

Les livres blancs du Collège royal : évaluation de la formation

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) a produit une série de livres blancs¹ sur divers sujets. Ces documents ont été publiés l'an dernier, mais le Collège souhaite maintenant recevoir des commentaires de ses membres. C'est avec intérêt (pas très grand, toutefois) que j'ai lu celui sur l'évaluation de la compétence. Cette activité devrait constituer le cœur de ce que le Collège fait pour les médecins : évaluation de la formation et maintien de la compétence en fonction d'une certaine norme d'acceptation.

Le livre blanc semble toutefois se rapporter davantage à ce qui, selon moi, ne va pas très bien actuellement dans la formation en chirurgie au Canada. Le CRMCC écrit que « l'évaluation pendant la formation devrait être considérée comme la principale méthode pour définir la compétence, l'évaluation formative ayant priorité sur l'évaluation sommative ». Cette déclaration mérite des louanges, mais en pratique, l'examineur ne peut malheureusement en faire une réalité. Les médecins résidents en chirurgie sont parfois évalués en fonction de leur spécialité ou surspécialité précise seulement après 1 ou 2 années de formation de base. Ceux de notre service reçoivent des commentaires assez immédiats et sont jugés en fonction de la perception courante de CanMeds et de critères réalistes de rendement qui s'imposent dans la pratique de la chirurgie. Cela peut aller à l'encontre du désir exprimé par le CRMCC de mettre fin à l'utilisation de scores de rendement, mais si un médecin résident ne peut brocher une hanche après 5 ans de formation, il a vraiment besoin de formation de rattrapage. Si, selon notre évaluation, le médecin résident a échoué à la fin de son stage, le directeur de la formation le convoque et peut le déclarer en période d'essai : tout dépend de ses antécédents et des circonstances atténuantes. Le médecin résident finit par revenir dans notre service pour une nouvelle évaluation. S'il échoue de nouveau, le processus recommence. Le médecin résident peut alors en appeler de toute décision et cela se fait souvent avec les conseils d'un avocat. De plus, à ce stade, le médecin résident arrive à la fin de sa résidence. Dans le cadre de notre programme et dans d'autres, semble-t-il, on pense qu'on ne peut faire échouer un médecin résident finissant. On lui permet donc d'aller de l'avant. Le médecin résident demande parfois à un avocat d'écrire à l'université pour qu'il puisse se présenter à ses examens du CRMCC, même s'il a reçu une note d'échec ou une évaluation limite.

On pourrait croire que la fiche d'évaluation en fin de formation (FEFF) mettra fin à cette pratique. Même le CRMCC écrit : « Le déploiement fonctionnel des [FEFF], bien qu'éprouvé en théorie, présente cependant une faille dans le fait que celles-ci sont rarement basées sur des données fiables et objectives. Ce déploiement permet aux membres du corps professoral de se centrer sur des domaines où le rendement est restreint et il se termine souvent longtemps après la fin de l'expérience de formation. » Le CRMCC se trompe sur la raison de l'échec des FEFF. Je me rappelle que plus d'une fois, lorsque j'étais examinateur,

une FEFF indiquant que le médecin résident ne devrait pas se présenter à l'examen est apparue après que le candidat s'était déjà présenté à l'écrit et à l'oral. La FEFF ne semble avoir aucun poids même si elle contient l'information la plus significative.

Le CRMCC écrit : « Fortement axée sur le rôle de l'expert médical, l'évaluation est très peu fondée sur une supervision bien documentée ou sur l'observation dans un véritable environnement de travail et se concentre sur les aptitudes plus générales qui définissent la compétence ». Cette affirmation est peut-être un peu hors contexte par rapport à ce qui se passe en chirurgie. Les chirurgiens membres du personnel de notre centre travaillent en clinique avec les médecins résidents et sont à leurs côtés en salle d'opération. Les médecins résidents sont évalués principalement en fonction de contacts personnels et c'est pourquoi je me demande s'il faut réinventer la roue de l'évaluation en chirurgie. Qui plus est, les chirurgiens de notre centre (et non seulement les dinosaures) sont d'avis que les médecins résidents ne reçoivent plus une formation adéquate et ne sont plus soumis à des évaluations appropriées. Ce point de vue ne devrait-il pas avoir de l'importance ?

Le CRMCC souhaite imposer davantage d'examens d'évaluation périodiques. Les examens feront-ils vraiment des médecins résidents de meilleurs médecins et chirurgiens ? La tendance est certainement à la formation par petits modules suivie d'un examen, mais jusqu'où faut-il laisser aller le pendule ? Les médecins résidents sont plus longtemps loin des services et de la salle d'opération, car ils se retrouvent de plus en plus en classe suivant un cycle de 8 à 4. Les médecins qui ne participent pas à l'évaluation au jour le jour des patients et de leurs complications auront peut-être trop de difficulté au cours des 5 premières années de pratique. Le problème actuel de l'évaluation, c'est que les outils d'évaluation dont dispose le personnel sont trop limitatifs. Il n'y a aucun moyen d'identifier un médecin résident qui devrait changer de spécialité, un médecin résident passe trop peu de temps en chirurgie et en clinique dans le cadre des programmes de formation en vigueur et il n'y a presque aucun recours : il faut laisser les médecins résidents incompetents se préparer à leurs examens. En ce qui me concerne, le CRMCC a oublié sa mission. J'espère que pour la prochaine génération, il pourra trouver un moyen de former des médecins résidents compétents — ce qui constitue sa véritable mission.

Edward J. Harvey, MD

Co-rédacteur, *Journal canadien de chirurgie*

Intérêts concurrents : Aucuns déclarés.

Référence

1. L'avenir de l'éducation médicale au Canada — Série de livres blancs du Collège royal. Dans : *Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada* [site web du CRMCC]. Disponible à <http://crmcc.medical.org/residency/fmec/index.php> (consulté le 15 avril 2011).

DOI: 10.1503/cjs.013011