

Les examens finaux à enjeux élevés menant au permis d'exercer la médecine ont-ils encore leur raison d'être au Canada?

Brent Thoma MD MSc, Sandra Monteiro PhD, Alim Pardhan MD, Heather Waters MD, Teresa Chan MD MHPE

■ Citation : *CMAJ* 2022 February 7;194:E168-70. doi : 10.1503/cmaj.211816-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.211816

La pandémie de COVID-19 a perturbé le système d'évaluation des futurs médecins au Canada. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ont dû retarder, annuler ou adapter leurs examens de certification. Étant donné que ces examens sont exigés pour la pratique autonome de la médecine, le contexte pandémique a nui aux stagiaires, aux superviseurs et aux patients à un moment où notre système de soins de santé était déjà mis à rude épreuve¹. Ces perturbations représentent cependant une occasion de revoir l'approche traditionnelle menant à l'obtention du permis d'exercice de la médecine au Canada. Une approche qui peut être qualifiée de laborieuse, de coûteuse et de complexe sur le plan logistique, en plus d'être peu représentative de la pratique clinique et potentiellement subjective.

À l'heure actuelle, l'octroi des permis d'exercice de la médecine au Canada repose sur des examens sommatifs normalisés à enjeux élevés. Ceux-ci ont été conçus pour maintenir entre médecins et patients un contrat social qui garantit la sécurité de ces derniers et se révèle bénéfique pour la société en général². Or, il n'a jamais été prouvé que cette forme d'examen permettait d'atteindre cet objectif. Bien que des examens adéquatement conçus du point de vue psychométrique offrent une certaine garantie en permettant de repérer les stagiaires qui ne sont pas prêts pour la pratique autonome, il n'en reste pas moins que le taux de réussite étonnamment élevé associé à ce type d'examens remet en question leur importance dans le cadre de la formation des futurs médecins au Canada³. Contrairement à cette approche, soulignons que les pratiques exemplaires actuelles des programmes de médecine et de formation continue encouragent plutôt le recours à des évaluations basées sur les compétences et établies selon des modèles d'évaluation programmatique rigoureux. Les programmes reposant sur ce type de modèles préconisent des évaluations moins approfondies mais plus fréquentes et à même l'environnement clinique, ainsi que

Points clés

- La pandémie de COVID-19 a entraîné son lot de perturbations dans le processus d'évaluation des futurs médecins au Canada et la remise en question de la pertinence de ce processus.
- Les examens sommatifs, dans leur forme actuelle, ne contribuent pas à assurer la sécurité des patients. Cette forme d'évaluation est une source de stress considérable et elle monopolise des ressources importantes et limitées pour la passation d'un seul examen et sape probablement du même coup les énergies que les futurs médecins devraient plutôt consacrer à un objectif plus significatif, soit la préparation à la pratique clinique autonome.
- Les pratiques exemplaires en formation médicale et continue appuient le recours à des évaluations basées sur les compétences et établies selon des modèles d'évaluation programmatique rigoureux pour mieux juger de l'aptitude des futurs médecins à exercer et pour les encourager à développer leur capacité d'autoapprentissage, dont ils auront besoin tout au long de leur carrière.
- Les autorités responsables de la reconnaissance des titres et de l'octroi des permis devraient demander la mobilisation des ressources nécessaires pour remplacer les examens sommatifs à enjeux élevés par un permis de diplômé ainsi que pour développer des normes d'évaluation quantifiables, propres à chaque spécialité et qui encouragent la mise en commun des ressources nationales, et ce, afin d'encadrer la supervision du processus d'octroi des permis aux diplômés et du maintien des compétences.

des examens créés spécifiquement pour une spécialité ou un milieu précis. Lorsque de tels procédés sont mis en place dans le système d'éducation médicale⁴, on note une augmentation du volume d'évaluations⁵ ainsi que de la qualité de celles-ci⁶. Si le maintien du contrat social exige que les futurs praticiens soient capables de prouver leur compétence en matière de pratique clinique, les examens d'obtention du permis d'exercice, dans leur forme actuelle, ne permettent pas de prouver cette compétence.

