

THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA




LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA

# Compétences d'évaluation réflexive continue dans la formation (CRAFT)

Un modèle national  
d'évaluation  
programmatique pour la  
médecine de famille



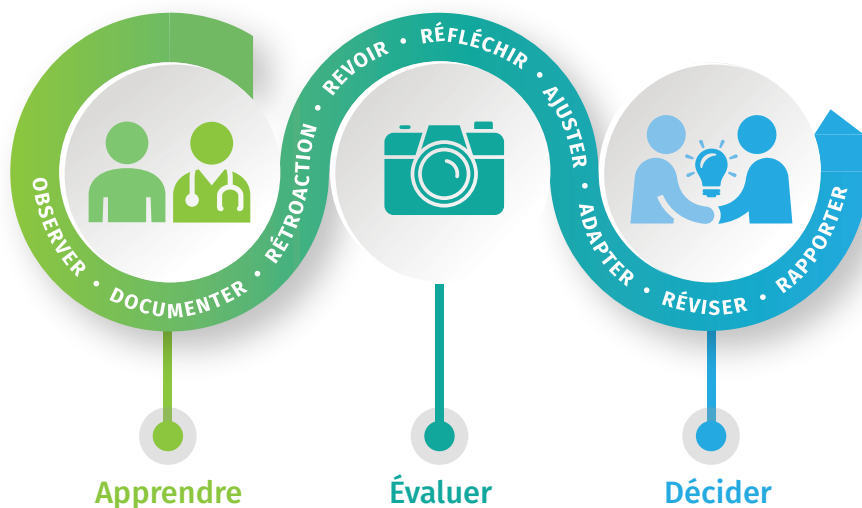


© 2018 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément aux renseignements ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Citation suggérée : Lawrence K, van der Goes T, Crichton T, Bethune C, Brailovsky C, Donoff M et coll.

*Compétences d'évaluation réflexive continue dans la formation (CRAFT) : Un modèle national d'évaluation programmatique pour la médecine de famille.* Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2018.



## Sommaire

L'établissement des normes régissant la formation et la certification des médecins de famille du pays est au cœur du mandat du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). C'est aussi une façon de garantir à la population canadienne que leurs médecins de famille possèdent la compétence requise pour exercer leurs fonctions. Le CMFC a instauré à cette fin un processus d'agrément, des examens et des directives sur l'évaluation en cours de formation. Assurer la progression des médecins de famille en formation vers l'atteinte de la compétence et prendre des décisions soutenables relativement au passage des résidents à un niveau supérieur est le rôle des 17 programmes postdoctoraux de résidence en médecine familiale. L'évaluation en cours de formation est un processus complexe, compte tenu de la diversité des situations, du caractère généraliste de la pratique de médecine familiale ainsi que des aspects pratiques et des contraintes propres au cadre de travail dans lequel est réalisée cette évaluation.

Les deux composantes principales de l'évaluation en cours de formation — les objectifs d'évaluation qui décrivent les habiletés et compétences observables en fin de formation, et le schéma du processus d'évaluation en cours de formation (ÉCF) qui fournit le cadre organisationnel nécessaire aux programmes — sont bien connus des programmes de résidence partout au Canada. Le système CRAFT (Compétences d'évaluation réflexive continue dans la formation) fournit des orientations et des explications de haut niveau quant aux « quoi », « comment » et « pourquoi » de l'évaluation en cours de formation pendant la résidence en médecine familiale. Il décrit en profondeur l'intégration des objectifs d'évaluation et du schéma du processus d'évaluation en cours de formation dans l'éducation postdoctorale. Ce modèle est antérieur à l'évaluation programmatique et conforme à celle-ci.

Cette description du système CRAFT intègre des méthodes non normalisées d'évaluation en milieu de travail, les principes du constructivisme et de l'apprentissage des adultes ainsi que l'autoréflexion guidée en tant que composante essentielle des compétences du professionnel en formation. Elle réunit tous les éléments et fournit des descriptions et des références bien étoffées pour les fondements théoriques de ce système.

Les éléments examinés incluent l'utilité des feuilles de route pour l'observation, la rétroaction et la documentation; l'utilisation d'agrégats de feuilles de route, en conjonction avec les autres informations disponibles au moment de l'évaluation pour le bilan périodique dirigé, et le rôle du résident dans le processus d'établissement du bilan périodique dirigé. L'utilisation de moments prédéterminés de réflexion tout au long du processus d'évaluation est soulignée tout comme une analyse de ce modèle dans la prise des décisions relatives au passage des résidents au niveau supérieur.

La validité et la façon d'élaborer un solide argument de validité pour justifier une décision relative au passage à un niveau supérieur sont abordées en utilisant, à titre d'exemple, une adaptation du modèle de Kane. Les facteurs de qualité et la façon d'évaluer la qualité d'un système CRAFT font aussi l'objet de discussions. Enfin, les risques, les défis et les pistes de recherches futures sont présentés afin d'encourager un dialogue permanent avec les programmes de résidence qui ont mis en œuvre des modèles fonctionnels de système CRAFT.

# Compétences d'évaluation réflexive continue dans la formation : Un modèle national d'évaluation programmatique pour la médecine de famille

## Introduction

Pour faciliter le développement de la compétence, la formation médicale postdoctorale doit fournir une évaluation et une rétroaction continues et systématiques sur les lieux mêmes où les résidents sont formés et où ils exerceront par la suite<sup>1</sup>. Cela permet de procéder à une évaluation authentique et pertinente dans le contexte réel de la pratique clinique. Les solutions pour relever ce défi mettent en lumière l'importance d'utiliser de multiples jugements — formulés par des observateurs compétents<sup>2</sup> — et narratifs<sup>3</sup>, ainsi que de recourir à une série d'évaluations planifiées qui, ensemble, constituent un programme d'évaluation valide<sup>4</sup>. Il faut à tout prix éviter de surcharger les apprenants ou les superviseurs cliniques avec des programmes d'évaluation exagérément bureaucratiques et complexes ou trop subjectifs<sup>1</sup>. On a aussi relevé de possibles problèmes de mesure; il faudra veiller attentivement à les résoudre<sup>1</sup>. Cependant, il existe un modèle pour organiser un système d'évaluation en tenant compte de ces besoins et défis<sup>5</sup>.

