

Partie I — Les objectifs d'évaluation : leur définition, leur origine et comment les utiliser

| | |
|---|----|
| Introduction..... | 10 |
| I. Aperçu de la structure et des composantes de cette définition de la compétence..... | 10 |
| II. Quelques considérations théoriques et d'autres plus pratiques pour définir la compétence et concevoir des évaluations réussies..... | 13 |
| III. Autres détails sur la nature et l'élaboration des objectifs d'évaluation..... | 17 |
| IV. Mise en application des objectifs d'évaluation | 31 |

Introduction

Le but de la Partie I est de vous encourager et de vous aider à utiliser les nouveaux objectifs d'évaluation pour mieux inspirer et structurer votre évaluation de la compétence en médecine familiale, que ce soit pour l'évaluation des autres ou de vous-même. On y retrouve quatre étapes.

- La première est un aperçu de la structure et des composantes de cette définition de la compétence. Elle vise à vous familiariser avec la terminologie utilisée dans la définition et à décrire comment utiliser les différentes composantes pour atteindre le but de l'appréciation ou de l'évaluation de la compétence aux fins de la certification.
- La deuxième présente une brève discussion de quelques considérations théoriques et d'autres plus pratiques pour concevoir des évaluations réussies. On a tenu compte de ces considérations tout au long de l'élaboration des objectifs d'évaluation; elles sont d'ailleurs sous-jacentes à la plupart des choix effectués et des méthodes utilisées.
- La troisième discute de façon plus détaillée ce que sont les objectifs d'évaluation et comment ils ont été élaborés. Il est essentiel d'avoir une bonne compréhension de ce processus et de sa relation avec les considérations de la section précédente si l'on veut utiliser les objectifs d'évaluation comme prévu et avec une utilité et une efficacité maximales.
- Finalement, la quatrième présente quelques exemples d'utilisation actuelle des objectifs d'évaluation, suivis de quelques possibilités supplémentaires pour leur utilisation dans un proche avenir.

La Partie II présente en détail tous les objectifs d'évaluation. À noter que les renseignements qui suivent sont présentés d'une façon un peu heuristique, de sorte que ce qui peut sembler un peu obscur à la première lecture devrait devenir plus facile à comprendre lorsque toute l'information sera « absorbée et digérée ». Cette définition de la compétence n'est pas linéaire ou hiérarchique; les composantes sont toutefois complémentaires. Comment ils s'articulent et comment ils fonctionnent pour guider l'évaluation de la compétence deviendra davantage évident lorsqu'on aura regardé et réfléchi à l'ensemble du tableau.

I. Aperçu de la structure et des composantes de cette définition de la compétence

Cette définition, qui est spécifique à la médecine familiale, comporte quatre composantes majeures.

- 1. Les dimensions de la compétence en termes d'habiletés :** Six habiletés générales 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. Les six dimensions en termes d'habiletés sont les suivantes :

- a. **Approche centrée sur le patient**¹
- b. **Habiletés de communication**
- c. **Habiletés de raisonnement clinique**
- d. **Sélectivité**
- e. **Professionalisme**
- f. **Habiletés techniques**

Ces dimensions sont très utiles dans les situations sommatives; l'évaluation de la compétence dans toutes les dimensions des habiletés sera basée sur une série suffisante d'observations. On pourra conclure à une compétence globale lorsqu'on aura démontré une compétence dans chacune des six dimensions des habiletés et dans l'utilisation préférentielle des habiletés les plus appropriées à un problème particulier.

2. **La phase de la rencontre clinique comme dimension de la compétence** : La place de cette composante est un peu secondaire mais elle joue un rôle crucial pour orienter l'évaluation vers les processus cognitifs les plus importants pour la résolution compétente d'un problème ou d'une situation spécifique. Cette dimension couvre les étapes ou les phases 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. Elle est très utile pour orienter et limiter l'évaluation aux processus les plus susceptibles de faire une discrimination entre des performances compétentes et non compétentes face à un problème ou une situation spécifique. Pour cette raison, elle est particulièrement utile pour orienter l'apprentissage supplémentaire du candidat qui éprouve des difficultés récurrentes ou continues.
3. **Les sujets prioritaires, les actes techniques de base et les thèmes** : Ces trois sujets, considérés ensemble, constituent une liste de problèmes ou de situations que le médecin de famille compétent devrait être capable de résoudre au début d'une pratique autonome. Comme tel, cet ensemble établit et limite le contenu de base du domaine de la compétence en médecine familiale aux fins de la certification. Le portrait de ce domaine ne sera complet qu'avec l'ajout des trois autres composantes puisqu'elles décrivent la façon de démontrer ou d'atteindre le niveau de compétence pour chacun des problèmes ou situations sur ces listes. Cet ensemble est très utile à des fins de planification, que ce soit pour l'enseignement, l'apprentissage ou l'évaluation. Les limites des

¹ Nous avons choisi de retenir le terme « approche » plutôt que « méthode ». « Approche centrée sur le patient » inclut « méthode centrée sur le patient », alors que l'inverse n'est pas nécessairement vrai. S'assurer que notre approche globale à la pratique est centrée sur le patient constitue l'une des caractéristiques qui définissent la médecine familiale; on utilise donc ce terme pour définir la compétence.

contenus permettent à tous les intéressés de concentrer leurs efforts; l'étendue nous rassure voulant qu'on puisse raisonnablement conclure à un niveau de compétence globale si l'évaluation a été faite à partir d'un échantillonnage suffisant de ce contenu, à partir des trois éléments de la liste. Il facilite également une révision périodique du domaine afin d'identifier l'existence ou non de faiblesses ou de duplications évidentes qui pourraient nécessiter une correction.

4. Les éléments clés et les comportements observables : Ces éléments et comportements représentent les objectifs d'évaluation opérationnels qui font appel à deux formats différents et qui décrivent la compétence dans des termes relativement objectifs et observables pour chaque situation d'une série de situations spécifiques qui sont du ressort de la médecine familiale. Ces objectifs représentent les interactions entre toutes les composantes pour les besoins d'évaluation de la compétence. Il y a environ 1 300 pièces distinctes dans cette composante. C'est la composante la plus utile pour l'évaluation de la compétence dans des situations spécifiques, au cours de la supervision clinique quotidienne.

En résumé, cette définition de la compétence globale en médecine familiale nous offre des définitions de la compétence spécifiques aux problèmes pour une série de situations qui sont du ressort du médecin de famille. Ces définitions se retrouvent dans la quatrième composante, celle des éléments clés et des comportements observables, laquelle contient les objectifs d'évaluation individuels et spécifiques pour la certification en médecine familiale.

Les autres composantes fournissent le cadre de travail et les détails nécessaires pour que les objectifs d'évaluation soient opérationnels et efficaces. Chaque objectif comprend, implicitement ou explicitement, les habiletés et les phases nécessaires pour en arriver à une résolution compétente. Chaque objectif fait également partie d'un sujet, d'une technique ou d'un thème plus général. La quantité de détails descriptifs est très variable, mais elle est suffisante pour guider l'évaluation de la performance pour la situation en question et s'assurer que la performance et les processus évalués sont véritablement un reflet de la compétence.

Les objectifs d'évaluation, utilisés de façon plus générale, sont décrits et définis par l'ensemble des quatre composantes de cette définition de la compétence. Pour la plupart des intentions et des buts, les objectifs d'évaluation et la définition de la compétence sont une seule et même chose.

Détermination de la compétence en utilisant les objectifs d'évaluation :

À ce stade-ci, il est peut-être important d'insister sur le fait que toute cette définition de la compétence a été élaborée sans faire intervenir les outils d'évaluation ou les formats d'examens. Cette approche a été adoptée afin d'en arriver à une définition de la compétence et des objectifs d'évaluation qui soit libre des biais malencontreux souvent imposés par des instruments et des formats prédéterminés.

Cependant, nous pouvons présenter des représentations schématiques et verbales de l'utilisation potentielle de ce modèle pour déterminer la compétence.

| Observés en pratique | Dimensions des habiletés | Phases | Médecin compétent |
|---|---|--|--|
| a) | b) | c) | |
| Éléments clés et comportements observables | <ul style="list-style-type: none"> • Approche centrée sur le patient • Habiletés de communication • Habiletés de raisonnement clinique • Sélectivité • Professionnalisme • Habiletés techniques | Manifestées pendant toutes les phases de la rencontre clinique | <i>Échantillonnage continu, observation et réflexion basés sur (a), jusqu'à ce que les évaluateurs soient sûrs et satisfaits que le médecin est compétent dans toutes les habiletés de (b)</i> |
| d) Sujets prioritaires, techniques de base, thèmes | | | |

On peut également l'exprimer verbalement :

« Les objectifs d'évaluation fournissent une longue liste de compétences en médecine familiale, en termes d'éléments clés et de comportements observables. Chacune des compétences est spécifique à la situation nécessitant une prise en charge et aux phases de la rencontre clinique qui sont impliquées; chaque compétence est liée aux six dimensions en termes d'habiletés essentielles à la compétence globale en médecine familiale.

