

# Résumé

---

En 1998, le Bureau des examinateurs a mis en œuvre une révision du processus de certification en insistant particulièrement sur le développement, aux fins d'évaluation, d'une définition de la médecine familiale basée sur la compétence. Les défis sont vite apparus, autant à l'interne qu'à l'externe, concernant la signification de la certification du Collège (CCMF) : quel en est le sens; est-ce encore nécessaire? Les quatre principes de la médecine familiale nous ont fourni un cadre de travail pour décrire l'exercice de la médecine familiale au Canada, avec une description du rôle élargi et complexe du médecin de famille, tout en alimentant notre compréhension du niveau de compétence avec lequel devrait exercer le médecin de famille. Par contre, ils n'ont pas offert de précisions sur la façon dont le médecin de famille peut acquérir et démontrer cette compétence.

Le Bureau des examinateurs a pris la décision d'élaborer une nouvelle définition de la compétence pour les fins de l'évaluation et a fait le choix d'ancrer cette définition sur l'expérience de médecins de famille praticiens. Le processus a débuté par un questionnaire postal demandant à des médecins de famille comment ils définiraient la compétence au début d'une pratique autonome. Il en est résulté une série de groupes de travail mandatés d'approfondir cette définition, dans le but d'élaborer, pour le processus de certification, des objectifs d'évaluation basés sur la compétence.

Ce document constitue la dernière étape de ces travaux. Il ne vise pas à redéfinir la spécialité de la médecine familiale au Canada. Plutôt, il articule, pour les fins de l'évaluation, les habiletés particulières requises des médecins pour fonctionner efficacement dans le contexte de la médecine familiale au Canada.

La Partie I de ce document décrit les composantes et la structure de ces objectifs d'évaluation, en expliquant et en justifiant les méthodes utilisées pour leur élaboration. La Partie II présente, en détail, le niveau opérationnel de tous les objectifs d'évaluation. Ces objectifs ne contiennent pas d'instruments de mesure, d'examens, d'échelles de pondération, de niveaux ou de formulaires de performance, ou de proposition visant à développer de tels outils. Cette omission est intentionnelle. À mesure que ces outils seront développés, ces objectifs d'évaluation offriront la matière première qui orientera le contenu et le format des instruments utilisés, et augmenteront les chances que toute évaluation soit fructueuse en fonction des cinq paramètres associés à des évaluations réussies.

Ce résumé conclut par une brève présentation et une description des principaux éléments des objectifs d'évaluation et cette définition de la compétence en médecine familiale. Pour des renseignements plus détaillés, consultez les sections appropriées des Parties I et II de ce document.

## Le domaine de la compétence en médecine familiale :

Cette définition comporte quatre composantes principales :

1. Les dimensions de la compétence en termes d'habiletés
2. La phase de la rencontre clinique
3. Les sujets prioritaires, les actes techniques de base et les thèmes
4. Les éléments clés et les comportements observables

Ensemble, ces composantes constituent le domaine de la compétence en médecine familiale. La compétence globale est déterminée par un processus continu d'échantillonnage, d'observation et de réflexion sur la performance de l'apprenant en ce qui a trait aux éléments clés et aux comportements observables pour une série de problèmes (sujets prioritaires, techniques, thèmes), pendant les différentes phases de la rencontre clinique, jusqu'à ce que les évaluateurs soient convaincus de la compétence du médecin dans toutes les dimensions des habiletés.

## Les composantes des objectifs d'évaluation :

1. **Les dimensions de la compétence en termes d'habiletés** : Six habiletés essentielles permettent au médecin de famille de prendre en charge avec compétence des problèmes qui sont du ressort de la médecine familiale. Le médecin de famille compétent a le potentiel d'utiliser toutes les habiletés pour tout type de problème, mais la compétence se caractérise également par la capacité d'adapter le choix des habiletés utilisées aux besoins spécifiques du problème auquel il est confronté.
  - a) **Approche centrée sur le patient** : C'est l'une des caractéristiques principales de la médecine familiale et elle représente l'une des méthodes les plus efficaces et les plus efficaces pour résoudre des problèmes. Les détails de cette approche sont bien documentés dans la littérature. Les objectifs d'évaluation pour cette dimension de la compétence découlent directement de cette information.
  - b) **Habiletés de communication** : Certains comportements et habiletés facilitent la communication, et une bonne communication est un élément essentiel de la compétence. Cette communication peut être écrite ou verbale, avec les patients ou les collègues; elle implique également une capacité d'écoute et d'observation autant, sinon plus, que celle de parler et de montrer.
  - c) **Habiletés de raisonnement clinique** : Cette dimension repose sur les habiletés de résolution de problèmes utilisées pour s'occuper des « aspects médicaux » d'un problème. Bien qu'elles soient sous la dépendance évidente des connaissances, de nombreuses difficultés dans cette dimension sont reliées à une faiblesse dans le processus (le comment et le pourquoi). L'évaluation de ces processus est plus importante que l'évaluation des réponses ou des résultats finaux.
  - d) **Sélectivité** : À notre connaissance, cette dimension n'a pas été décrite en ce qui concerne la compétence du médecin. Elle décrit un ensemble d'habiletés déjà citées comme caractéristiques du médecin de famille compétent : un tel médecin ne fait pas les choses de façon routinière, mais il est sélectif dans son approche et peut l'adapter à la situation ou au patient. Ce médecin fixe des priorités et se concentre sur l'aspect le plus important; il sait quand il faut dire quelque chose et quand il ne faut pas, il recueille les renseignements les plus utiles sans perdre de temps sur des données accessoires, mais il peut fournir un effort supplémentaire lorsque ce sera utile. La sélectivité est peut-être un sous-ensemble de toutes les autres dimensions; on l'a mentionnée avec une fréquence telle qu'elle mérite sa propre dimension.

