



Amélioration de l'exercice de la médecine

Francine Lemire MD CM CCMF FCMF CAÉ, DIRECTRICE GÉNÉRALE ET CHEF DE LA DIRECTION

Chers collègues,

Lors de sa réunion de juin 2015, la Fédération des ordres des médecins du Canada a approuvé un cadre pour l'amélioration de l'exercice de la médecine pour consultation. Le CMFC a collaboré aux démarches qui ont abouti à la création de ce cadre. La philosophie sur laquelle repose le cadre correspond étroitement aux principes qui nous ont guidés jusqu'ici, soit que le maintien de la compétence est un processus dynamique, influencé par le contexte et la portée de la pratique d'un médecin; qu'il doit être fondé sur les besoins d'apprentissage identifiés d'un médecin; et surtout, qu'il doit avoir un effet sur la pratique, et être bénéfique pour nos patients et nos collectivités.

Le cadre pour l'amélioration de l'exercice a beaucoup évolué depuis le travail que nous avons effectué sur la recertification, et ce, dans deux domaines distincts : il est maintenant axé sur l'amélioration de la qualité et il couvre plusieurs éléments de la pratique, soit les rôles administratifs, éducatifs et de recherche, ainsi que les rôles cliniques. Conformément à la documentation distribuée à la réunion de juin, les cinq étapes du processus d'amélioration de l'exercice sont les suivants :

- Comprendre sa pratique.
- Évaluer sa pratique et déterminer ses besoins d'apprentissage.
- Préparer son plan.
- Mettre en œuvre son plan.
- Évaluer les résultats.

La dernière étape guide le début du cycle suivant.

Les sept principes de l'amélioration de l'exercice sont notamment *la transparence* (processus et procédures clairs et peuvent être compris par toute partie prenante, y compris les médecins et le public); *la pertinence* (le cadre concerne la compétence du médecin dans sa pratique et utilise des outils et des processus justes et uniformes); *l'inclusivité* (s'applique à tous les médecins autorisés; la participation est obligatoire); *la transférabilité* (reconnue par tous les ordres responsables de la délivrance des permis d'exercice au Canada et n'empêche pas la mobilité à l'intérieur du pays); *la nature formative du processus* (constructif et éducatif); *l'efficacité* (tient compte des coûts et du fardeau administratif pour le médecin et minimise la redondance); et *l'intégration* (repose sur la collaboration mutuelle).

Jusqu'à maintenant, le programme de Maintien de la certification du CMFC consistait à répondre à nos exigences en matière de développement professionnel continu (DPC) en participant au programme Mainpro®. Est-ce suffisant? Devrait-il y avoir un processus de recertification distinct, dont un des éléments serait la participation au programme MAINPRO?

Cette question a été lancée récemment dans le cadre d'une réunion de la direction du CMFC et de l'*American Academy of Family Physicians*. Aux É.-U., les médecins de famille doivent se recertifier tous les dix ans.¹ Ils doivent compléter régulièrement des modules d'évaluation en ligne tout au long du cycle de dix ans, puis passer un examen de recertification à choix multiples pour conclure toutes ces activités. Les outils d'évaluation permettent de mesurer les connaissances. Compte tenu de la variété des contextes et des champs de pratique, on craint que l'évaluation des connaissances ne soit qu'une facette de la compétence. Au R.-U., les médecins doivent se recertifier tous les cinq ans par l'entremise d'un processus qui comprend des initiatives d'amélioration de la qualité, des enquêtes auprès des patients, et une rétroaction de plusieurs sources tous les ans.² En fait, certains maintiennent que même si ce cycle de recertification a favorisé la transparence et de responsabilité, et qu'il vise à améliorer la sécurité des patients, il est relativement court, et le volume de demandes qui pèsent sur le médecin généraliste peut représenter un défi dans son travail quotidien et les soins cliniques qu'il dispense.

Répondre aux exigences de DPC du CMFC est associé à une performance satisfaisante de la pratique.³ La profession médicale accepte volontiers le DPC comme un élément important du maintien de la compétence, mais elle commence aussi à reconnaître que nos normes doivent être renforcées. Les revues par comité de pairs, les vérifications, les évaluations de multiples sources, les indicateurs cliniques spécifiques à la spécialité, les plans de développement personnel, la mise en œuvre de guides de pratique clinique, les réseaux de pairs formalisés, et l'analyse et la réflexion sur les incidents et les plaintes, sont quelques-uns des outils et des approches qui ont été proposés.⁴

Une discussion préliminaire au sein du CMFC (communication écrite avec Oandasani I., P. Eisener-Parsche, J. Meuser, juillet 2015) sur ce sujet donne lieu à des points de vue particuliers. Nous sommes conscients que la compétence n'est pas simplement *maintenue* : elle évolue et change avec le temps, l'expérience et le contexte. « Vous serez heureux d'apprendre qu'il n'y a pas d'appétit pour les examens; et, compte tenu de la complexité que j'ai décrite, « trouver un seul ensemble d'éléments d'évaluation qui pourrait être appliqué à la validation de la variété de pratiques qui caractérisent notre discipline semble difficile à imaginer. »

Le besoin d'approfondir ces questions relève, en partie, d'un environnement changeant, où la sécurité des patients, la transparence et la responsabilité comptent plus que jamais. Nous n'en sommes qu'au début de notre réflexion et vous invitons à partager vos commentaires avec nous à info@cfpc.ca.

Remerciements

Je remercie Eric Mang et Cheri Nickel pour leur contribution à cet article.

This article is also in English on page 816.

Références à la page 816