementation qui régissent la pratique de la médecine.

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ont mis au point des systèmes nationaux de DPC qui appuient l'élaboration d'activités d'apprentissage et d'évaluation agréées et la reddition de comptes à leur égard. Le Collège des médecins du Québec supervise des mécanismes provinciaux d'agrément et de reddition de comptes similaires qui s'appliquent aux prestataires d'activités de DPC et aux médecins de la province. Il n'existe cependant pas d'approche coordonnée pour obtenir une vision complète des activités éducatives pour les médecins ou les équipes de soins ni de processus pour établir des liens entre les données sur les activités de DPC et les données des systèmes de santé afin d'étudier l'incidence de l'apprentissage sur la qualité, la sécurité et les résultats en matière de santé. Le système national d'apprentissage et de perfectionnement aura besoin d'une infrastructure de données recueillant des renseignements détaillés concernant les interventions éducatives et liant ces données aux mesures de rendement des médecins, aux résultats obtenus par les patients et aux mesures de la qualité des soins afin de :

- cerner les lacunes en matière d'activités de DPC et soutenir un appel à l'action pour combler ces lacunes;
- faire connaître aux médecins les activités d'apprentissage qui répondent à leurs besoins et à ceux de leurs communautés;
- faciliter les recherches et l'analyse des résultats grâce à l'établissement de liens entre les activités de DPC, le rendement des médecins et les résultats pour les patients;
- surveiller et repérer les sources de financement pour les programmes de DPC agréés.

À la lumière des éléments qui viennent d'être présentés, nous formulons la recommandation ci-dessous.

RECOMMANDATION

- 10. Établir un répertoire national d'activités d'apprentissage doté d'une structure de données permettant de cibler les lacunes dans l'élaboration des activités, de faciliter l'accès des médecins à des activités**

d'apprentissage afin de répondre aux besoins de leur pratique, et d'appuyer les efforts nationaux de recherche et de production de rapports afin de faciliter l'analyse de l'incidence de la participation des médecins aux activités de DPC sur l'amélioration du rendement, de la qualité et de la sécurité des soins et des résultats pour les patients.

Scénarios de mise en œuvre

- Établir un réseau pour déterminer les sources fiables de données sur le rendement et de mesures des résultats pour les patients.
- Élaborer, mettre à l'essai et mettre en œuvre des mécanismes pour obtenir des données regroupées, et faciliter l'interprétation des données individuelles et regroupées sur le rendement et sur les résultats pour les patients, notamment l'interprétation des dossiers médicaux, des outils d'évaluation du champ de pratique, des outils au point de service et des mécanismes de rétroaction.
- Établir les mécanismes de protection et cadres réglementaires nécessaires pour assurer la confidentialité et la pertinence des données recueillies.
- Élaborer des programmes de soutien à la formation afin d'aider les médecins à se familiariser avec les systèmes de données et avec l'utilisation des données et rétroaction sur la pratique aux fins de perfectionnement.

Structure de direction provinciale ou régionale intégrée en matière de DPC

Le système national intégré d'apprentissage et de perfectionnement des médecins nécessitera une structure de direction facilitant la collaboration et la responsabilisation entre médecins, responsables des systèmes de santé, prestataires d'activités de DPC, ordres des médecins et patients. Les responsables chargés d'orienter le système national d'apprentissage et de perfectionnement des médecins devront avoir régulièrement l'occasion de définir des stratégies, des processus et des outils pour s'assurer que le système répond aux nouveaux besoins en santé des patients et de leur famille. Vu la structure de gouvernance de la santé au Canada, la direction d'un système pancanadien de DPC doit se faire à l'échelle régionale et nationale. Le recours à un réseau stratégique

est proposé afin de faciliter le dialogue et la planification et pour établir des relations solides entre les différents intervenants, y compris les organismes représentant les autres disciplines du domaine de la santé (p. ex., soins infirmiers, pharmacie et réadaptation).

À l'heure actuelle, le Québec et l'Ontario ont chacun une **structure régionale de leadership en matière de DPC**. Un réseau stratégique de groupes d'experts ou de collectivités pourrait compléter ces structures de direction en étudiant les possibilités de mise en œuvre de façon à tenir compte des orientations et priorités stratégiques provinciales, en ciblant et en répondant aux besoins régionaux particuliers en santé et en coordonnant l'élaboration et l'adaptation de programmes de DPC répondant à ces besoins.

Ces réseaux et structures de direction peuvent être appuyés par un Forum national de leadership en matière de DPC (voir le rapport du groupe de travail sur le rôle du DPC dans la réponse aux nouveaux besoins en santé) organisé conjointement avec la Conférence nationale sur l'agrément du DPC, un événement organisé par le CMFC et le Collège royal. Ce forum constituerait une bonne occasion pour notamment :

- présenter les nouveaux besoins et priorités en matière de formation des médecins au Canada et en discuter;
- faciliter la rétroaction des prestataires sur les mesures de rendement du système;
- mettre sur pied des coalitions entre prestataires d'activités de DPC afin d'élaborer des programmes qui répondent aux besoins.