- e) Professionnalisme** : Cette dimension est celle qui a été le plus fréquemment mentionnée dans les descriptions de la compétence. Elle comprend toutes les réponses qui entourent le respect et la responsabilité envers les patients, les collègues, soi-même, la profession et la société. Elle comprend les questions éthiques ainsi que l'apprentissage continu et le maintien de la qualité des soins. Elle englobe également des attitudes comme la bienveillance et la compassion.
- f) Habiletés techniques** : Dans le sondage initial, on n'a pas mentionné fréquemment que des actes techniques spécifiques étaient caractéristiques de la compétence. On reconnaissait cependant qu'un individu sur le point de commencer une pratique autonome devrait être capable d'effectuer certains actes techniques avec compétence. Un groupe de travail sur les habiletés techniques a identifié 65 actes techniques de base; l'évaluation de la compétence dans cette dimension sera basée sur ces actes techniques ainsi que sur certains éléments généraux clés qui visent ces habiletés techniques.
- 2. La phase de la rencontre clinique** : Cette composante joue un rôle essentiel pour orienter l'évaluation vers les processus cognitifs les plus critiques à la résolution compétente d'un problème ou d'une situation spécifique. Elle couvre les phases ou les étapes depuis le début jusqu'à la fin de la rencontre clinique. Elle comprend les processus que l'on identifie habituellement au modèle hypothético-déductif de résolution de problèmes cliniques et à la prise de décision clinique.
- a) Génération d'hypothèses** (diagnostic différentiel préliminaire)
  - b) Anamnèse** (recueil de l'information appropriée)
  - c) Examen physique** (recueil de l'information appropriée)
  - d) Investigation** (recueil de l'information appropriée)
  - e) Diagnostic, y compris l'identification du problème** (interprétation de l'information)
  - f) Traitement (ou prise en charge)**
  - g) Suivi**
  - h) Aiguillage ou orientation**
- 3. Les sujets prioritaires, les actes techniques de base et les thèmes** : Cette composante consiste en une liste des problèmes ou des situations que le médecin de famille compétent devrait être en mesure de résoudre au début d'une pratique autonome. Cette liste établit et limite le contenu de la compétence en médecine familiale aux fins de la certification. Les limites permettent à tous les intéressés de concentrer leurs efforts; l'étendue nous rassure que si l'évaluation a été faite à partir d'un échantillonnage adéquat de ce contenu, on peut raisonnablement conclure qu'il existe un certain niveau de compétence globale.
- a) Sujets prioritaires** : Cette liste a été produite à partir des réponses obtenues dans le sondage original. Elle comprend des diagnostics, des symptômes, des présentations et des tâches; on y retrouve également des rôles (dépistage/examen médical périodique), des groupes (immigrants, nouveau-nés, personnes âgées), des répercussions (mode de vie), des situations (problèmes familiaux, patients difficiles) et même certains sujets (antibiotiques).
  - b) Actes techniques de base** : Dans cette dimension, la compétence ne se limite pas aux habiletés techniques requises pour les 65 actes techniques de base. On devrait également évaluer d'autres aspects, par exemple les indications et les contre-indications, la décision d'appliquer ou non telle technique et de choisir parmi plusieurs approches possibles. Pour cette raison, on a entrepris une analyse des éléments clés afin d'identifier les aspects essentiels de la compétence applicables à toutes les techniques.
  - c) Thèmes** : Les dimensions de l'approche centrée sur le patient, le professionnalisme et les habiletés de communication n'étaient pas suffisamment définies par l'analyse des éléments clés

des sujets prioritaires. On a procédé à une itération supplémentaire, utilisé une approche par groupe de discussion en s'inspirant d'informations provenant d'une variété de sources afin de développer une série de thèmes dans le but de mieux organiser la description de la compétence pour chacune de ces trois dimensions.

- 4. Les éléments clés et les comportements observables :** Ce sont les objectifs d'évaluation opérationnels qui décrivent la compétence dans des termes relativement objectifs et observables. Ils sont très utiles pour évaluer la compétence au cours de la supervision clinique quotidienne.
- a) Éléments clés :** Chacun des sujets prioritaires a fait l'objet d'une analyse afin de générer les éléments clés pour le sujet. Les éléments clés sont les situations spécifiques les plus déterminantes de la compétence dans un sujet et les processus critiques impliqués dans la résolution compétente de chaque situation. Ils sont déterminés par un groupe de pairs en pratique active utilisant un processus d'itération et de réflexion. Chaque élément-clé identifie les dimensions en termes d'habiletés, ainsi que les phases de la rencontre clinique que l'on utilisera afin d'évaluer la compétence pour la situation et la tâche en question.
- b) Comportements observables :** Pour chacun des thèmes identifiés pour les habiletés de communication et le professionnalisme, on a utilisé un processus itératif analogue à celui utilisé pour l'analyse des éléments clés afin d'identifier, pour chacun des thèmes, les comportements révélateurs de la compétence, ou de son absence. Alors que l'analyse des éléments clés identifie un sous-ensemble de situations que l'on considère comme révélatrices de la compétence globale pour un sujet donné, l'analyse des comportements observables liste tous les comportements potentiellement révélateurs de la compétence; aucun sous-ensemble particulier n'est identifié comme étant le plus critique pour définir la compétence pour le thème ou la dimension en question.