La compétence sera déterminée par échantillonnage continu, observation et réflexion sur les performances d'un individu entourant les éléments clés et les comportements observables jusqu'à ce que le (les) évaluateur(s) soient certains et satisfaits que l'individu est compétent dans la totalité des six dimensions en termes d'habiletés essentielles à la compétence en médecine familiale. »

Des outils précis d'évaluation et des formats d'examen pourront être développés ultérieurement.

II. Quelques considérations théoriques et d'autres plus pratiques pour définir la compétence et concevoir des évaluations réussies

Cette section discute brièvement de deux concepts : les caractéristiques des évaluations réussies; les niveaux de compétence d'un point de vue cognitif et la plus grande utilité des niveaux plus élevés pour prédire la compétence globale. Ces deux concepts ont servi de principes directeurs pendant l'élaboration des objectifs d'évaluation; bien les comprendre permettra de mieux comprendre la structure des objectifs d'évaluation et améliorera les chances de les utiliser de façon appropriée et à leur meilleur avantage.

Caractéristiques des évaluations réussies :

Toute évaluation dont l'enjeu est élevé (par exemple notre processus de certification en médecine familiale) devrait viser une bonne performance sur cinq caractéristiques.² Elle devrait être :

1. **Valide :** Elle devrait évaluer les performances qui témoignent véritablement de la compétence dans le domaine des tâches pour la discipline en question.
2. **Fiable :** L'évaluation doit mesurer la performance de façon reproductible et faire la distinction entre des performances compétentes et non compétentes.
3. **Rentable :** Cette qualité est importante en termes de temps, d'efforts et de ressources.
4. **Acceptable:** Les candidats et les évaluateurs doivent avoir l'impression que l'évaluation est pertinente, rigoureuse et équitable.
5. **Impact éducatif positif :** Elle devrait amener l'apprentissage vers une véritable compétence plutôt que vers la seule réussite d'un examen.

Le but spécifique des objectifs d'évaluation est de fournir une orientation claire pour l'élaboration et l'utilisation des instruments ou des situations d'évaluation afin de répondre à ces cinq critères. Les objectifs d'évaluation devraient fournir de l'information pour tous les types d'évaluation : formative et sommative, structurée et non structurée, en cours de formation et terminale, écrite et orale, les situations cliniques simulées et réelles, pour n'en nommer que quelques-uns.

Pour réussir, les objectifs d'évaluation devraient décrire clairement le domaine de compétence à mesurer, ainsi que les performances compétentes pour chacune des tâches dans le domaine. Puisque la nature particulière d'une tâche effectuée de façon compétente est plutôt spécifique à un problème, de bons objectifs d'évaluation comprennent également une définition correspondant au niveau de chaque interaction problème-tâche.

Si un groupe de pairs utilise une approche structurée et validée pour développer toutes les étapes ci-dessus (les problèmes dans le domaine, les tâches et les interactions problèmes - tâches) nous pouvons être assez sûrs qu'une évaluation basée sur cette définition va mesurer les performances révélatrices de la compétence. Nous pouvons être assurés de la validité du test et de la compétence du candidat qui le réussit, dans notre cas, à pouvoir commencer une pratique autonome de la médecine familiale. Cette approche permet également l'identification des performances susceptibles de bien distinguer les candidats compétents des candidats non compétents. Une évaluation qui se concentre sur de telles performances discriminantes est plus efficace et plus susceptible de générer des résultats fiables. De nombreuses autres questions pratiques doivent évidemment être considérées pour assurer la fiabilité d'une évaluation, mais une définition valable de la compétence à mesurer est une condition préalable. Plus ces éléments décrivent les dimensions des performances compétentes, plus il est facile de

² Van der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ.* 1996;1:41-67.

développer des instruments de mesure fiables et des items spécifiques pour les mesurer. Ce modèle tend également à améliorer la rentabilité.

L'acceptabilité est une question complexe, mais, pour la plupart des personnes impliquées (enseignants, apprenants et candidats), ses liens sont faibles avec les qualités psychométriques d'un programme d'évaluation. Une évaluation d'une très grande qualité peut être inacceptable si elle semble incorrecte, si elle est perçue comme trop difficile ou trop facile, ou si elle est perçue comme étant inutile pour les activités quotidiennes de la pratique, de l'enseignement clinique et de l'apprentissage. L'évaluation est acceptable si elle est adaptée aux activités quotidiennes et si le processus et les résultats des évaluations sont utiles à toutes les personnes impliquées pour atteindre leurs objectifs éducatifs. Aux fins de la certification, l'évaluation doit également, de toute évidence, être d'une grande qualité psychométrique, mais ceci n'est pas suffisant si, avant tout, elle est inacceptable sur la base de sa présentation, de l'impression qu'elle dégage, de son à-propos et de son utilité.

Il existe une relation étroite entre l'effet de l'évaluation sur l'apprentissage et l'acceptabilité. Ceci mérite quelques commentaires spécifiques. Les programmes de formation postdoctorale connaissent bien les effets pervers de la préparation aux examens : les candidats sont « pratiquement perdus » pendant de longues périodes de temps dans des activités consacrées à la préparation des examens. Ces activités se concentrent habituellement sur le contenu et des comportements qui ont peu ou pas à voir avec la compétence réelle. De fait, plusieurs pourraient dire qu'ils diminuent véritablement la compétence en dévaluant les habiletés et les comportements associés à la compétence, puisqu'ils ne « font pas partie de l'examen ». On ne peut ignorer la valeur et la force indéniables des examens pour guider l'apprentissage, comme on l'a d'ailleurs reconnu tout au long de ce projet : le défi consistait à exprimer les objectifs d'évaluation (et, espérons-le, les examens sur lesquels ils seront basés) en des termes qui rapprochent le plus possible la préparation aux examens à la préparation pour la véritable compétence en médecine familiale.

Niveau de compétence :

Le deuxième concept à discuter est la différence entre les niveaux faible et élevé de la compétence en ce qui concerne les habiletés cognitives, ainsi que les raisons qui expliquent pourquoi les niveaux plus élevés de compétence sont potentiellement plus solides et plus efficaces comme indicateurs de la compétence globale, tout en étant particulièrement pertinents pour la médecine familiale. Ceci nous permettra également d'analyser la différence entre « performance » et « compétence » et d'expliquer certaines des préoccupations des membres du groupe de travail pendant l'élaboration de cette définition de la compétence en médecine familiale.

Les évaluateurs ont réellement besoin de savoir quelles étapes ont été réalisées et pourquoi, afin d'apprécier véritablement dans quelle mesure un exécutant a agi avec compétence lorsqu'il a effectué une tâche — le résultat final ne raconte pas toute l'histoire. Il est difficile d'évaluer la compétence sans observer une partie de la performance; la différence entre les deux termes est importante. Cette différence entre « compétence » et « performance » est bien illustrée par les habiletés d'expression orale. Concernant le langage, on peut dire que la compétence « réfère spécifiquement à la connaissance

par celui qui parle d'un système de règles assimilées d'une façon ou d'une autre. Ces règles permettent d'être créatif et de produire un nombre illimité de phrases grammaticalement correctes. De plus, elles permettent à celui qui parle de déterminer dans quelle mesure une phrase est grammaticalement correcte ou non ».³ La performance n'exige pas nécessairement une connaissance intime des règles — de nombreuses personnes parlent très bien une langue tout en ignorant les règles et le système. Si nous voulons véritablement évaluer la compétence, nous devons également analyser les systèmes et les règles utilisées pendant l'exécution d'une tâche.