Entre ces événements annuels, les intervenants et responsables en matière de DPC seraient aussi appuyés par une « communauté d'intérêts » sur une plateforme de réseautage en ligne où ils pourraient échanger sur les pratiques exemplaires et discuter de leurs défis communs. Il pourrait aussi y avoir des communautés organisées comme groupes d'action fondés sur des réunions en ligne. Ces groupes pourraient être formés pour promouvoir les stratégies présentées dans le présent rapport.

À la lumière des éléments qui viennent d'être présentés, ce groupe de travail a émis la recommandation ci-dessous.

RECOMMANDATION

- 11. Créer des structures provinciales ou régionales en matière de DPC ou renforcer celles qui existent déjà afin de faciliter la surveillance, la planification et l'évaluation des interventions éducatives nécessaires pour tenir compte des besoins et priorités des patients, des collectivités et des populations à l'aide des meilleures données probantes disponibles.**

Scénarios de mise en œuvre

- Se servir des structures de direction provinciales actuellement en place pour déterminer les éléments et tâches essentiels pour l'élaboration de nouveaux réseaux provinciaux ou régionaux.
- Utiliser une stratégie de réseau pour encourager la planification collaborative, le partage des connaissances et des ressources et la conception de stratégies d'évaluation des besoins provinciaux ou régionaux.
- Définir des mesures permettant de surveiller l'efficacité et la rapidité des réponses du système de DPC aux nouveaux problèmes de santé dans chaque province ou région et de coordonner celles-ci.
- Encourager l'attribution de nouvelles sources de financement pour soutenir les initiatives provinciales ou régionales particulières.
- Créer des réseaux pour nouer des liens solides avec les responsables d'autres disciplines du domaine de la santé (p. ex., soins infirmiers, pharmacie et réadaptation) afin de soutenir et de favoriser l'apprentissage interprofessionnel.
- Organiser une réunion d'une journée des responsables provinciaux ou régionaux du système de DPC conjointement avec la Conférence nationale sur l'agrément du DPC afin de promouvoir l'apprentissage et l'amélioration de la pratique des médecins.

CONSÉQUENCES

Les orientations stratégiques décrites dans le présent rapport ont plusieurs conséquences importantes pour les médecins, les organisations prestataires d'activités de DPC et les établissements de santé.

Pourquoi ces recommandations devraient-elles avoir de l'importance pour les médecins? Premièrement, le système national envisagé vise à fournir aux médecins les outils, les ressources éducatives, les données sur la pratique et les mécanismes de soutien pour apprendre et améliorer de façon efficace et continue la qualité de soins qu'ils fournissent aux patients. Deuxièmement, l'insistance renforcée sur la prise en compte des besoins de santé des patients et des collectivités fait concorder les activités de DPC avec les occasions d'apprentissage en milieu de travail et en équipe de façon à atteindre des résultats significatifs (compétence, rendement, résultats pour les patients) et utiles pour le champ de pratique du médecin. Troisièmement, le système national simplifiera la production de rapports en établissant un seul ensemble d'exigences respectant les normes réglementaires (permis d'exercice), des systèmes de santé (privileges hospitaliers) et des collèges nationaux (certification).

Pourquoi ces recommandations devraient-elles avoir de l'importance pour les organisations prestations d'activités de DPC? Les organisations prestataires d'activités de DPC seront capables d'accéder à des données régionales, provinciales et nationales sur la pratique et le rendement afin d'évaluer les lacunes et d'y apporter des solutions. Les organisations prestataires d'activités de DPC seront en relation avec des conseils de direction régionaux qui coordonneront la façon dont la formation des médecins répondra aux défis en matière de santé. Les organisations prestataires d'activités de DPC seront soutenues par des communautés en ligne de praticiens qui pourront ainsi contribuer en donnant leur avis sur la manière d'améliorer leur satisfaction au travail et la qualité de celui-ci. Le système national envisagé reconnaîtra les aptitudes et compétences dont les responsables des organisations prestataires d'activités de DPC ont

besoin pour concevoir et évaluer les interventions éducatives et leur accordera une grande valeur. Finalement, les organisations prestataires d'activités de DPC auront des occasions de s'associer avec des établissements de santé, des experts en transfert de connaissances et des organisations spécialisées en amélioration de la qualité afin de favoriser la mise en application des apprentissages de façon à améliorer le rendement et la qualité des soins ainsi que l'expérience de soins des patients.

Pourquoi ces recommandations devraient-elles avoir de l'importance pour les établissements de santé? Le système national envisagé, avec l'insistance qu'il accorde à l'apprentissage en équipes de soins interprofessionnelles ou communautés de pratique en milieu de travail, aidera les établissements de santé à réaliser leur mission de fournir des soins sécuritaires et de haute qualité. De plus, les systèmes de santé joueront un rôle important dans la promotion d'une culture de l'amélioration continue en facilitant et en appuyant la collecte de données et de rétroactions fiables sur le rendement auprès d'individus, de groupes et d'équipes.