## L'évaluation dans les programmes de médecine familiale du Canada

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a élaboré un système sur les compétences d'évaluation réflexive continue dans la formation (CRAFT) afin de proposer une approche cohérente d'évaluation programmatique fondée sur les compétences pour les résidents en formation. Ce système est conçu pour répondre aux attentes liées aux rôles CanMEDS<sup>6</sup> propres à la spécialité et aux quatre principes de la médecine familiale du CMFC<sup>7</sup>, en tenant compte des lignes directrices du Collège relativement à la formation des résidents axée sur les compétences<sup>8,9,10</sup>. Selon ce modèle, l'apprenant est soumis en milieu de travail à des évaluations formatives régulières, voire quotidiennes, auxquelles s'ajoutent des rencontres périodiques avec son conseiller pédagogique pour examiner son rendement, réfléchir aux progrès accomplis et modifier la formation au besoin. Ce système comporte deux éléments : une robuste description des compétences terminales évaluables (objectifs d'évaluation<sup>11</sup>) et un schéma du processus d'évaluation en cours de formation (ÉCF)<sup>9</sup>. Ce schéma fournit une description détaillée des processus et des rôles des participants dans le système. Les composantes essentielles sont intégrées aux normes d'agrément propres à la spécialité<sup>12</sup>. Ces normes exigent que les programmes surveillent les progrès accomplis par le résident tout au long de sa formation et soient en mesure d'affirmer que ce dernier est compétent pour commencer à exercer sans supervision à la fin de sa résidence. Quant au résident, il doit obtenir du programme une attestation prouvant qu'il satisfait à cette exigence et réussir un examen final élaboré par le CMFC pour obtenir la Certification du Collège des médecins de famille du Canada.

Cette approche s'accompagne de méthodes d'évaluation non normalisées. Elle est conforme à l'approche constructiviste qui tient compte a) du contexte dans lequel l'évaluation se déroule, b) du fait que les observateurs experts sont par nature subjectifs et c) du fait que les observations de plusieurs observateurs sont autant de points de vue corrects<sup>13</sup>. L'évaluation aux fins d'apprentissage est un principe de base du modèle d'éducation axé sur les compétences<sup>14</sup> et l'un des deux piliers fondamentaux du système CRAFT. L'autoévaluation dirigée, qui est fondée sur les principes de l'apprentissage des adultes, est le second pilier. Dans ce système, la participation active des apprenants est une condition préalable. L'apprenant est impliqué dans le processus à différentes étapes, qu'il s'agisse de choisir le moment où aura lieu l'évaluation, de passer en revue l'ensemble des documents d'évaluation ou de participer au bilan dirigé.

Comme d'autres l'ont souligné<sup>4,15</sup>, d'importants parallèles peuvent être faits entre l'évaluation dans l'éducation axée sur le développement des compétences et les paradigmes de la méthodologie en recherche qualitative/interprétative et recherche-action participative<sup>16</sup>. Selon ces paradigmes, les participants sont affectés par le résultat et il y a co-construction, rapprochement entre le but et les objectifs, pertinence, et nécessité et importance de la continuité de la relation. Les principaux participants du système CRAFT sont les résidents, leurs superviseurs cliniques et leurs conseillers pédagogiques. La relation entre le conseiller pédagogique et le résident doit être constante.

Les résidents sont affectés par les résultats de l'évaluation — participer à des activités de réflexion est une façon de se préparer à l'apprentissage permanent. Le but est de faire en sorte que non seulement le résident soit compétent sur le moment, mais qu'il ait développé les habiletés requises pour maintenir sa compétence tout au long de sa pratique. Les résidents doivent participer pleinement à la recherche de données, à l'identification de leurs propres lacunes en matière d'apprentissage et à l'élaboration des plans d'apprentissage. Les buts du programme sont les suivants : veiller à ce que les résidents compétents obtiennent leur diplôme, identifier les résidents qui ne sont pas encore compétents et leur offrir un soutien de remédiation et ne pas diplômer les résidents non compétents, qui présentent des lacunes irrémédiables. Le rapport de force et le contrôle favorisent clairement le programme, et non le résident.

## Éléments d'évaluation programmatique dans le système CRAFT

Les éléments du système CRAFT sont présentés dans les sections qui suivent; ils sont pris en compte dans le modèle d'évaluation programmatique<sup>5</sup>. La présente publication décrit cinq dimensions de la conception d'un système d'évaluation programmatique : activités d'apprentissage, activités d'évaluation, activités de soutien, évaluation intermédiaire et évaluation finale<sup>5</sup>.



### Activités d'apprentissage

La résidence en médecine de famille organise la formation en se basant sur les attentes décrites dans les documents de référence du CMFC concernant la formation en résidence (voir l'Annexe 1), qui décrivent les activités d'apprentissage en médecine familiale<sup>5</sup>.



### Activités d'évaluation

Les tâches, les descriptions spécifiques et les rôles de ceux et celles qui participent à l'initiative CRAFT sont documentés dans le schéma du processus d'ÉCF de formation (voir le Tableau 1)<sup>9</sup>.

**Tableau 1 :** Schéma du processus d'évaluation en cours de formation (ÉCF)

TÂCHES/ÉTAPES DE L'ÉCF	DESCRIPTION	RÔLES DE L'APPRENANT	RÔLES DES ENSEIGNANTS/ DU PERSONNEL
Observer, donner de la rétroaction et documenter pendant les activités cliniques au quotidien	Feuilles de route (aussi appelées feuille de terrain ou fiches d'observation)	Chercher des possibilités de se faire observer, demander de la rétroaction, participer à la documentation	Spécifiques au programme
Recueillir et organiser la documentation en fonction du référentiel de compétences	Portfolio du résident (dossier) — une collecte de données probantes sur le rendement, y compris les feuilles de route et autres évaluations de rendement	Organiser les observations documentées en fonction des besoins de l'apprenant et des exigences du programme	Spécifiques au programme
Faire un partage réflexif et une évaluation périodique des progrès basés sur la documentation organisée	Examen dirigé et évaluation	Donner son autoévaluation, participer à un processus d'autoévaluation dirigée	Spécifiques au programme
Adapter et ajuster les activités d'apprentissage	Identifier les ressources, modifier le cursus/plan de formation, identifier les buts visés Modifier/adapter l'évaluation (formative et sommative au besoin) Déterminer la fréquence ou le genre d'évaluation périodique en fonction des modifications apportées à la formation	Spécifiques au programme	Spécifiques au programme
Revoir et mettre à jour les plans d'apprentissage	Planifier qui doit agir et quelles sont les actions requises pour la prochaine phase de la formation Discussion avec le résident pour clarifier le plan d'activités quotidiennes et les rôles des superviseurs en contexte clinique	Participer activement au développement du plan d'apprentissage	Spécifiques au programme
Rapport	Présenter un rapport sur la progression aux administrateurs du programme appropriés (p. ex., directeur du programme, vice-doyen aux études postdoctorales) Documentation pour répondre aux exigences liées à l'agrément ou à la certification	Spécifiques au programme	Spécifiques au programme