Ceci est également important lorsqu'on considère les niveaux de compétence à évaluer. Dans toute profession, de nombreuses activités quotidiennes sont routinières et ne nécessitent pas un niveau élevé de compétence. On peut même les considérer comme des performances routinières, exécutées sans trop y penser ou réfléchir, alors que le résultat dépend peu de la compétence de l'exécutant. Ce sont des problèmes routiniers dont les solutions sont nettement définies. De nombreux arguments démontrent que la compétence professionnelle dépasse cette notion : c'est la capacité de résoudre des problèmes ambigus, de tolérer l'incertitude et de prendre des décisions malgré des informations limitées. La véritable compétence se manifeste dans des situations non familières; on l'a d'ailleurs définie comme « la capacité de démontrer une souplesse cognitive et une adaptabilité lorsque confronté à de nouvelles situations dans un domaine donné, plutôt qu'une série ritualisée de réponses à un ensemble prévisible de stimuli ».⁴ La caractéristique habituelle des problèmes diagnostiques en médecine, c'est que ceux-ci sont mal structurés : les renseignements pertinents ne sont pas tous disponibles à celui qui doit résoudre le problème, les causes potentielles sont nombreuses et, souvent, il n'existe pas de solution définie. La résolution de ces problèmes nécessite un raisonnement délibéré et non pas une réaction réflexe ou une simple reconnaissance, ce qui a été dénommé transfert associatif ou transfert par association (*low-road transfer*). Le raisonnement délibéré implique l'abstraction consciente d'un contexte à un autre, ou transfert réflexif ou par réflexion⁵ (*high-road transfer*) des connaissances et des habiletés. L'individu très compétent est capable de généraliser la connaissance abstraite à travers une vaste gamme de situations — par essence, l'atteinte de la compétence implique une maximisation du transfert réflexif. La compétence de faible niveau est extrêmement spécifique à une tâche, et la compétence dans une tâche ne permet absolument pas de prédire la compétence dans d'autres tâches. La compétence de niveau plus élevé est beaucoup plus généralisable d'une tâche à une autre; ceci n'est peut-être pas surprenant puisque les habiletés elles-mêmes ne sont pas très spécifiques à une tâche. Finalement, la compétence à des niveaux plus élevés permet habituellement de prédire la compétence (ou une prise de conscience claire d'une compétence déficiente) concernant les habiletés d'un niveau moins élevé; le contraire n'est absolument pas vrai.

³ James L. Prolegomena to a theory of communicative competence. Champaign, IL: Center for Comparative Psycholinguistics, University of Illinois; 1969/2003.

⁴ Regehr G. Chickens and children do not an expert make. Acad Med. 1994;69(12):970-1.

⁵ Patel V, Kaufman D. On poultry expertise, precocious kids, and diagnostic reasoning. Acad Med. 1994;69(12):971-2.

À ce stade-ci, il vaut la peine de noter que le médecin de famille doit être compétent pour résoudre beaucoup de problèmes bien définis, mais il doit également disposer d'une compétence particulière pour prendre en charge de nombreux problèmes indifférenciés dont les diagnostics peuvent demeurer incertains pendant de longues périodes de temps et où de multiples autres facteurs (p. ex. d'autres affections, des éléments psychosociaux, des préférences, des ressources) interviennent et dont il faut tenir compte. Les habiletés requises pour s'occuper de ces situations correspondent très étroitement à la définition ci-dessus des habiletés cognitives de haut niveau de la compétence véritable.

Les implications de ce qui précède pour une définition de la compétence à des fins d'évaluation sont triples : 1) la définition doit inclure, implicitement ou explicitement, le « comment » et le « pourquoi » de la performance compétente d'une tâche, pas seulement de la performance elle-même; 2) les tâches nécessitant des niveaux plus élevés de compétence nous permettront de faire certaines déductions sur la compétence globale qui sont beaucoup plus plausibles que les tâches nécessitant seulement des niveaux moins élevés; 3) les niveaux plus élevés de compétence sont particulièrement applicables et nécessaires pour la compétence en médecine familiale. Le groupe de travail est demeuré, tout au long de ses travaux, sainement préoccupé par ces trois implications. L'approche par éléments clés nous a entraînés naturellement dans cette direction, en nécessitant une certaine définition des « comment » et des « pourquoi », et en choisissant des tâches nécessitant des niveaux plus élevés de compétence, puisque celles-ci sont souvent celles qui sont les plus déterminantes de la compétence à résoudre un problème particulier. Cette préoccupation nous a également accompagnés lorsque nous avons utilisé des approches autres que l'analyse des éléments clés.

III. Autres détails sur la nature et l'élaboration des objectifs d'évaluation

Cette section commence par une brève description des raisons justifiant la révision des objectifs d'évaluation aux fins de la certification, ainsi que des méthodes utilisées. Suivront des détails supplémentaires sur les quatre composantes majeures des objectifs d'évaluation.

Révision des objectifs d'évaluation :⁶

En 1998, le Bureau des examinateurs du Collège décidait de réviser les processus qui mènent à la certification. Une partie essentielle de ce processus est la détermination de la compétence à un niveau approprié pour commencer une pratique autonome comme médecin de famille. L'évaluation de cette compétence a également fait l'objet d'une révision. La première étape essentielle dans l'évaluation de la compétence est de définir, avec suffisamment de détails, ce qui constitue la compétence en question. Il est peut-être surprenant de constater que les définitions existantes de la médecine familiale ne sont pas suffisamment détaillées pour les fins requises. Par exemple, les quatre principes de la médecine familiale sont utiles comme aperçu général, en fournissant des buts et des guides généraux, mais ils ne sont pas

⁶ Ceci est un très bref résumé de la méthodologie utilisée et des résultats obtenus. Les détails complets ont été présentés dans une série de rapports au Collège, et ils seront également disponibles dans une série d'articles présentement en préparation.

suffisamment détaillés pour offrir une orientation claire afin de déterminer la compétence. Ceci est demeuré vrai malgré l'ajout de détails explicatifs à ces principes.

C'est pourquoi le conseil d'administration a pris la décision de revenir au point de départ et d'élaborer une définition basée sur la compétence aux fins de l'évaluation pour la certification. Il a également été décidé d'asseoir cette définition sur l'expérience des médecins de famille praticiens. Un questionnaire postal a sondé les opinions de ces médecins en leur posant quatre questions ouvertes sur leur définition de la compétence en médecine familiale au début d'une pratique autonome. Un groupe de discussion a analysé les résultats de ce sondage qui ont permis d'identifier une série de rubriques potentiellement utiles pour décrire la compétence. Une nouvelle analyse des résultats du sondage, effectuée à la lumière de ces rubriques, a révélé que la compétence était décrite par cinq dimensions en termes d'habiletés, des phases de la rencontre clinique et d'un certain nombre de sujets prioritaires. Une sixième dimension d'habiletés, les habiletés techniques, a été ajoutée subséquemment, pour des raisons que nous expliquerons dans la prochaine section.

Ces trois composantes ont éclairé le portrait de la compétence en médecine familiale, mais celui-ci n'était pas encore suffisamment détaillé pour fournir une orientation adéquate aux fins de l'évaluation de la compétence. Le conseil d'administration a donc mis sur pied d'autres groupes de travail dont le mandat était d'élaborer des objectifs d'évaluation détaillés en utilisant une combinaison appropriée de ces composantes. On a utilisé une approche d'analyse par groupe de discussion qui a permis d'élaborer des objectifs d'évaluation par de multiples itérations structurées et on a utilisé deux formats généraux pour les objectifs d'évaluation spécifiques et opérationnels définitifs : les éléments clés et les comportements observables. Ensemble, ces deux constituent la composante opérationnelle des objectifs d'évaluation : ils guident la façon de procéder à l'évaluation de la compétence dans chacune des situations considérées.

Individuellement, on pourra retrouver les objectifs d'évaluation eux-mêmes ailleurs dans ce document sous la rubrique appropriée. La prochaine partie de cette section fournira cependant suffisamment de détails pour comprendre comment tout ceci s'articule et ce que vous devriez rechercher. Il est évident qu'il y a des chevauchements entre ces diverses composantes — de fait, une grande partie de la compétence les utilise de façon intégrée. D'un point de vue pratique, il est très utile de les séparer — ceci est essentiel pour l'évaluation et, vraisemblablement, préférable pour l'enseignement et l'apprentissage dans la plupart des étapes de la formation.

Autres détails sur les composantes des objectifs d'évaluation :

Nous maintiendrons l'ordre établi précédemment des composantes pour la première partie de cette section, mais nous changerons par la suite pour discuter en détail des éléments clés avant de revenir aux actes techniques de base, aux thèmes et aux comportements observables. Ceci se rapproche davantage de l'ordre qui a été suivi dans le développement des composantes, mais, chose plus importante, les résultats de l'analyse des éléments clés ont eu une influence majeure sur les étapes subséquentes. Une compréhension approfondie des éléments clés permet de mieux comprendre le modèle adopté pour l'élaboration des actes techniques de base, des thèmes et des comportements observables.