Pourquoi ces recommandations devraient-elles avoir de l'importance pour les patients? Le système national de DPC encouragera les médecins à entretenir un degré de compétence correspondant aux besoins de la société. Les médecins concentreront leurs activités d'apprentissage et de perfectionnement sur les nouveaux besoins de santé des patients et des populations et, à terme, atteindront de meilleurs résultats sur les plans qui comptent le plus pour les patients : la qualité et la sécurité des soins. Ce système veillera à ce que la pratique se fonde résolument sur des preuves scientifiques ainsi que sur des données et rétroactions que les médecins reçoivent à propos de leur travail quotidien. Il fera aussi participer les patients en leur demandant de partager leurs expériences en matière de soin de santé afin d'améliorer constamment la communication et la collaboration avec les médecins et autres professionnels de la santé qui les soignent.

CONCLUSION

Ce troisième rapport sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada présente une vision d'un système national renouvelé et révisé pour soutenir l'apprentissage et l'amélioration de la pratique des médecins. Le système de DPC de l'avenir sera souple et adapté aux besoins changeants des Canadiens à l'échelle locale, régionale et nationale. Devant l'évolution rapide des données probantes scientifiques qui façonnent la prestation des soins de santé, conjuguée aux nouvelles technologies, à l'intelligence artificielle et aux nouveaux modèles de prestation de soins, il est nécessaire de créer un système qui soutient et éclaire l'apprentissage et l'amélioration de la pratique

des médecins, et permet l'accès à des données externes et à une rétroaction sur la pratique. Toutefois, cette démarche d'amélioration de l'expérience du patient et de la santé de la population ne peut se faire aux dépens du bien-être des professionnels de la santé. Puisque le rôle joué par les médecins dans ce contexte de soins en évolution rapide et constante sera appelé à changer, le système de CPD de l'avenir devra non seulement s'adapter pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé, il devra aussi faire en sorte que les activités d'apprentissage avec des pairs, des collègues et des patients soient plus agréables.

PARTENAIRES FINANCIERS



COLLABORATEURS

L'avenir de l'éducation médicale au Canada — développement professionnel continu

COMITÉ DIRECTEUR

Coprésidents

D^r Craig Campbell, conseiller principal en développement professionnel continu fondé sur les compétences, Collège royal

D^r Jeff Sisler, directeur général, Développement professionnel et Soutien à la pratique, CMFC

Membres

D^r Ian Bowmer, (ancien) directeur exécutif, CMC

Ann Chénier, conseillère, Politiques, AMC

Vincent Dumez, codirecteur, Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP)

Jennifer Kitts, directrice principale, Politique de santé, AMC

D^{re} Guylaine Lefebvre, directrice, Amélioration de la pratique, ACPM

Nancy MacBeth, ancienne présidente, CMC, représentante des membres du public

D^{re} Karen Mazurek, registraire adjointe, CPSA

D^{re} Sarita Verma, vice-présidente, Éducation, AFMC

SECRÉTARIAT DU PROJET AEMC-DPC

Fran Kirby, chargée de projets, CMFC

RESPONSABLES DES GROUPES DE TRAVAIL

D^r Craig Campbell, Collège royal

Sophia Kam, Université Laurentienne

Fleur-Ange Lefebvre, FOMC

D^r WA McCauley, OMCO

D^{re} Louise Nasmith (coresponsable), Université de la Colombie-Britannique

D^{re} Christie Newton (coresponsable), Université de la Colombie-Britannique

D^{re} Joan Sargeant, Université Dalhousie

D^{re} Suzan Schneeweiss, Université de Toronto

D^r Jeff Sisler, CMFC

LEADERS D'OPINION CLÉS

D^r Jamie Meuser, médecin de famille

D^r John Parboosingh, professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Calgary

SOUTIEN À LA RECHERCHE ET À LA GESTION DE L'INFORMATION

Elise Cogo, Collège royal

Tanya Horsley, Collège royal

Dahn Jeong, Université d'Ottawa

Dragan Kljucic, CMFC

Simon Kitto, Université d'Ottawa

Cheri Nickel, CMFC

Erica Wright, ACPM

MISE EN PAGE

Guylène Laforce, image24.ca

TRADUCTION

Nancy Fullerton, Collège royal

Nathalie Upton, Collège royal

COMMUNICATIONS

Christina Baird, Collège royal

Annie Barrette, AFMC

Pascale Belleau, ACPM

Ann Chenier, AMC

Jessica Hertzog, CMC

Asha Jhamandas, Collège royal

Jayne Johnston, CMFC

Fleur-Ange Lefebvre, FOMC

Stéphanie Roy, CMC

Amy Sheehan, ACPM