L'évaluation formative s'effectue en échantillonnant des comportements observables dans tous les domaines de soins. Axée sur les rencontres cliniques et les activités en milieu de travail, l'évaluation est basée principalement sur la relation entre le superviseur clinique et le résident. Le résident et le superviseur collaborent à la création de brefs narratifs d'encadrement. Les premiers ouvrages traitant des principes de l'évaluation axée sur les compétences appuient l'utilisation de nombreuses mesures objectives effectuées « sur le terrain »<sup>17</sup>. Cela pose un défi, car l'évaluation en milieu de travail est subjective et effectuée par des experts. L'évaluation effectuée conformément aux objectifs d'évaluation et aux rôles CanMEDS-MF, qui met l'accent sur l'évaluation formative dans tous les domaines de soins en médecine familiale<sup>10</sup>, permet de définir un ensemble uniforme de résultats attendus à la fin de la formation dans tous les programmes.

## Feuilles de route – Observation, rétroaction et documentation

Comme c'est le cas en évaluation programmatique<sup>5</sup>, la feuille de route, qui est le fruit d'une collaboration entre l'observateur et le résident, représente l'activité d'évaluation de base. Une feuille de route type doit inclure un bref narratif, ce qui permet au superviseur et au résident de choisir le contexte et la perspective. Une feuille de route peut être créée pour une rencontre avec un patient ou une autre activité du résident (p. ex., appel téléphonique, demande de consultation, examen de dossier, technique, présentation académique) et peut être personnalisée en fonction des besoins de l'apprenant. De plus, elle peut être rédigée par tout observateur compétent, ce qui offre la souplesse nécessaire pour inclure l'évaluation interdisciplinaire. Toute rencontre

avec un patient peut être utilisée pour examiner une variété d'habiletés. Par exemple, lors d'un test Pap effectué par le résident, l'observation peut porter sur l'examen clinique réalisé ou les habiletés de communication du résident — la capacité de mettre le patient à l'aise ou d'utiliser un langage qui convient à ce patient. Chaque feuille de route doit porter sur une seule habileté et uniquement sur un petit segment de la rencontre. Idéalement, les feuilles de route sont créées au moment même de l'événement, pour ne pas avoir à composer avec les aléas de la mémoire. Comme il ne faut normalement que quelques minutes pour remplir une feuille de route, l'évaluation peut être plus facilement intégrée à l'horaire clinique chargé.

Des chercheurs<sup>4</sup> ont fait observer que la validité de l'évaluation non normalisée tient de l'utilisateur plutôt que des instruments, et que le jugement d'experts est un impératif en évaluation axée sur les

compétences. De nombreux outils d'évaluation en milieu de travail sont hautement structurés et comportent des échelles qui ne cadrent pas nécessairement avec les construits cognitifs de l'observateur, exigent qu'il s'acquitte de la tâche difficile et incompatible avec sa formation de traduire le rendement en chiffres ou lui demandent de fournir des déclarations de compétence qui ne sont pas suffisamment étayées par l'activité observée.

D'autres chercheurs<sup>18</sup> font valoir qu'au plan psychométrique, cela nuit à la fiabilité et à la validité de l'évaluation en milieu de travail. En revanche, le format utilisé pour l'évaluation dans le système CRAFT est la feuille de route narrative, et l'outil est le superviseur clinique en tant qu'observateur expert<sup>19</sup>. Quelle que soit la structure imposée sur la feuille de route, les activités d'apprentissage sont non normalisées, de sorte que la validité est davantage tributaire des utilisateurs, et non de l'instrument<sup>5</sup>. Avec une feuille de route générique, plus besoin d'échelles ou d'ancres; seul le jugement de l'observateur expert sur le moment est pris en compte, et la feuille de route fournit également de la rétroaction afin d'améliorer le rendement.

Les caractéristiques d'une évaluation en milieu de travail<sup>18</sup> de bonne qualité sont les suivantes :

- **Présente une échelle de réponse qui correspond à la cartographie de la réalité des juges**
- **Fait appel au jugement plutôt qu'à l'observation objective**
- **Est axée sur les compétences essentielles pour exécuter l'activité observée**
- **Est effectuée par l'évaluateur le mieux à même de porter un jugement**

**COMME C'EST LE CAS EN ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE<sup>5</sup>, LA FEUILLE DE ROUTE, QUI EST LE FRUIT D'UNE COLLABORATION ENTRE L'OBSERVATEUR ET LE RÉSIDENT, REPRÉSENTE L'ACTIVITÉ D'ÉVALUATION DE BASE.**

Ce qui est demandé au superviseur lorsqu'il crée une feuille de route, c'est de fournir jugement et encadrement uniquement pour le contexte immédiat, et non de formuler une assertion générale sur la compétence, assertion qui n'est pas nécessairement fondée sur des preuves concluantes. De plus, la feuille de route vise à documenter l'encadrement à des fins d'amélioration. La formulation utilisée doit refléter ce qui est important pour l'évaluateur et le résident dans ce contexte clinique particulier. La feuille de route peut inclure une échelle globale, comme le jugement du superviseur sur le degré de supervision requis, ainsi qu'un mécanisme mettant en relief la rétroaction critique et constructive. Sachant que l'évaluation est formative et porte sur des enjeux peu élevés, les évaluateurs pourraient être moins enclins à faire preuve d'indulgence.