Tout le contenu éditorial du *JAMC* représente les opinions des auteurs de ce contenu, et ces opinions ne sont pas nécessairement celles de l'Association médicale canadienne et de ses filiales.

Les examens à enjeux élevés qui mènent à l'obtention du permis d'exercice entraînent de nombreuses conséquences imprévues. Ces tests normalisés évaluent des éléments dont la valeur est discutable et ils peuvent être une source de discrimination (p. ex., certains candidats pourraient avoir des problèmes financiers causés par les frais que ces examens entraînent, tandis que d'autres pourraient subir du racisme structurel ayant pour conséquence de les désavantager quant à leur préparation ou à leur compréhension de l'examen) qui ne peut qu'avoir une incidence négative sur le niveau d'équité, de diversité et d'inclusion au sein de nos établissements de soins de santé⁷. Le processus d'évaluation nécessite la mobilisation de ressources importantes et limitées (p. ex., du temps, de l'énergie, de la concentration) pour la passation d'un seul examen. Ce faisant, il peut détourner ces ressources de l'objectif plus significatif qu'est la préparation à la pratique autonome de la médecine. De plus, en concentrant leurs efforts sur la réussite d'un unique examen dont les enjeux sont élevés, les futurs médecins ne développent pas leur aptitude d'autoapprentissage, dont ils auront besoin tout au long de leur carrière. Cette forme d'examen peut aussi augmenter le stress chez les stagiaires, allant jusqu'à mettre en péril leur santé mentale et leur bien-être⁸. Finalement, le processus qui mène à l'obtention du permis d'exercice entraîne des coûts très importants, tant pour le stagiaire que pour l'organisme de réglementation, à un moment où le taux d'endettement des étudiants ne cesse d'augmenter.

Des initiatives de représentation solides et des débats vigoureux ont entraîné quelques changements notables. Par exemple, le Conseil médical du Canada a retiré son deuxième examen d'aptitude du processus d'obtention du permis d'exercice. Cela dit, de multiples acteurs réclament une approche encore plus moderne qui présente plus de flexibilité et un meilleur arrimage sur les résultats visés. Un modèle d'évaluation moderne basé sur l'évaluation des compétences au cœur des programmes de formation et sur les données de pratique clinique obtenues par l'observation du travail clinique des stagiaires conviendrait mieux aux pratiques éducatives fondées sur des données probantes. Il mettrait en évidence la nécessité de l'amélioration constante chez les praticiens et permettrait de recentrer les permis d'exercice sur les pratiques cliniques réelles^{10,11}.

Il va sans dire que la mise en œuvre d'un tel système ne se fera pas en criant lapin. La plupart des pays ont des programmes de formation médicale semblables à ceux du modèle canadien, c'est-à-dire basés sur des examens à enjeux élevés qui exercent une forme de contrôle de l'accès à la profession médicale. Ils ne peuvent donc fournir aucune indication sur la création et la mise en place d'un nouveau processus d'évaluation. En revanche, la structure d'un tel modèle existe déjà dans le programme de compétence par conception (CRMCC), le Cours Triple C (CMFC) et les activités professionnelles de base du Profil de formation pour la résidence (CMFC). L'observation directe des pratiques cliniques réelles fait souvent partie intégrante de ces programmes de formation, et les programmes d'évaluation basés sur les compétences, lorsqu'ils sont bien mis en œuvre, fournissent des données probantes significatives sur les connaissances acquises en milieu clinique. Si ces données menaient à

l'obtention d'un permis de diplômé permettant aux stagiaires d'acquérir plus d'autonomie clinique, elles pourraient rendre obligatoire la mise en place de périodes de « transition vers la pratique » à l'intérieur des programmes de formation. De plus, un permis de diplômé responsabiliserait davantage les stagiaires quant aux résultats cliniques qui pourraient être suivis par des vérifications de la pratique intégrées dans le programme de formation et dans le système hospitalier. L'ajout de tels indicateurs de qualité et leur évaluation inciteraient les stagiaires à développer les aptitudes d'apprentissage continu dont ils auront besoin tout au long de leur carrière tout en améliorant la qualité de la pratique au sein de leur discipline.