1. Les dimensions de la compétence en termes d'habiletés :

Nous présentons ici les définitions générales de chacune des six habiletés. Quant aux définitions opérationnelles pour l'évaluation de la compétence dans chacune de ces habiletés, on les retrouvera dans les sujets, les actes techniques de base, les thèmes, les éléments clés et les comportements observables.

a) Approche centrée sur le patient : Cette approche bien connue 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. Elle y parvient en se concentrant sur le patient et sur son contexte plutôt que de se limiter seulement à la maladie. De cette façon, il est possible d'en arriver à une compréhension partagée et à un terrain d'entente entre le patient et le praticien concernant les buts visés pour la résolution des problèmes. Cette approche contribue également à rendre les buts réalistes et atteignables. Les détails de cette approche sont bien documentés dans la littérature et 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, d'autant plus qu'une bonne communication est un élément essentiel de la compétence. C'est une habileté complexe qui imprègne la plupart de nos autres activités. Une bonne communication facilite l'utilisation des autres habiletés pour prendre en charge les problèmes et elle améliore les chances d'une résolution réussie, alors qu'une mauvaise communication est susceptible d'être très préjudiciable. La communication peut être écrite ou verbale, avec les patients ou les collègues; elle implique une capacité d'écoute et d'observation autant sinon plus que de parler ou de montrer. Tous ces aspects doivent faire l'objet d'une évaluation.

c) Habiletés de raisonnement clinique : Avec cette dimension, nous sommes en territoire plus familier; elle repose sur les habiletés de résolution de problèmes utilisées pour s'occuper des « aspects médicaux » d'un problème. Bien qu'elle soit sous la dépendance évidente des connaissances, la connaissance à elle seule ne suffit pas. Plusieurs des difficultés dans cette dimension sont reliées à une faiblesse dans le processus, et non pas à un manque de connaissances. Ces difficultés dans le processus ont un impact très important sur la compétence, de sorte que l'évaluation des processus (le comment et le pourquoi du déroulement du raisonnement clinique) 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 même si elle n'est sûrement pas une idée originale. C'est le terme choisi pour décrire un ensemble d'habiletés que l'on a fréquemment citées comme caractéristiques du médecin de famille compétent : un tel médecin ne fait pas les choses de façon routinière ou stéréotypée, mais il est très sélectif dans son approche et peut l'adapter à la situation ou au patient. Les médecins compétents fixent des priorités et se concentrent sur l'aspect le plus important; ils savent quand il faut dire quelque chose et quand il ne faut pas; ils recueillent les renseignements les

plus utiles sans perdre de temps sur les données accessoires, ou ils peuvent fournir un effort supplémentaire lorsque ce sera vraisemblablement utile. La sélectivité est peut-être un sous-ensemble de toutes les autres dimensions; on l'a utilisée suffisamment fréquemment dans les descriptions de la compétence pour qu'elle mérite sa propre dimension. Comme nous l'avons vu précédemment, la sélectivité se retrouve aux niveaux plus élevés de la compétence et elle pourrait s'avérer être un indicateur très puissant de la compétence globale lorsqu'on l'utilise à des fins d'évaluation.

e) Professionnalisme : Agir de façon professionnelle est une habileté complexe comportant de multiples facettes, mais qui a peu d'effet par elle-même;⁷ elle constitue toutefois une habileté complémentaire absolument nécessaire pour exercer avec compétence. Elle facilite l'utilisation des autres habiletés lorsqu'on prend en charge des problèmes et elle améliore les chances d'une résolution fructueuse, alors que les actions non professionnelles sont habituellement extrêmement préjudiciables, même lorsque les autres habiletés sont de bonne qualité. Cette dimension est celle qui a été la 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 en général; elle comprend les questions éthiques ainsi que la plupart des aspects entourant l'apprentissage continu et le maintien de la qualité des soins; elle englobe également des attitudes importantes comme la bienveillance et la compassion.

f) Habiletés techniques : Dans le sondage initial, il n'a pas été mentionné fréquemment que des techniques spécifiques et autres habiletés psychomotrices étaient caractéristiques de la compétence. Cette situation n'était pas surprenante parce que la compétence qui nous intéresse est davantage une question d'individus qui connaissent leur compétence ou leur incompetence avec certains actes techniques et qui respectent ces limites, plutôt que d'être capables d'exécuter une liste infinie et non spécifiée d'actes techniques. La certification doit témoigner, cependant, que le certifié est compétent, au début d'une pratique autonome, pour exécuter un certain nombre d'actes techniques. Pour ces raisons, les habiletés techniques ont été ajoutées comme sixième dimension en termes d'habiletés, et on a adopté des mesures visant à définir cette dimension aux fins de l'évaluation.

2. La phase de la rencontre clinique :

La compétence a également été couramment décrite en termes de phase de la rencontre clinique sans référer à un problème clinique spécifique, p. ex. « obtenir une anamnèse ciblée, générer un bon diagnostic différentiel, orienter lorsque indiqué ». On a regroupé ensemble dans cette dimension unique, toutes les réponses obtenues lors du sondage en utilisant les huit sous-titres suivants, ou phases :

- i. Génération d'hypothèses (ou diagnostic différentiel précoce)

⁷ Toutefois, lorsque tout semble défailir, agir de façon professionnelle (dans son sens le plus large et c'est celui utilisé ici) constitue peut-être le meilleur indicateur de la compétence et représente l'habileté la plus utile que nous puissions manifester.

- ii. Anamnèse (recueil de l'information appropriée)
- iii. Examen physique (recueil de l'information appropriée)
- iv. Investigation (recueil de l'information appropriée)
- v. Diagnostic (interprétation de l'information) (Le terme « diagnostic » est utilisé dans son sens général et comprend donc l'identification du problème)
- vi. Traitement (ou prise en charge)
- vii. Suivi
- viii. Aiguillage ou orientation

Les sous-titres ont été choisis comme début de définition de l'activité principale dans chaque phase. Les clarifications entre parenthèses après les sous-titres ont pour but de nous rappeler que les processus impliqués sont très différents d'un point de vue cognitif : l'interprétation d'une anamnèse est très différente de son recueil, et les implications sont très différentes pour l'évaluation de la compétence. Même si ces sous-titres sont semblables à ceux que l'on retrouve dans les habiletés de raisonnement clinique, de fait, ils réfèrent principalement à la phase et non à l'habileté cognitive : toutes les six dimensions en termes d'habiletés pourraient s'appliquer à l'une ou l'autre des huit phases. Le fait d'avoir séparé ces dimensions de la définition augmente notre degré de précision lorsque nous planifions ou procédons à une évaluation de la compétence. La résolution compétente d'un problème peut nécessiter l'utilisation d'une habileté particulière dans une phase précise de la rencontre clinique; l'habileté requise et la phase pertinente peuvent être totalement différentes pour un autre problème.

3. Les sujets prioritaires : Ces sujets ne constituent qu'une partie, même si c'est la plus importante, des situations que l'on retrouve dans notre domaine de compétence en médecine familiale, aux fins de l'évaluation de la compétence pour la certification; les deux autres parties sont les actes techniques de base et les thèmes pour les comportements observables. La justification de ces deux dernières parties est cependant devenue très évidente après le développement des éléments clés pour les sujets prioritaires. Pour cette raison, cette section présentera d'abord certains détails sur les sujets et leurs éléments clés. Cette information contribuera à mieux comprendre la présentation ultérieure des actes techniques de base, des thèmes et des comportements observables.

Le sondage : La première question du sondage était : « *Faire une liste des situations cliniques ou des problèmes les plus importants qu'un nouveau médecin de famille praticien devrait avoir la compétence de résoudre* ». Les réponses ont fait l'objet d'une compilation qui a retenu la terminologie et le niveau de spécificité des réponses, lorsque possible. On a ensuite identifié des synonymes raisonnables et on les a convertis en une formulation unique en choisissant habituellement celle qui était utilisée le plus fréquemment. Il en est résulté une liste totalisant 99 sujets différents. Puis, on a calculé les fréquences des réponses pour chacun des sujets. Vous trouverez à la page 23, sous forme de tableau, la présentation des sujets et leurs fréquences.

À noter particulièrement deux caractéristiques de ce tableau :

Le tableau montre une fréquence « biaisée » des mentions de chaque sujet, avec quelques sujets mentionnés beaucoup plus fréquemment que d'autres. Il serait possible de limiter les sujets pour

l'évaluation à un nombre inférieur à 99 : il faut cependant se rappeler que nous sommes avant tout intéressés par les habiletés utilisées pour prendre en charge des problèmes dans chacun des sujets et moins intéressés par les sujets eux-mêmes. Par contre, nous avons besoin de savoir que le certifié est compétent pour résoudre un nombre suffisant de problèmes spécifiques et qu'il possède les habiletés générales. Il ne semble donc pas déraisonnable d'utiliser la totalité des 99 sujets comme étant le domaine pour l'évaluation. Certains arguments pourraient justifier la pertinence de baser l'évaluation sur les sujets apparaissant dans le premier tiers de la liste plutôt que sur les sujets du dernier tiers, puisque ceux-ci n'ont pas été mentionnés très souvent.