## Activités de soutien et évaluation intermédiaire

### Bilan périodique dirigé

Le bilan périodique dirigé permet une récapitulation et un examen épisodiques des progrès du résident, tel que décrit dans le schéma du processus d'ÉCF. Il revient à chaque programme de déterminer de nombreux aspects de ses systèmes d'évaluation et aucune structure précise n'est recommandée pour l'organisation du bilan périodique. Certains programmes utiliseront les dimensions de la compétence en termes d'habiletés; d'autres utiliseront les habitudes



sentinelles<sup>20</sup>, les activités professionnelles fiables<sup>21</sup> ou d'autres cadres organisationnels. Les feuilles de route colligées, ainsi que les autres renseignements se rapportant à l'évaluation — comme les rapports sur les activités d'érudition, les présentations académiques, les modules en tant qu'indicateurs de la progression de l'apprenant ou les rapports sur les soins cliniques — constituent le portfolio ou dossier qui forme la base du bilan dirigé de la progression. Comme étape préparatoire ou intégrée à l'examen, un enseignant compétent rencontre le résident en dehors de sa période d'activité clinique. L'examen est conçu de telle sorte que le résident et le conseiller peuvent considérer la progression accomplie dans toutes les sphères du cadre d'évaluation du programme. Chaque rencontre constitue un bilan réflexif sur tous les renseignements se rapportant à l'évaluation et sert d'activité de soutien et d'occasion d'évaluation intermédiaire de l'état de préparation du résident à passer à un niveau supérieur<sup>5</sup>.

Le système CRAFT offre aux programmes de résidence la souplesse nécessaire pour répartir les tâches liées au bilan réflexif et au travail d'évaluation selon un horaire adapté au contexte du programme. Selon les normes d'agrément du CMFC, un conseiller pédagogique doit être assigné à chaque résident. Ce conseiller doit être disponible pour orienter le résident dans la discipline, discuter avec lui de ses objectifs d'apprentissage et des objectifs du programme, et concevoir un plan d'apprentissage pour atteindre ces objectifs<sup>12</sup>. On attend également du conseiller qu'il revoie et adapte le plan d'apprentissage et aide le résident à trouver les ressources nécessaires pour répondre à ses besoins<sup>9</sup>. Les programmes doivent veiller à ce que cette importante relation soit maintenue tout au long de la résidence<sup>9,12</sup>. Dans la pratique, chaque programme s'efforce d'apaiser les tensions

**L'EXAMEN EST CONÇU DE TELLE SORTE QUE LE RÉSIDENT ET LE CONSEILLER PEUVENT CONSIDÉRER LA PROGRESSION ACCOMPLIE DANS TOUTES LES SPHÈRES DU CADRE D'ÉVALUATION DU PROGRAMME. CHAQUE RENCONTRE CONSTITUE UN BILAN RÉFLEXIF SUR TOUS LES RENSEIGNEMENTS SE RAPPORTANT À L'ÉVALUATION ET SERT D'ACTIVITÉ DE SOUTIEN ET D'OCCASION D'ÉVALUATION INTERMÉDIAIRE DE L'ÉTAT DE PRÉPARATION DU RÉSIDENT À PASSER À UN NIVEAU SUPÉRIEUR<sup>5</sup>.**

**UNE SÉRIE DE FEUILLES DE ROUTE DE BONNE QUALITÉ DOIT :**

- **PROUVER QU'IL Y A EU OBSERVATION DANS DIVERS CONTEXTES CLINIQUES (ÉCHANTILLONS DE CONTEXTES)**
- **INCLURE DES ÉCHANTILLONS COUVRANT LA GAMME DES HABILITÉS TECHNIQUES ET DES RÔLES**
- **INCLURE DES RÉTROACTIONS PROVENANT DE PLUSIEURS OBSERVATEURS**
- **FOURNIR DE RICHES NARRATIFS D'ENCADREMENT QUI REFLÈTENT LE RENDEMENT**
- **AFFICHER LES DATES AFIN QUE L'ON PUISSE LES SITUER SUR LE PARCOURS DÉVELOPPEMENTAL OU PÉDAGOGIQUE**

entre les rôles de conseiller et d'évaluateur d'une manière qui convient à ces derniers et qui respecte les besoins des résidents. Certains programmes ont établi une distinction plus grande entre ces deux rôles tandis que d'autres en ont fusionné les divers aspects.

S'appuyant sur des travaux théoriques antérieurs, des chercheurs estiment qu'isolément, chaque point de données d'évaluation est limité. Les évaluations doivent être vues comme un continuum, avec relation proportionnelle entre la hausse des enjeux et le nombre de points de données concernés<sup>5</sup>. Le système repose en grande partie sur les agrégats de feuilles de route créées par plusieurs observateurs ainsi que sur d'autres sources d'information, ce qui donne une représentation fidèle du rendement des résidents.

Une série de feuilles de route de bonne qualité doit :

- **prouver qu'il y a eu observation dans divers contextes cliniques (échantillons de contextes)**
- **inclure des échantillons couvrant la gamme des habiletés techniques et des rôles**
- **inclure des rétroactions provenant de plusieurs observateurs**
- **fournir de riches narratifs d'encadrement qui reflètent le rendement**
- **afficher les dates afin que l'on puisse les situer sur le parcours développemental ou pédagogique**

**LE TRAVAIL DE RÉFLEXION ACCOMPLI TOUT AU LONG DE LA DÉMARCHE CRAFT EST ESSENTIEL POUR TRANSFORMER UN PRATICIEN COMPÉTENT EN UN APPRENANT À VIE.**

Ces dimensions sont déterminantes en ce qui concerne la fiabilité et la validité. L'agrégation permet d'éviter les subtils glissements sémantiques et les biais de sélection qui peuvent découler des synthèses et des résumés. Elle offre l'occasion de réexaminer certaines feuilles de route jugées pertinentes et d'examiner plus attentivement une compétence ou un comportement donné qui suscite des inquiétudes.

