

Évaluation de la formation des résidents

La formation des résidents en chirurgie évolue sans cesse. Propulsés par de nombreux facteurs, y compris les heures de travail réglementées, les attentes des résidents quant au style de vie pendant la formation, l'application d'objectifs spécifiques à la rotation et, enfin, l'intégration des objectifs ProMEDS 2000 à la formation postdoctorale d'un bout à l'autre du Canada, des changements fondamentaux des méthodes de formation en chirurgie se produisent dans tous les programmes. Ces changements ont rendu le Collège royal plus réceptif lorsqu'il s'agit de satisfaire aux exigences et aux besoins différents des diverses spécialités sur les plans du contenu et de la présentation de la matière susceptible d'atteindre les objectifs fondamentaux de la formation (qui sont en retour habituellement établis par le comité compétent de la spécialité).

Face à ces nombreux changements au sein de la formation, le moment est venu de repenser nos méthodes d'évaluation. Dans la plupart des spécialités de chirurgie, la méthode d'évaluation n'a pas changé. Au fil de la formation du résident, l'évaluation comprend les éléments suivants :

- rapports d'évaluation en cours de formation imposés par le collège;
- lettre d'appui du directeur du programme à la fin de la formation;
- rapport final d'évaluation en cours de formation;
- documents sur l'achèvement satisfaisant de la formation (obligatoires pour que le candidat puisse se présenter à l'examen d'aptitude);

- examen d'aptitude (écrit et parfois oral).

L'examen d'aptitude plane au-dessus de la tête du résident pendant toute sa carrière et prend plus d'importance que jamais au début des dernières années de la formation. Comme cet examen a maintenant lieu au cours des derniers mois de la résidence, beaucoup de résidents constatent que l'obligation d'étudier compromet sérieusement l'expérience clinique au cours de la dernière année de formation. Dans beaucoup de spécialités, l'examen final comporte des volets écrit et oral qui imposent des heures de préparation sous forme de répétition d'examens oraux afin d'apprendre aux candidats les «techniques d'examen» — peut-être plus importantes pour réussir l'examen oral final que la connaissance de la chirurgie, ce qui vient compliquer la situation.

Il est temps que le Collège et nous-mêmes repensons cette méthode d'évaluation. Peu de données probantes appuient l'examen oral comme substitut satisfaisant de l'observation personnelle rapprochée par des personnes qualifiées pendant plusieurs années de résidence. Qui connaîtrait mieux les qualités chirurgicales des résidents : quelqu'un qui les soumet à un examen oral épuisant de 90 minutes dans un environnement artificiel, ou quelqu'un qui a eu la chance de travailler avec eux pendant plusieurs mois, voire des années, dans toutes sortes de circonstances? La réponse semble flagrante et il faut nous demander pourquoi nous persistons à imposer cet examen oral «tout ou rien» à la fin de 5, 6 ou 7 ans de formation.

Il serait beaucoup plus logique que le Collège impose des examens annuels à tous les résidents en chirurgie.

Imaginons le scénario suivant : à la fin de la première année, la partie II de l'examen d'aptitude; à la fin de la deuxième, l'examen sur les principes de la chirurgie; et ensuite, chaque année, un examen spécifique à la spécialité correspondant à l'année appropriée de formation en chirurgie. Ce changement présenterait de nombreux avantages, dont la capacité du programme de formation de repérer le résident qui a des problèmes et n'a pas suffisamment de connaissances pour passer au niveau suivant de la formation ne serait pas le moindre. Nous le faisons couramment dans tous les autres contextes d'éducation et il semble paradoxal de ne pas appliquer le même type d'évaluation annuelle aux résidents en chirurgie qu'aux élèves du secondaire. L'examen annuel favoriserait aussi de bonnes habitudes d'étude chez les résidents et les obligerait à acquérir des connaissances pendant toute la résidence au lieu de «chauffer» au cours des 18 derniers mois de leur formation en chirurgie.

Je pense que ce concept est opportun : évaluation périodique au moyen d'un examen écrit pendant toute la résidence, examen d'immatriculation à la fin de la dernière année de formation et lettre d'appui du directeur de programme attestant des compétences cliniques spécialisées du résident et de sa capacité de fonctionner comme chirurgien-conseil.

Les milieux chirurgicaux devraient encourager le Collège à continuer de progresser non seulement dans la prestation de la formation en chirurgie, mais aussi dans l'évaluation de la valeur de cette éducation.

James P. Waddell, MD
Corédacteur