La terminologie utilisée pour les sujets est extrêmement variée : les médecins de famille praticiens utilisent une taxonomie éclectique pour décrire les problèmes à résoudre. On y retrouve de nombreux diagnostics, symptômes, présentations et tâches; on y retrouve également des rôles (dépistage/examen médical périodique), des groupes (immigrants, nouveau-nés, personnes âgées), des questions (style de vie), des situations (problèmes familiaux, patients difficiles) et même certains sujets (antibiotiques). La plupart de ces termes sont toutefois très familiers à la plupart des médecins et ils sont faciles à comprendre. On y retrouve quelques exceptions (p. ex. « chez l'enfant »), mais on peut en comprendre l'interprétation en regardant les éléments clés de ces sujets.

| Fréquences des sujets mentionnés dans le sondage initial | | | |
|--|-----------------|--------------------------------|-----------------|
| SUJETS | Taux de mention | SUJETS | Taux de mention |
| Dépression | 87 % | Problèmes comportementaux | 10 % |
| Anxiété | 87 % | Allergie | 10 % |
| Abus de substances | 60 % | Problèmes médicaux multiples | 9 % |
| Cardiopathie ischémique | 52 % | Étourdissements | 9 % |
| Diabète | 51 % | Counseling | 9 % |
| Hypertension | 50 % | Otalgie | 9 % |
| Grossesse | 48 % | Deuil | 8 % |
| Céphalée | 43 % | Thyroïde | 8 % |
| Dépistage/examen médical périodique | 42 % | Accident vasculaire cérébral | 8 % |
| Soins palliatifs | 40 % | Vaginite | 7 % |
| Problèmes familiaux | 37 % | Insomnie | 7 % |
| Douleur abdominale | 36 % | Infections | 7 % |
| Infection des voies respiratoires supérieures | 35 % | Anémie | 6 % |
| Patient difficile | 35 % | Immunisation | 6 % |
| Violence conjugale | 33 % | Réanimation cardiorespiratoire | 6 % |
| Asthme | 33 % | Saignement gastro-intestinal | 5 % |
| Douleur thoracique | 32 % | Obésité | 5 % |
| Démence | 32 % | Lacérations | 5 % |
| Lombalgie | 32 % | Troubles alimentaires | 5 % |
| Maladie chronique | 29 % | Antibiotiques | 5 % |
| Personnes âgées | 29 % | Stress | 4 % |
| Contraception | 28 % | Prostate | 4 % |
| Sexe | 28 % | Fracture | 4 % |
| Ménopause | 27 % | Nouveau-né | 4 % |
| Trouble articulaire | 26 % | Immigrants | 4 % |
| Infections transmissibles sexuellement | 24 % | Thrombose veineuse profonde | 4 % |
| Soins au bébé bien portant | 24 % | Hépatite | 3 % |
| Schizophrénie | 23 % | Fibrillation auriculaire | 3 % |
| Affections cutanées | 23 % | Parkinsonisme | 3 % |
| Incapacité | 20 % | Apprentissage | 3 % |
| Trouble de la personnalité | 19 % | Convulsions | 3 % |
| Fatigue | 18 % | Infertilité | 3 % |
| Style de vie | 18 % | Perte de poids | 2 % |
| Infection urinaire | 16 % | Compétence mentale | 2 % |
| Maladie pulmonaire obstructive chronique | 16 % | Ostéoporose | 2 % |
| Traumatisme | 16 % | Perte de conscience | 2 % |
| Cancer | 16 % | Yeux rouges | 2 % |
| Saignement vaginal | 15 % | Laryngotrachéite | 2 % |
| Fièvre | 15 % | Intoxication | 2 % |
| Cessation du tabagisme | 15 % | Méningite | 2 % |
| Mauvaises nouvelles | 14 % | Médecine des voyageurs | 2 % |
| Patient violent/agressif | 14 % | Déshydratation | 1 % |
| Suicide | 14 % | Diarrhée | 1 % |
| Bosse au sein | 14 % | Cervicalgie | 1 % |
| Dyspepsie | 13 % | Crise | 1 % |
| Hyperlipidémie | 13 % | Dysurie | 1 % |
| Pneumonie | 13 % | Viol/agression sexuelle | 1 % |
| Chez l'enfant | 13 % | Questions spécifiques au sexe | 1 % |
| Toux | 12 % | Épistaxis | 1 % |
| Somatisation | 12 % | | |

Trois questions demandées fréquemment concernant les sujets prioritaires.

1. Cette liste est-elle valide? La réponse est évidemment oui. Un deuxième sondage a été réalisé auprès d'un groupe différent mais représentatif de médecins de famille. On a constaté une corrélation extrêmement élevée entre les sujets mentionnés et les fréquences relatives des mentions.

2. La liste devrait-elle inclure d'autres sujets? Il est beaucoup plus important d'exclure des sujets ou du matériel dont on n'a pas démontré la validité par une évaluation que d'inclure tout le matériel potentiellement valide. Les sujets qui figurent présentement à la liste ont été validés et couvrent un vaste territoire. La compétence démontrable à bien s'occuper de ces sujets nous permet de conclure de façon plausible que le candidat possède la compétence pour exercer toutes les composantes de la médecine familiale, et c'est là le rôle de l'évaluation et de la certification. Nous ne devrions pas nous sentir obligés d'ajouter un plus grand nombre de sujets, même si nous devrions établir un mécanisme visant à revoir régulièrement la liste des sujets prioritaires d'une manière structurée et valable.

3. Ces sujets ne sont-ils pas un peu trop vastes pour orienter utilement la conception des évaluations? C'est une bonne observation. Les objectifs d'évaluation qui ne dépassent pas ce niveau (comme c'est souvent le cas) ne sont pas suffisamment détaillés pour nous aider à réaliser les cinq objectifs d'une évaluation réussie, comme nous l'avons déjà mentionné. Pour traiter de ces sujets dans le contexte spécifique de la médecine familiale, nous devons identifier les étapes critiques, les niveaux plus élevés de la compétence et les habiletés nécessaires pour prendre en charge chacune des situations dans chacun des sujets. Ceci a d'abord été fait en utilisant l'analyse des éléments clés, telle que décrite ci-dessus et ci-dessous.

4. Éléments clés :

Une analyse des éléments clés identifie deux choses : elle identifie d'abord les situations spécifiques qui sont les plus déterminantes de la compétence dans un sujet; elle identifie ensuite les étapes et les processus critiques ou essentiels de la résolution compétente de chacune des situations. L'élément clé est l'interaction entre le problème et les dimensions de la compétence nécessaire pour le résoudre; l'élément clé clarifie également, implicitement ou explicitement, le « comment » et le « pourquoi » de la compétence à faire les choses pour ce problème particulier.

Règle générale, les éléments clés sont des actions observables. Ce sont des processus ou des habiletés, et non pas simplement des connaissances. À cet égard, ils cadrent parfaitement bien avec la tendance actuelle vers l'enseignement et l'évaluation axés sur la « compétence ». Les éléments clés ne sont pas seulement spécifiques à un problème ou à une situation; ils sont également spécifiques à une discipline. En développant des éléments clés spécifiques à chaque sujet, nous pouvons ajouter l'interaction problème-tâche à notre définition de la compétence.

Les éléments clés sont générés à partir de l'expérience clinique et non pas à partir de considérations théoriques ou de recensions de la littérature. Le nombre d'éléments clés variera grandement d'un

problème à l'autre. Ce nombre est essentiellement déterminé par les divers éléments considérés essentiels pour la résolution compétente de ce problème clinique. Les éléments clés sont déterminés par un groupe de pairs praticiens à l'aide d'un processus réfléchi et itératif. L'approche est intentionnellement sélective; elle couvre seulement ce qui caractérise la compétence.

Alors, comment ces caractéristiques des éléments clés se prêtent-elles particulièrement bien à la tâche qui nous incombe, soit d'évaluer la compétence en médecine familiale? Les éléments clés permettent cette évaluation en favorisant la validité et la fiabilité des tests. Ils sont valides pour deux raisons principales :

- Ils sont générés par un groupe de médecins praticiens qui basent leur analyse sur la résolution de problèmes réels en médecine familiale.
- Ils identifient les niveaux plus élevés de compétence, et ce sont ces niveaux qui différencient le mieux, pendant le processus de certification, le praticien compétent de celui qui n'est pas encore tout à fait compétent.