L'autoévaluation et l'évaluation dirigée avec un conseiller pédagogique font partie du rôle du résident. Isolément, l'autoévaluation n'est pas fiable pour le niveau de prise de décision qu'implique le bilan dirigé<sup>22, 23</sup>. Le niveau d'engagement et d'organisation du résident, sa réponse aux réorientations importantes, sa capacité à devenir compétent ainsi qu'à gérer et à réagir de façon professionnelle et appropriée sont des éléments qui peuvent tous être considérés lors de la prise de décision. Il n'est pas obligatoire de procéder

à une évaluation formelle de la capacité de réflexion lors du bilan dirigé. Cependant, des évaluateurs compétents indiquent que l'évaluation formative de la capacité de réflexion et du professionnalisme découle en grande partie du bilan dirigé. D'autres aspects de la formation du résident peuvent être inclus dans le processus, comme les éventuelles décisions relativement à sa carrière, ses intérêts particuliers, son leadership, son assiduité, son bien-être et sa résilience. De quelle manière ces informations influencent ou éclairent la décision de recommander le passage au niveau supérieur ou la remédiation n'a pas encore été pleinement expliqué. Le travail de réflexion accompli tout au long de la démarche CRAFT est essentiel pour transformer un praticien compétent en un apprenant à vie. Les pratiques délibérées et la réflexion sur l'action<sup>24</sup> intégrées dans les systèmes CRAFT d'ÉCF sont des compétences fondamentales pour l'apprentissage continu et le professionnalisme.

## Évaluation finale



Les bilans répétés tout au long du programme de formation sont axés sur le perfectionnement à long terme, et chaque bilan périodique sert de point d'évaluation intermédiaire. Les décisions concernant la promotion ou la remédiation des résidents sont basées sur l'information réunie et sur les recommandations découlant du processus de bilan dirigé. Ces décisions finales sont prises par le directeur du programme, de concert avec le comité de programme de résidence ou le sous-comité d'évaluation. Le processus est structuré de manière à ce que les programmes puissent affirmer avec certitude qu'un résident est prêt à exercer de façon autonome à la fin de sa formation, tel qu'il est précisé dans les normes d'agrément propres à la spécialité<sup>12</sup>.



## Autres considérations

### Validité

Selon l'actuel concept de validité, ici utilisé comme argument en faveur de l'adéquation aux fins prévues, le système CRAFT — lorsqu'il sert à déterminer si les résidents canadiens en médecine familiale qui ont terminé leur formation sont prêts à exercer de façon autonome — est un système d'évaluation valide qui, s'il est adéquatement mis en œuvre, ouvre la voie à des décisions individuelles valides relativement aux progrès accomplis. Des chercheurs ont pris le modèle de Kane, qui compte quatre niveaux d'inférence (notation, généralisation, extrapolation, implication), et préconisé son application à un système d'évaluation tel que le système CRAFT<sup>25</sup>.

Développer un argument en faveur de la validité est une démarche en quatre étapes :

- **Considérer la décision à prendre**
- **Proposer une interprétation**
- **Examiner les principales allégations, hypothèses et inférences**
- **Identifier l'hypothèse la plus faible et planifier un test et/ou trouver des preuves empiriques pour évaluer ou soutenir cette hypothèse**

Dans le système CRAFT, les inférences potentiellement les plus faibles et qui, pour cette raison, méritent le plus d'être testées sont les inférences de notation et d'implication. Puisque le système est basé sur l'évaluation en milieu de travail, l'extrapolation est moins susceptible de poser problème parce que le rendement est observé dans la réalité. De même, certains aspects du système CRAFT (stratégie d'échantillonnage, processus d'interprétation, crédibilité de la personne qui procède à l'interprétation et réponse aux données contradictoires) appuient la généralisation.

La notation concerne l'observation, la qualité, l'authenticité, la richesse, la fidélité de la description narrative et la crédibilité de l'observation<sup>25</sup>. Dans le système CRAFT, observer le rendement des résidents est essentiel, et le fait que l'observation ait lieu principalement en milieu de travail est gage d'authenticité. Les principales hypothèses tournent autour de la richesse et de la fidélité du narratif et de la crédibilité du superviseur. Dans le système CRAFT, le superviseur est l'outil d'évaluation, et la cellule fondamentale est la relation superviseur-résident. Dans l'enseignement destiné aux résidents, le cursus Triple C soutient une continuité susceptible de favoriser l'établissement d'une utile alliance pédagogique<sup>26</sup>. Durant la formation, la plupart des résidents seront exposés à différents observateurs. Cependant, le superviseur en médecine familiale est le plus susceptible d'établir une relation soutenue avec le résident, ce qui peut renforcer la perception de crédibilité. L'hypothèse la plus faible est que les observateurs seront suffisamment courageux et compétents pour donner de la rétroaction tant correctrice que constructive<sup>27</sup>.

L'implication<sup>25</sup> fait référence aux actions planifiées basées sur les résultats de l'évaluation. Le système CRAFT décrit trois actions spécifiques basées sur le processus de bilan dirigé : production de rapports, création et mise en œuvre d'un plan d'apprentissage et prise d'une décision relative au passage à l'étape suivante (promotion ou remédiation). La production de rapports dans le système CRAFT comporte trois volets : discussion avec le résident, communication de rapports à la structure administrative du programme et documentation aux fins des exigences de certification et d'agrément. On peut présumer que le plan d'apprentissage sera plus efficace si le résident a participé à sa création et à sa mise en œuvre. Le bilan périodique favorise l'apprentissage autogéré continu et offre, dans une certaine mesure, une possibilité d'évaluation globale de la capacité de réflexion en tant qu'élément important du processus. La pratique médicale implique le maintien de relations respectueuses avec de nombreuses institutions publiques et requiert une compétence professionnelle essentielle : être un apprenant à vie réfléchi. On peut considérer probable que pendant la résidence, le fait d'être engagé dans son apprentissage et de consolider les compétences acquises dans le cadre d'un système d'évaluation est bénéfique. L'hypothèse la plus faible est que le résultat d'un plan de remédiation persistera jusqu'au début de la pratique et par la suite.

### Qualité

Partir de l'hypothèse qu'un modèle théorique est de qualité est une chose, évaluer la qualité d'un système fonctionnel est tout autre chose. Au Canada, le CMFC procède à l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale et, ce faisant, effectue auprès de chacun des programmes une vérification externe de leurs systèmes et processus d'évaluation des résidents. Le processus d'agrément prend en compte la rétroaction des

résidents, des superviseurs cliniques et des autres membres du corps enseignant et garantit que des programmes d'évaluation appropriés sont appliqués au sein des programmes de résidence.