D'importants changements culturels et des ressources considérables seront nécessaires à l'implantation de ce modèle ainsi qu'à son adoption et à son approbation par la société canadienne. De nouvelles infrastructures pour encadrer l'amélioration de la qualité devront aussi être développées. La création d'un permis de diplômé apportera son lot de bouleversements dans la culture médicale, mais devra se faire sans augmenter les risques médico-légaux et sans diminuer la rémunération des superviseurs. Si la société approuve cette nouvelle façon de faire, les stagiaires détenteurs d'un permis de diplômé assumeront un rôle plus important dans les soins aux patients, ce qui permettra à leurs superviseurs d'établir et d'encadrer leurs vérifications de la pratique. La supervision de la pratique clinique pendant cette période de transition exigera des systèmes de soins de santé qu'ils perfectionnent leurs outils de production de rapports sur les résultats cliniques et leurs initiatives en matière d'amélioration de la qualité. D'autres innovations favorisant une meilleure mise en commun des ressources contribueront à la maîtrise des coûts rattachés à ces efforts. Par exemple, des normes de vérification de la pratique qui sont propres à chaque discipline, établies à l'échelle nationale et implantées localement pourraient être intégrées tant dans les programmes de maintien de la compétence que dans l'évaluation de la période de validité d'un permis de diplômé.

Sur le plan logistique, l'implantation de tous ces changements demande l'étroite collaboration du CMFC, du CRMCC et des organismes de réglementation provinciaux. En ce qui concerne la reconnaissance des titres, les jurys d'examen formés pour une spécialité devraient être remplacés par des comités établis pour procéder, à la fin de la période de validité d'un permis de diplômé, à l'évaluation des vérifications de la pratique normalisées. De plus, de nouvelles normes d'agrément devront être élaborées afin d'assurer la supervision et l'encadrement adéquats des stagiaires pendant la période de formation qui les mènera à l'obtention de leur permis de diplômé. Pour ce qui est de la réglementation, les organismes de réglementation provinciaux devront mettre en place un type de permis de diplômé ainsi que des mécanismes de surveillance qui permettront aux stagiaires d'être plus autonomes sur le plan clinique. Si les provinces et les territoires canadiens unissaient leurs efforts, ils pourraient faciliter l'harmonisation des normes provinciales d'octroi des permis d'exercice et même l'élaboration d'un permis d'exercice national transférable qui améliorerait la circulation des médecins à l'intérieur du pays¹².

La pandémie de COVID-19, en perturbant les méthodes d'évaluation traditionnelles, offre le prétexte idéal pour repenser le processus d'octroi des permis d'exercice en le recentrant sur de meilleures pratiques d'évaluation de l'enseignement tout en assurant le maintien du contrat social médical. Les autorités responsables de la reconnaissance des titres et de l'octroi des permis devraient demander la mobilisation des ressources nécessaires pour remplacer les examens sommatifs à enjeux élevés par un permis de diplômé; pour développer des normes d'évaluation quantifiables, propres à chaque spécialité et qui encouragent la mise en commun des ressources nationales, et ce, afin d'encadrer la supervision du processus d'octroi des permis aux diplômés et du maintien des compétences; et pour rationaliser les exigences en matière de permis d'exercer entre les territoires.

Références

1. Nath A, Hunchak C, Smith S, et al. COVID-19 and its impact on CCFP(EM) residency training. *CJEM* 2021;23:581-4.
2. Maudsley RF. Medical licensure: Let's not lose sight of the objective. *CMAJ* 1990; 143:98-100.
3. Get ready for your online exam. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; updated 2021 Mar. 5. Accessible ici : <https://www.royalcollege.ca/rcsite/credentials-exams/exams-preparation-e> (consulté le 15 déc. 2021).
4. Karpinski J, Frank JR. The role of EPAs in creating a national system of time-variable competency-based medical education. *Acad Med* 2021;96:S36-41.
5. Thoma B, Hall AK, Clark K, et al. Evaluation of a national competency-based assessment system in emergency medicine: a CanDREAM study. *J Grad Med Educ* 2020;12:425-34.
6. Li S-A, Sherbino J, Chan TM. McMaster Modular Assessment Program (McMAP) through the years: residents' experience with an evolving feedback culture over a 3-year period. *AEM Educ Train* 2017;1:5-14.
7. Lucey CR, Saguil A. The consequences of structural racism on MCAT scores and medical school admissions: the past is prologue. *Acad Med* 2020;95:351-6.
8. Vanston PD. The United States Medical Licensing Exam (USMLE) and medical student wellness: an ethnographic qualitative study at Cooper Medical School of Rowan University. Ann Arbor (MI): ProQuest; 2016. Accessible ici : <https://www.proquest.com/docview/1823606921?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true> (consulté le 16 déc. 2021).
9. The MCC suspends the delivery of the MCCQE Part II. Ottawa: Medical Council of Canada; 2021. Accessible ici : <https://mcc.ca/news/mcc-suspends-delivery-of-mccqe-part-ii/> (consulté le 2021 sept. 22).
10. Sebok-Syer SS, Goldszmidt M, Watling CJ, et al. Using electronic health record data to assess residents' clinical performance in the workplace: the good, the bad, and the unthinkable. *Acad Med* 2019;94:853-60.
11. Sebok-Syer SS, Shepherd L, McConnell A, et al. "EMERGING" electronic health record data metrics: insights and implications for assessing residents' clinical performance in emergency medicine. *AEM Educ Train* 2020;5:e10501.
12. Yu Y, Schipper S. Physician mobility in Canada. *Can Fam Physician* 2020; 66:377.

Intérêts concurrents : Brent Thoma déclare avoir reçu des honoraires et du soutien aux déplacements du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Sandra Monteiro déclare avoir reçu des subventions et du soutien aux déplacements de l'Université McMaster et des honoraires de consultation de l'Institut Touchstone et d'Aquifer. Heather Waters déclare avoir reçu des honoraires, du soutien salarial et du soutien aux déplacements de l'Université McMaster et des honoraires de la Fondation pour l'éducation médicale continue. Teresa Chan a reçu des subventions de recherche, des honoraires, du soutien salarial et du soutien pour la participation à des réunions de l'Université McMaster, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, du gouvernement de l'Ontario, de Physician Services Incorporated, de l'Université de la Colombie-Britannique, de l'École de médecine du Nord de l'Ontario, de l'International Association of Medical Science Educators, du START Center for Medical Simulation de l'Université catholique de Corée, du Texas Children's Hospital, du Baylor College of Medicine, du Taipei Veterans General Hospital, de la Harvard Medical School, de l'Université du Nord de la Colombie-Britannique, de l'Academic Life in Emergency Medicine Limited Liability Company et de l'Association canadienne des médecins d'urgence. Elle déclare également siéger au conseil d'administration du Canadian Institute for Translation of Knowledge and Education. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Département de médecine d'urgence (Thoma), Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Sask.; Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Thoma), Ottawa, Ont.; Centre for Simulation-Based Learning (Monteiro); McMaster Education Research, Innovation, and Theory (MERIT) Program (Monteiro, Chan); Division de l'éducation et de l'innovation, Département de médecine (Monteiro, Chan); Division de la médecine d'urgence (Pardhan), Département de médecine et de pédiatrie et membre du programme de médecine d'urgence du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Pardhan); Département de médecine familiale (Waters); Comité consultatif du bureau des études médicales postdoctorales de l'Université McMaster (Waters); Division de la médecine d'urgence (Chan), Département de médecine, Faculté des sciences de la santé; Bureau du développement professionnel continu (Chan), Faculté des sciences de la santé, Université McMaster, Hamilton, Ont.

Collaborateurs : Tous les auteurs ont contribué à la conception du travail, ont rédigé le manuscrit et en ont révisé de façon critique le contenu intellectuel important; ils ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée et assument l'entière responsabilité de tous les aspects du travail.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Teresa Chan, teresa.chan@medportal.ca