Les éléments clés aident à améliorer la fiabilité en permettant une évaluation sélective, en se concentrant sur les habiletés susceptibles d'établir une différence entre les candidats et en identifiant les critères qui peuvent être utilisés pour évaluer objectivement les performances dans des situations de tests. Les éléments clés ne sont pas par eux-mêmes des items d'examen mais ce sont des indications qui suggèrent clairement le contenu et la forme des items à utiliser qui seraient les plus appropriés.

En bref, les éléments clés permettent à l'évaluation de se concentrer sur les habiletés qui établissent une distinction équitable, valide et objective entre les médecins compétents et ceux qui ne sont pas encore tout à fait compétents. L'expérience a d'ailleurs démontré qu'il est possible d'obtenir des résultats fiables assez rapidement lorsque le test est élaboré à partir d'éléments clés. Les éléments clés sont également assez intuitifs (contrairement à leur processus de développement qui est beaucoup moins intuitif); pour cette raison, les évaluations basées sur les éléments clés sont habituellement bien acceptées de tous comme étant valides ou authentiques. De plus, puisqu'ils sont le reflet des performances reliées à la compétence véritable, les évaluations qui reposent sur les éléments clés tendent à stimuler un apprentissage approprié.

Les éléments clés pour les sujets prioritaires : Comme il a déjà été mentionné dans la section initiale de ce rapport, un élément clé spécifie un point de départ clinique ou situationnel particulier dans un sujet, puis il identifie une tâche ou une action à effectuer qui est essentielle pour la résolution compétente du problème à résoudre. Elle spécifie, implicitement ou explicitement, les dimensions de l'habileté et de la phase impliquées. Il est important d'insister sur le fait que, pendant le développement d'un élément clé, il n'y a aucune détermination préconçue des habiletés ou des phases à inclure — elles sont déterminées par le problème lui-même et par les processus requis pour sa résolution compétente. Chaque élément clé devient donc une minicompétence, spécifique au problème en question, et elle contient suffisamment de détails pour être utilisée comme un objectif d'évaluation qui orientera clairement l'évaluation dans la direction voulue. Tous les éléments clés sont présentés par sujet dans la Partie II.

Une évaluation basée sur tous les éléments clés pour un sujet devrait déterminer dans quelle mesure on a atteint la compétence pour ce sujet; une évaluation basée sur les éléments clés de tous les sujets

prioritaires devrait déterminer dans quelle mesure on a atteint la compétence pour cette définition du domaine de la compétence de la médecine familiale. Il devient donc important de savoir dans quelle mesure une évaluation couvrirait adéquatement toutes les dimensions (habiletés et phases) de la compétence que nous avons antérieurement identifiées comme essentielles. À cette fin, la dernière étape du développement de chacun des éléments clés a été de lui assigner un code pour les dimensions en termes d'habiletés et des phases qu'elle permet d'évaluer, en allouant un maximum de deux habiletés et de deux phases par élément clé. Ces codes ne sont pas encore visiblement rattachés à leurs éléments clés dans le présent rapport; ils sont toutefois disponibles dans les documents de travail. Cependant, la compilation globale est disponible pour tous les éléments clés de la totalité des 99 sujets prioritaires; on la retrouve dans le tableau suivant.

Encodage descriptif des éléments clés :

On a généré un total de 773 éléments clés pour les 99 sujets, pour une moyenne de 7,8 éléments clés par sujet. Les implications des fréquences relatives dans les cellules sont discutées ci-dessous.

| Dimensions des habiletés | % éléments clés | Dimension des phases | % éléments clés | | |
|--|-----------------|--|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Approche centrée sur le patient | 14 % | Génération d'hypothèses (= diagnostic différentiel préliminaire) | 22 % | Recueil = 47 % | Dia- gnostic = 63 % |
| Habiletés de communication | 4 % | Anamnèse | 14 % | | |
| Habiletés de raisonnement clinique | 60 % | Examen physique | 4 % | | |
| Sélectivité | 16 % | Investigation | 7 % | | |
| Professionalisme | 5 % | Diagnostic (comprend l'identification du problème) | 16 % | Interprétation = 16 % | |
| Psychomoteur | 1 % | Traitement | 30 % | Prise en charge = 37 % | Prise en charge = 37 % |
| | | Suivi | 5 % | | |
| | | Aiguillage ou orientation | 2 % | | |
| 1080 codes pour 773 éléments clés = 1,4 code/élément clé | | 1128 codes pour 773 éléments clés = 1,5 code/élément clé | | | |

Pourcentages relatifs des dimensions en termes d'habiletés : Ces pourcentages ne sont aucunement le reflet de l'importance relative de ces dimensions; ils signifient simplement que l'analyse des éléments clés des sujets prioritaires identifie de nombreuses opportunités d'évaluer trois des dimensions des habiletés, mais peu d'occasions de le faire pour trois autres dimensions, nommément les habiletés de

communication, le professionnalisme et les habiletés techniques. Nous devons définir ces trois dernières par un processus complémentaire et prévoir leur évaluation par des moyens parallèles.

Comme nous l'avons déjà mentionné, une liste des techniques de base (analogue à la liste des sujets prioritaires) a été élaborée et on a développé les éléments clés pour les habiletés techniques. On peut se servir de cette dernière comme guide de l'évaluation de la compétence pour les techniques individuelles. Vous trouverez plus loin dans le document la liste des techniques de base et leurs éléments clés.

Pour le professionnalisme et les habiletés de communication, les définitions ont été réalisées en utilisant notre approche de « comportements observables ». Cette méthode a brièvement été introduite plus tôt dans ce rapport et elle sera élaborée davantage ci-dessous dans « Les thèmes et les comportements observables ».

Un autre point important n'apparaît pas dans ce tableau — même si l'occasion d'évaluer l'approche centrée sur le patient est amplement fournie, les éléments clés n'offrent pas beaucoup d'orientation spécifique pour savoir comment évaluer ou juger cette compétence de façon objective. Pour cette raison, nous avons également généré certains comportements observables pour faciliter l'évaluation de cette dimension. Ils découlent directement de l'excellent matériel déjà publié sur cette dimension, et on en retrouve une liste avec les autres objectifs d'évaluation dans la Partie II. Si plus de détails étaient nécessaires, il est possible d'en générer *de novo*; on pourrait également le faire en utilisant le même matériel publié.

Pourcentages relatifs pour la dimension des phases : Les trois colonnes montrent les regroupements progressifs des fréquences en termes des différentes tâches cliniques, lesquelles nécessitent des habiletés cognitives quelque peu différentes. Encore une fois, toutes les phases sont importantes pour la compétence globale, mais nous interprétons ces chiffres pour indiquer l'importance relative des différentes habiletés cognitives pour nous occuper des sujets prioritaires en médecine familiale, en contraste avec les dimensions des habiletés. Nous voyons que les habiletés essentielles pour la majorité des éléments clés concernent le diagnostic (63 %), et que près de la moitié (47 %) concernent le processus actif de recueil de données pertinentes pour en arriver à un diagnostic adéquat. Seize pour cent concernent la capacité de poser d'un diagnostic avec certaines données, et un peu plus du tiers concernent la prise en charge. Ces chiffres sont importants pour deux raisons. Premièrement, les habiletés de recueil des données dans ce contexte représentent un niveau de compétence plus élevé que les habiletés d'interprétation des données ou les choix de la prise en charge. Deuxièmement, les évaluations traditionnelles se sont souvent concentrées davantage sur la prise en charge et ont négligé les phases diagnostiques, les jugeant trop difficiles à évaluer ou trop fondamentales pour être importantes. C'est le contraire qui est vrai. Les niveaux de compétence plus élevés (représentés ici par les habiletés diagnostiques) sont des facteurs de prédiction de la compétence globale bien meilleurs que les niveaux plus faibles, par exemple les choix de prise en charge qui sont habituellement très spécifiques au problème. Alors que la compétence nécessite évidemment une démonstration de l'habileté à résoudre de nombreux problèmes en médecine familiale, il est beaucoup plus important de concentrer nos efforts sur les niveaux plus élevés si nous voulons que notre processus d'évaluation soit valide et efficace.

Sommes-nous certains que ces éléments clés sont ceux qui sont appropriés? On peut poser des questions semblables concernant la validité et l'inclusivité des éléments clés comme ce fut le cas pour les sujets : est-ce que d'autres groupes de médecins développeraient des éléments clés différents, et l'inclusion des autres améliorerait-elle le processus d'évaluation?