Un autre objectif de l'évaluation programmatique<sup>5</sup> est de fournir de l'information pour améliorer l'enseignement et le cursus. L'information tirée des agrégats de feuilles de route, des rapports des bilans périodiques dirigés et des plans d'apprentissage peut informer les superviseurs cliniques sur leurs compétences, et le programme sur le cursus. Chaque programme travaille à améliorer l'évaluation et la qualité de divers aspects de ses systèmes CRAFT. Des grilles sont élaborées et diffusées; elles servent à évaluer la qualité de l'encadrement narratif dans les feuilles de route et peuvent être utilisées pour la formation professorale individuelle<sup>28</sup>. Un examen du contenu des feuilles de route — dans quelle mesure les brefs narratifs d'encadrement sont-ils utiles? respectent-ils les critères communs qui définissent une rétroaction de bonne qualité? — peut être retourné aux superviseurs<sup>29</sup>. Les programmes qui utilisent des feuilles de route électroniques peuvent se servir de cette information pour améliorer la qualité des processus d'évaluation d'un programme de résidence et, éventuellement, pour identifier les problèmes au niveau du cursus. Par exemple, un résident peut ajouter une icône de pouce vers le haut sur une feuille de route électronique pour indiquer au superviseur qu'il a apprécié sa rétroaction<sup>30</sup>. Les programmes peuvent examiner dans quelle mesure les superviseurs cliniques ont largement et efficacement échantillonné les activités d'apprentissage dans leurs points d'évaluation, ou feuilles de route. Par exemple, l'encadrement du résident a-t-il été effectué dans divers contextes : un cabinet, un établissement de soins, un hôpital, une clinique de rue ou une rencontre de famille? La rétroaction des superviseurs porte-t-elle uniquement sur un ou deux rôles ou habiletés, surtout sur le raisonnement clinique, et jamais sur le professionnalisme ou la sélectivité? Les sites de formation ont-ils trouvé des activités d'apprentissage appropriées pour mettre en œuvre les plans d'apprentissage des résidents?

**POUR QUE LES NARRATIFS D'ÉVALUATION PRODUITS SOIENT VALABLES, UN PROGRAMME A BESOIN DE CLINICIENS COMPÉTENTS. CEUX-CI DOIVENT ÊTRE DE BONS OBSERVATEURS, PARTICIPER À L'OBSERVATION DIRECTE DU RENDEMENT DES RÉSIDENTS AVEC LES PATIENTS, UTILISER UN LANGAGE COMMUN POUR DÉCRIRE CE QUI EST OBSERVÉ ET FOURNIR UNE DOCUMENTATION ET DES NARRATIFS D'ENCADREMENT BREFS ET PERTINENTS.**

À mesure que la compréhension du système CRAFT s'améliore, des méthodes efficaces d'évaluation et d'amélioration de la qualité émergeront. L'utilisation de l'analogie du résident en tant que projet de recherche qualitative<sup>4,15</sup> et les tests de l'argument de validité fournissent également de possibles cadres pour évaluer les éléments du système CRAFT.

### **Défis et dangers potentiels**

Pour une évaluation en milieu de travail de bonne qualité, il est essentiel de disposer d'évaluateurs qualifiés<sup>31</sup>. Pour que les narratifs d'évaluation produits soient valables, un programme a besoin de cliniciens compétents. Ceux-ci doivent être de bons observateurs, participer à l'observation directe du rendement des résidents avec les patients, utiliser un langage commun pour décrire ce qui est observé et fournir une documentation et des narratifs d'encadrement brefs et pertinents. Les objectifs d'évaluation<sup>11</sup> proposent aux superviseurs des formulations accessibles qu'ils peuvent utiliser lors de l'évaluation, ainsi qu'une norme uniforme qui définit ce qui est attendu après la résidence, au moment de l'entrée en pratique. Même avec cette ressource, il est important que les programmes embauchent des cliniciens compétents travaillant dans des contextes qui appuient le perfectionnement des praticiens et le maintien de la compétence<sup>32</sup>.

Les programmes de résidence doivent s'assurer que les superviseurs possèdent de bonnes capacités d'observation et de rétroaction. Quant aux compétences exigées des conseillers pédagogiques, elles incluent entre autres les suivantes : examiner et résumer les narratifs; guider l'autoréflexion chez l'apprenant adulte; chercher des signes de progression graduelle aux plans de l'engagement, du développement de l'identité professionnelle et de la capacité de réflexion; favoriser l'acceptation et l'intégration de la rétroaction par le résident; et créer des plans d'apprentissage. Sans cela, il peut être difficile de susciter l'engagement des résidents, car les processus d'évaluation n'auraient guère de sens et il y aurait davantage de risques de les banaliser<sup>5</sup>. Comme la plupart des superviseurs et des conseillers pédagogiques sont en même temps des cliniciens à l'horaire chargé, peu susceptibles d'avoir été exposés à un programme axé sur les compétences pendant leur propre résidence, il faut du temps et une démarche coordonnée

de gestion du changement pour développer ces compétences particulières. À cette fin, le CMFC a élaboré un cadre de formation professorale axé sur les compétences — *Activités pédagogiques fondamentales en médecine familiale : Un référentiel pour le développement professoral*<sup>31</sup>— et est en train de constituer un répertoire de ressources pour aider les programmes de formation à soutenir leurs enseignants et éducateurs. Ce répertoire réunit une série d'activités d'apprentissage recommandées pour les conseillers pédagogiques et les superviseurs. Les compétences spécifiques identifiées dans le Référentiel se relient aux rôles des enseignants inclus dans le schéma d'ÉCF par un ensemble cohérent d'habiletés qui facilitent les compétences d'évaluation réflexive continue dans la formation<sup>33</sup>. Les programmes doivent se charger du soutien administratif nécessaire à chacune des étapes, de l'observation directe au bilan périodique. De plus, il est crucial d'assurer une efficace gestion de l'information ainsi que du soutien global aux plans des finances et de l'infrastructure.

### **Pistes de recherche pour l'avenir**

Nous savons que les choses évoluent rapidement en ce qui a trait au système CRAFT, et ceux qui l'utilisent présentement sont d'avis qu'il est bien adapté à son objectif et qu'il produit des décisions faciles à justifier. En particulier, les études sur la démarche que suivent les évaluateurs pour parvenir à une décision et sur les facteurs qui influencent la décision<sup>34,35</sup> sont abondantes. Le système CRAFT offre une excellente occasion de recherches connexes et il y a beaucoup à explorer. Par exemple, les subtilités de la prise de décision au moment du bilan dirigé ou comment le narratif d'évaluation pourrait être interprété par différents évaluateurs. Il existe également de nombreuses possibilités d'explorer de façon plus approfondie les diverses hypothèses en ce qui concerne la validité du système. D'autres sujets importants qui pourraient faire l'objet de futures recherches incluent entre autres la corrélation possible entre le processus d'ÉCF et les résultats des patients et des médecins, comme la sécurité des patients, les résultats de santé à l'échelle de la pratique, l'efficacité de la pratique ainsi que la capacité de réflexion du médecin, ses habiletés en matière de professionnalisme, son engagement dans l'enseignement.

---

## **Annexe 1 | Sommaire des activités d'apprentissage pour les résidents canadiens en médecine familiale**

Le CMFC établit les normes se rapportant au cursus et à l'évaluation. Il est responsable de l'agrément des programmes postdoctoraux de résidence en médecine familiale au Canada. L'éventail des activités d'apprentissage des résidents canadiens en médecine familiale, qui met l'accent sur l'expérience clinique, est défini par les éléments qui suivent :

### **Quatre principes de la médecine familiale<sup>7</sup>**

Les quatre principes décrivent les fondements de la médecine familiale au Canada et la nature de la discipline. Ces principes sont :

- **Le médecin de famille est un clinicien compétent.**
- **La médecine familiale est une discipline communautaire.**
- **Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients.**
- **La relation médecin/patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille**

### **Profil professionnel en médecine de famille<sup>36</sup>**

Le Profil professionnel en médecine de famille est l'énoncé de position du Collège qui définit la discipline de médecine familiale. Il transmet les contributions, les capacités et les engagements communautaires des médecins de famille envers la population du Canada

### **Cursus Triple C<sup>8,9</sup>**

Le Collège a conçu le Cursus Triple C axé sur les compétences afin de fournir un cadre organisationnel pour la formation des résidents en médecine familiale. Ce cursus est basé sur les principes selon lesquels le programme de formation doit viser des soins complets et globaux, être orienté sur la continuité pédagogique et la continuité des soins aux patients et être centré sur la médecine familiale. Pour le programme d'études, le Cursus Triple C englobe le cadre CanMEDS-MF, les domaines de soins couverts par le champ de pratique et, les objectifs d'évaluation (compétences attendues); il englobe le processus d'ÉCF en ce qui concerne l'évaluation.

### **CanMEDS-MF 2017<sup>6</sup>**

Dans le cadre du travail de plus grande envergure visant la réforme du cursus de formation en médecine familiale, le CMFC a adapté le cadre CanMEDS 2005<sup>37</sup> du Collège royal des médecins et chirurgiens pour la formation en médecine familiale au Canada. Il a élaboré des compétences principales et des compétences habilitantes propres à la spécialité pour les sept rôles (CanMEDS-MF 2009)<sup>38</sup>. Ce travail a été révisé par la suite lorsque le CanMEDS 2015<sup>39</sup> a été publié.

### **Étendue de la pratique – Domaines de soins<sup>10</sup>**

Les domaines de soins décrivent le travail des médecins de famille en termes généraux. En tant que généralistes, les médecins de famille dispensent des soins dans de multiples domaines — des soins qui couvrent toutes les étapes de la vie de leurs patients (p. ex., du berceau à la tombe), pour des maladies de divers niveaux de gravité (p. ex. soins aigus, chroniques, de réadaptation, palliatifs), dispensés dans des contextes multiples (p. ex., cabinet, hôpital, établissements de soins de longue durée), à diverses populations (p. ex., populations insuffisamment servies, rurales, urbaines).

### **Les objectifs d'évaluation<sup>11</sup>**

Les objectifs d'évaluation décrivent le domaine de la compétence en médecine familiale aux fins de l'évaluation. Cette définition inclut quatre composantes principales :

1. Les dimensions de la compétence en termes d'habiletés : approche centrée sur le patient, habiletés de communication, habiletés de raisonnement clinique, sélectivité, professionnalisme et habiletés techniques.
2. Phase de la rencontre clinique : Cette composante joue un rôle essentiel pour orienter l'évaluation vers les processus cognitifs les plus essentiels à la résolution compétente d'un problème ou d'une situation spécifique. Elle couvre les phases ou les étapes depuis le début jusqu'à la fin de la rencontre clinique.
3. Les sujets prioritaires, les actes techniques de base et les thèmes : Une liste des problèmes ou des situations que le médecin de famille compétent devrait être capable de résoudre au début d'une pratique autonome. L'étendue nous donne l'assurance que si l'évaluation a été faite à partir d'un échantillonnage adéquat de ce contenu, on peut raisonnablement conclure qu'il existe un certain niveau de compétence globale.
4. Les éléments clés et les comportements observables : Ces éléments et comportements représentent les objectifs d'évaluation opérationnels. Ils décrivent la compétence dans des termes relativement objectifs et observables. Cette composante est particulièrement utile pour l'évaluation de la compétence dans des situations spécifiques, au cours de la supervision clinique quotidienne.