La réponse à la première question est oui, et à la seconde, non. La méthode des éléments clés a été validée ailleurs et une étude de validation de nos éléments clés montre qu'un groupe différent de médecins a accepté plus de 95 % des éléments clés. Cet autre groupe a effectivement suggéré d'ajouter certains, mais ils portaient sur les mêmes concepts avec des exemples différents. Alors, nous avons confiance que les éléments clés actuels sont plus que suffisants même s'ils ne sont pas absolument complets. Encore une fois, il est important d'établir un mécanisme pour l'examen continu des éléments clés, mais nous ne nous attendons pas à ce qu'ils changent de façon significative à court terme.

Comment passe-t-on des éléments clés aux évaluations? Les éléments clés sont le point de départ du développement des divers instruments ou situations d'évaluation, à la fois formels et informels, que l'on peut utiliser dans l'ensemble d'un processus de certification. Les éléments clés servent également comme points de référence et d'indications dans toutes les activités d'évaluation, puisqu'ils sont une composante majeure de notre définition opérationnelle de la compétence. Ils constituent l'une des solutions pour maintenir la validité tout au long du processus de certification.

Pour finir cette présentation, il reste les trois secteurs mal définis par l'analyse des éléments clés : les habiletés techniques, les habiletés de communication et le professionnalisme.

5. Les actes techniques de base et leurs éléments clés :

Les habiletés techniques constituent un bon exemple des différents niveaux de compétence. Pour chaque acte technique pris séparément, les habiletés cognitives sont généralement de bas niveau : l'acte technique est appris et pratiqué et devient routine. Les indications et les contre-indications, les décisions d'effectuer ou non cet acte technique, et le choix entre les diverses approches possibles à un problème sont des exemples de plus haut niveau de compétence. En règle générale, l'individu qui a atteint des niveaux plus élevés de compétence

- ne posera pas un acte pour lequel il n'est pas compétent, et
- fera en sorte d'apprendre à poser un acte dont il aura besoin au sein de sa pratique.

C'est certainement l'aspect le plus important de la compétence à évaluer pour la certification.

Toutefois, la certification ne peut pas se limiter à ce niveau. Une pratique autonome exige un certain niveau de compétence expérientielle; elle implique que le praticien possède des habiletés techniques pour poser un certain nombre d'actes. Le défi est de définir ces actes essentiels ou de base. Très peu (1 %) d'éléments clés pour les sujets prioritaires impliquaient des habiletés techniques pour leur résolution. Il a donc été décidé de faire appel à un processus parallèle pour mieux définir la compétence dans cette dimension d'habiletés.

Cette tâche a été effectuée par un autre groupe de travail qui a sondé un groupe de médecins de famille praticiens afin d'identifier et de valider une liste d'actes techniques de base pour initier une pratique

autonome. Le groupe a identifié 65 actes techniques de base et 15 actes techniques plus complexes. Les 65 actes techniques de base sont ceux qui serviront à évaluer la compétence — on en trouvera la liste dans la Partie II. Il faut se souvenir que ce ne sont pas seulement les aspects techniques des actes individuels qui sont importants. Les niveaux plus élevés de compétence seront également évalués, comme toujours, dans le contexte de la médecine familiale : les détails de ceux-ci ont été définis par une analyse d'éléments clés que l'on pourra également retrouver avec les actes techniques de base dans la Partie II.

6. Les thèmes et les comportements observables :

Les deux autres dimensions des habiletés qui n'étaient pas bien définies par l'analyse des éléments clés des sujets prioritaires ne sont pas les moins importantes — de fait, les dimensions du professionnalisme et des habiletés de communication sont souvent négligées dans une évaluation rigoureuse, alors qu'une compétence déficiente dans ces dimensions aura des effets négatifs qui affecteront également toutes les autres dimensions. Ces dimensions furent définies par une approche de groupe de discussion, en s'inspirant des informations provenant de sources variées et en développant d'abord une série de thèmes sous chaque dimension. Cette démarche a été suivie par un processus d'itération multiple afin d'identifier, sous chaque thème, des comportements révélateurs de la compétence, ou de l'absence de compétence. Le processus s'est poursuivi jusqu'à la satisfaction ou la saturation. Les comportements devaient être observables (c'est-à-dire, potentiellement évaluables d'une façon assez objective); de là le terme « comportements observables ».

Ce processus est analogue à l'analyse des éléments clés; il y a toutefois deux différences importantes. Premièrement, il est basé sur une dimension plutôt que sur un sujet; nous avons débuté avec la dimension en identifiant des comportements observables révélateurs de la compétence (ou de l'absence de compétence) dans cette dimension dans certaines situations en médecine familiale. Deuxièmement, alors que l'analyse des éléments clés identifie un sous-ensemble de situations et de compétences jugées révélatrices de la compétence globale dans le sujet en question, l'analyse des comportements observables ne vise pas le même objectif : on établit une liste de tous les comportements potentiellement révélateurs, autant majeurs que mineurs, et aucun sous-ensemble particulier n'a été identifié à ce stade-ci comme étant absolument essentiel à la compétence. Ceci pourrait s'avérer un exercice utile dans l'avenir.

Nous présentons ici les thèmes des deux dimensions — quant aux comportements observables eux-mêmes, ils sont présentés dans la Partie II.

Habiletés de communication :

Voici les thèmes ou les sous-ensembles des habiletés. À noter que, pour cette dimension, les comportements observables ont connu un double développement, l'un pour la communication avec les collègues et l'autre pour la communication avec les patients. On y retrouve un chevauchement considérable malgré des différences importantes.

1. Habiletés d'écoute
2. Habiletés d'expression

- i. Expression verbale
- ii. Expression écrite
- iii. Consignation au dossier
- 3. Habiletés non verbales
 - i. Expression
 - ii. Réceptivité
- 4. Adaptation à l'âge et à la culture
- 5. Attitudes

Professionalisme :

Savoir comment agir professionnellement et l'appliquer constamment dans la réalité ne sont pas une seule et même chose; ceci a des implications majeures pour le contexte de toute évaluation.

L'évaluation devrait probablement être basée sur des observations de comportements dans des situations de vie et de temps réels — elle se prête mal à une évaluation dans des situations simulées.

Dans cette dimension, on a défini que la compétence était démontrée par une série de comportements observables que l'on a regroupés sous 12 thèmes. Vous trouverez ci-après la liste de ces thèmes. La liste des comportements observables se trouve dans la Partie II.

1. Le médecin démontre par son comportement quotidien qu'il est responsable, fiable et digne de confiance.
2. Le médecin connaît les limites de sa compétence clinique et recherche de l'aide de façon appropriée.
3. Le médecin démontre une approche souple, ouverte, sans parti pris, ingénieuse et capable d'affronter l'incertitude.
4. Le médecin manifeste sa confiance sans arrogance et cette attitude se manifeste même lorsqu'il a besoin d'obtenir des renseignements supplémentaires ou de l'aide.
5. Le médecin démontre une attitude bienveillante et compatissante.
6. Le médecin démontre du respect envers les patients à tous les égards, maintient une distance et des limites appropriées, et s'implique dans le bien-être du patient. Ceci comprend sa gestion du temps, sa disponibilité et sa volonté d'évaluer le rendement.
7. Le médecin démontre du respect pour les collègues et les membres de l'équipe.
8. Le médecin démontre par ses discussions et son comportement quotidiens qu'il est éthique et honnête.
9. Le médecin démontre ses habiletés à exercer une médecine basée sur des preuves. Ceci implique non seulement une capacité d'évaluation critique et de gestion de l'information, mais aussi sa capacité appropriée d'apprendre des collègues et des patients.
10. Le médecin manifeste son engagement envers le bien-être de la société et de la collectivité.
11. Le médecin manifeste son engagement envers sa santé personnelle et recherche un équilibre entre sa vie personnelle et ses responsabilités professionnelles.

12. Le médecin démontre une approche attentive envers la pratique en maintenant son calme, une sérénité et une égalité d'humeur, même dans des situations difficiles, et en s'engageant dans un dialogue réfléchi concernant les valeurs et les motivations.

IV. Mise en application des objectifs d'évaluation

À ce stade-ci, le principal groupe ciblé par cette section est celui des étudiants et de leurs précepteurs, ainsi que l'utilisation des objectifs d'évaluation pendant la formation et la supervision quotidienne. On les utilise déjà dans d'autres contextes qui sont discutés ailleurs.

La première recommandation peut sembler paradoxale, mais il devrait améliorer les chances de débiter et, éventuellement, d'utiliser les objectifs d'évaluation à leur plein potentiel.

- 1) **Ne lisez pas tout le détail des objectifs d'évaluation** : Les précepteurs et les étudiants devraient débiter leurs interventions en prenant l'habitude de prendre des notes sur le terrain après la plupart des rencontres cliniques supervisées afin de stimuler la discussion, d'identifier les étapes essentielles dans la résolution (ou non) de la situation en cause, de réfléchir sur la performance réalisée en relation avec ces étapes et de documenter un ou deux points qui semblent les plus utiles. Débutez en vous concentrant, autant sinon plus, sur le processus (« le pourquoi » et « le comment ») que sur les résultats, en portant une attention particulière au raisonnement diagnostique et à la prise de décision. Plusieurs de ces étapes sont déjà effectuées, mais souvent sans prise de conscience des processus cognitifs impliqués, et sans être toujours capable d'articuler les jugements, la réflexion et la rétroaction qui seront très utiles dans l'acquisition de la compétence. Une telle approche analytique et répétitive deviendra graduellement intuitive, autant pour les étudiants que pour les précepteurs. Il serait maintenant temps, si ce n'est pas déjà fait, de connaître le détail des objectifs d'évaluation.
- 2) **Consultez les objectifs d'évaluation pour faciliter l'articulation de l'analyse, la réflexion et la rétroaction sur les performances cliniques, soit par la supervision, soit par l'autoévaluation** : Une bonne partie des difficultés éprouvées avec les évaluations en cours de formation provient de l'incapacité d'articuler clairement et objectivement pourquoi une performance satisfait ou non les normes de compétence et de préciser les changements à apporter pour atteindre la compétence. La situation d'échec est particulièrement problématique, puisque le résultat est souvent une réponse vague d'un précepteur, ou l'absence de commentaires et de documentation utile concernant une série de performances sous la moyenne, avec l'absence de rétroaction utile et constructive pour apporter des changements. De la même façon, une performance apparemment compétente mérite souvent une analyse et une rétroaction plus perspicaces, de sorte qu'on peut identifier et corriger toute faiblesse mineure continue ou, si tout semble aller véritablement bien, on pourra alors concentrer l'enseignement et l'apprentissage futurs dans d'autres domaines.

Les objectifs d'évaluation fournissent cette articulation pour la plupart des situations rencontrées pendant la formation en médecine familiale. D'une façon utile, ils dépersonnalisent également les jugements et la rétroaction, les rendant plus faciles à accepter en offrant, de

façon pragmatique, des points de référence clairs et des descriptions justifiées de la compétence.

- 3) *Utilisez les objectifs d'évaluation pour structurer, organiser et documenter les progrès vers la compétence*** : Les objectifs d'évaluation procurent un cadre de référence et des indications claires pour atteindre et démontrer la compétence en médecine familiale. On peut également les appliquer régulièrement pour la supervision clinique quotidienne non structurée, pour les observations directes planifiées, ou pour toute activité d'évaluation structurée. Ils s'avèrent particulièrement utiles pour l'étudiant éprouvant des difficultés — il est plus facile de définir certaines zones de faiblesse, ce qui permet des prescriptions éducatives spécifiques et, au besoin, une évaluation plus poussée dans ces zones spécifiques.

Certains pourront préférer des notes sur le terrain plus structurées, même pour les supervisions non structurées. On peut se servir des objectifs d'évaluation pour développer les dimensions des habiletés, la phase de la rencontre clinique, les sujets prioritaires et les actes techniques. Quelle que soit la structure utilisée, la rétroaction et la documentation devraient s'inspirer des éléments clés ou des comportements observables. Il est également important de rappeler que, pour la plupart des interactions cliniques précepteur - étudiant, l'analyse et la rétroaction devraient se limiter à un ou deux points ou zones spécifiques.

Les objectifs d'évaluation sont conçus pour utilisation individuelle, mais on peut évidemment les utiliser pour planifier des activités d'apprentissage en groupe — on peut réviser certains sujets en passant par les éléments clés. Les objectifs tendent aussi à identifier des prototypes d'incidents critiques, de sorte qu'on peut les discuter d'avance — on ne peut réellement enseigner la sagesse et l'expérience, mais on peut communiquer à l'avance certaines des leçons apprises.

Les développements futurs peuvent inclure les notes sur le terrain spécifiques à certains sujets ou certaines dimensions, peut-être même générées par ordinateur sur demande.

L'enregistrement et la compilation électroniques permettraient des révisions d'accès facile des progrès réalisés et faciliteraient la planification de la formation future. À ce stade-ci, il n'y a peut-être pas de limites aux façons d'utiliser les objectifs d'évaluation — on espère que les expériences et les nouvelles idées seront partagées, au grand bénéfice de tous.

- 4) *Autres utilisations des objectifs d'évaluation*** : Les objectifs d'évaluation sont déjà utilisés pour concevoir et développer les examens de certification. Ils pourraient de plus servir de bien d'autres façons.

Niveaux de compétence, compétence de base : En utilisant les objectifs d'évaluation, il est possible de définir les performances attendues à certains niveaux de la formation. Ceci pourrait s'avérer utile dans les décisions entourant la promotion, les équivalences de la formation antérieure, les besoins de formation additionnelle, etc.

Élaboration du curriculum : L'élaboration du curriculum est une question complexe comportant beaucoup de facteurs limitatifs. La mesure de la pertinence d'une activité ne devrait cependant plus être son nom et sa durée. La mesure devrait être la contribution de l'activité à l'acquisition

progressive des compétences, ainsi que le niveau avec lequel on peut démontrer qu'elle satisfait à cet objectif. Les objectifs d'évaluation fournissent un outil de référence pratique permettant de comparer et de juger un curriculum et ses différentes parties. Leur structure permet des comparaisons honnêtes et des jugements transparents, facilitant l'établissement de changements dans une activité existante ou la mise en place d'une nouvelle activité. De cette façon, on peut les utiliser pour l'amélioration continue de la qualité et s'assurer que nos programmes d'études en médecine familiale évoluent de façon dynamique alors que nous déployons des efforts pour nous assurer que nos programmes de formation favorisent, d'une manière efficace et prévisible, l'acquisition de toutes les compétences requises du médecin de famille dans la société d'aujourd'hui.

Définir la spécialité de médecine familiale, avec des commentaires sur la formation postdoctorale et prédoctorale : De nombreuses caractéristiques définissent une spécialité ou une discipline médicale; elles peuvent comporter de multiples variantes ou même des sous-spécialités. Toutefois, dans une spécialité, on retrouve habituellement une compétence centrale identifiable et commune à toutes ces variantes et sous-spécialités. Cette situation s'applique à la médecine familiale, et les objectifs d'évaluation représentent une définition opérationnelle de cette compétence centrale, c'est-à-dire celle qui devrait être commune à tous les médecins de famille. Comme tels, on peut les utiliser pour déterminer les ressources nécessaires pour offrir la formation commune appropriée et l'évaluation de la compétence, ainsi que pour justifier ces besoins auprès des institutions universitaires, des organismes chargés de la délivrance des permis d'exercice, des gouvernements provinciaux et de la société en général. Cette définition de la médecine familiale basée sur la compétence est très transparente, et le lien entre le résultat désiré (médecins de famille compétents) et la formation postdoctorale requise (dans quel milieu clinique, avec quelle sorte de précepteurs et à quel niveau de compétence désirée) devrait être tout aussi transparent. Elle est également passablement détaillée et factuelle ou objective, de façon à permettre l'identification des redondances et des vides laissés par inadvertance et d'apporter des modifications correctrices spécifiques et limitées, sans changer tout le programme des études.

Cette définition basée sur la compétence permet également à ceux qui sont impliqués dans la formation prédoctorale de penser à l'avenir et de songer aux compétences requises pour exercer la médecine familiale. À ce niveau, les modifications du programme des études peuvent alors mieux préparer les étudiants à leur formation postdoctorale en médecine familiale, et elles peuvent être en mesure de justifier encore plus de changements significatifs du programme des études afin d'atteindre des objectifs qui visent des compétences communes à plus d'une spécialité. Nos objectifs d'évaluation définissent la nature de la compétence au point d'entrée dans une pratique autonome de la médecine familiale. Par contre, rien dans notre définition ne précise quand ces compétences doivent être acquises et dans quel ordre. De façon plus appropriée, ce domaine relève des éducateurs, ceux qui s'occupent de la formation à tous les niveaux, en concevant des activités de programme et de supervision, et en évaluant, sur une base régulière, la progression vers la compétence désirée et la compétence globale. Encore une fois, les objectifs d'évaluation sont une référence essentielle et un outil utile pour en arriver à ce résultat en médecine familiale.

Fin de la Partie I