# Références

1. Holmboe ES, Sherbino J, Long DM, Swing SR, Frank JR. The role of assessment in competency-based medical education. *Med Teach*. 2010;32(8):676-82.
2. Fromme HB, Karani R, Downing SM. Direct observation in medical education: a review of the literature and evidence for validity. *Mt Sinai J Med*. 2009;76(4):365-371.
3. Hanson JL, Rosenberg AA, Lane JL. Narrative descriptions should replace grades and numerical ratings for clinical performance in medical education in the United States. *Front Psychol*. 2013;4:668. Dans : <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2013.00668/abstract>. Date de consultation : juin 2015.
4. Van der Vleuten CP, Schuwirth LW, Scheele F, Driessen EW, Hodges B. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010;24(6):703-19.
5. Van der Vleuten CP, Schuwirth LW, Driessen EW, Dijkstra J, Tigelaar D, Baartman LK, et coll. A model for programmatic assessment fit for purpose. *Med Teach* 2012;34(3):205-14.
6. Shaw E, Oandasan I, Fowler N, éd. *CanMEDS-FM 2017 Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2017.
7. Collège des médecins de famille du Canada. Principes. Dans : [http://www.cfpc.ca/Les\\_quatre\\_principes/](http://www.cfpc.ca/Les_quatre_principes/). Date de consultation : janvier 2018.
8. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, et coll. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral – partie 1*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada ; 2011.
9. Collège des médecins de famille du Canada. Groupe de travail sur le processus de certification. *Tableau des évaluations en cours de formation*. Trousse d'outils Triple C. [http://www.cfpc.ca/Triple-C-Toolkit\\_fr/](http://www.cfpc.ca/Triple-C-Toolkit_fr/). Date de consultation : janvier 2018
10. Section des enseignants; Collège des médecins de famille du Canada. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences : Étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2011.
11. Groupe de travail sur le processus de certification. *Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada : les objectifs d'évaluation en médecine familiale*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2010.
12. Collège des médecins de famille du Canada. *Normes particulières applicables aux programmes de résidence en médecine familiale agréés par le Collège des médecins de famille du Canada*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2013.
13. Govaerts MJ, Van der Vleuten CP, Schuwirth LW, Muijtjens AM. Broadening perspectives on clinical performance assessment: rethinking the nature of in-training assessment. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2007;12(2):239-60.
14. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med*. 2002;77(5):361-367.
15. Donoff MG. The Science of In-Training Evaluation: Facilitating learning with qualitative research. *Méd. fam. can*. 1990;36:2002-6.
16. Fossey E, Harvey C, McDermott F, Davidson L. Understanding and evaluating qualitative research. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(6):717-32.
17. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990;65(9 Suppl):S63-7.
18. Crossley J, Jolly B. Making sense of work-based assessment: ask the right questions, in the right way, about the right things, of the right people. *Med Educ*. 2012;46(1):28-37.
19. Donoff MG. Field notes: Assisting achievement and documenting competence. *Méd. fam. can*. 2009;55(12):1260-1262.
20. Faculté de médecine et de dentisterie de l'Université de l'Alberta. *Assessment Objectives*. Dans : [www.ualberta.ca/family-medicine/postgraduate/assessment/assessment-objectives](http://www.ualberta.ca/family-medicine/postgraduate/assessment/assessment-objectives). Date de consultation : mai 2017.
21. Schultz K, Griffiths J, Lacasse M. A practical application of Entrustable Professional Activities to inform competency decisions in a Family Medicine training program. *Acad Med* 2015; 90(7): 888-897.
22. Ames DR, Kammrath LK. Mind-reading and metacognition: Narcissism, not actual competence, predicts self-estimated ability. *J Nonverbal Behav* 2004;28(3):187-209.
23. Ehrlinger J, Johnson K, Banner M, Dunning D, Kruger J. Why the unskilled are unaware: Further explorations of (absent) self-insight among the incompetent. *Organ Behav Hum Decis Process*. 2008;105(1):98-121.
24. Schön DA. *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco, CA : Jossey-Bass; 1987.
25. Cook DA, Brydges R, Ginsburg S, Hatala R. A contemporary approach to validity arguments: a practical guide to Kane's framework. *Med Educ*. 2015;49(6):560-75.
26. Telio S, Ajjawi R, Regehr G. The "educational alliance" as a framework for reconceptualizing feedback in medical education. *Acad Med*. 2015;90(5):609-14.
27. Dudek NL, Marks MB, Regehr G. Failure to fail: the perspectives of clinical supervisors. *Acad Med*. 2005;80(10 Suppl):S84-7.
28. Ross S, Schipper S. « Flipping assessment: How documents from teaching can be used to improve teaching ». Atelier lors de la Conférence internationale sur la formation des résidents 2015 – Residency Rediscovered: Transforming Training for Modern Care, Vancouver, C.-B., octobre 2015.

29. McEwen LA, Griffiths J, Schultz K. Developing and successfully implementing a competency-based portfolio assessment system in a postgraduate family medicine residency program. *Acad Med* 2015;90(11):1515-26.
30. Communication, Schultz K, Griffiths J. 2016.
31. Walsh A, Antao V, Bethune C, Cameron S, Cavett T, Clavet D, et coll. *Activités pédagogiques fondamentales en médecine familiale : Un référentiel pour le développement professoral*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2015.
32. Gingerich A, Kogan J, Yeates P, Govaerts M, Holmboe E. Seeing the 'black box' differently: assessor cognition from three research perspectives. *Med Educ*. 2014;48(11):1055-68.
33. Koppula S. A system of faculty development to support competency based medical education – An example from Canada. Présentation orale à l'AMEE 2016, Barcelone, Espagne, août 2016.
34. Ginsburg S, McIlroy J, Oulanova O, Eva K, Regehr G. Toward authentic clinical evaluation: pitfalls in the pursuit of competency. *Acad Med*. 2010;85(5):780-786.
35. Gingerich A, Van der Vleuten CP, Eva KW, Regehr G. More consensus than idiosyncrasy: Categorizing social judgments to examine variability in Mini-CEX ratings. *Acad Med*. 2014;89(11):1510-9.
36. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Profil professionnel en médecine de famille*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2018. [https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/About\\_Us/FM-Professional-Profile-FR.pdf](https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/About_Us/FM-Professional-Profile-FR.pdf).  
Date de consultation : 12 mai 2018.
37. Frank, JR. (réd.). *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada 2005. Dans : [www.royalcollege.ca/portal/pls/portal/!PWEB\\_PORTAL\\_wwpob\\_page.show?\\_docname=511089.pdf](http://www.royalcollege.ca/portal/pls/portal/!PWEB_PORTAL_wwpob_page.show?_docname=511089.pdf)  
Date de consultation : mai 2018.
38. Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, et coll. *CanMEDS – Médecine familiale : Groupe de travail sur la révision du cursus*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2009.
39. Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015. Dans : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-full-framework-f.pdf>. Date de consultation : mai 2018.



THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA



LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA

