

L'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) Volet du développement professionnel continu (DPC)

Une stratégie pour la formation d'un consortium pancanadien AEMC-DPC



Auteurs collaborateurs (par ordre alphabétique)

Comité directeur :

Ian Bowmer, CMC

Craig Campbell, Collège royal

Connie LeBlanc, présidente du comité des doyens au DPC de l'AFMC

Karen Mazurek, FOMC

Jamie Meuser, CMFC

Geneviève Moineau, AFMC (présidente)

Ernest Prigent, CMQ

Sam Shortt, AMC

Gordon Wallace, ACPM

Consultante :

Dorothy Strachan, Strachan-Tomlinson

Gestionnaire, Bureau de gestion de projets, AFMC :

Melissa Shahin

25 août 2014

Table des matières

Introduction	x
Fondements	x
Un bref historique	x
Sommet sur invitation sur l'avenir du développement professionnel continu au Canada	x
AEMC-DPC : un consortium pancanadien	x
But.....	x
Principales caractéristiques.....	x
Résultats à long terme.....	x
Premières réunions du consortium.....	x
Considérations financières	xx
Annexe A : Questions pour structurer la mise en œuvre	xx
Annexe B : Rapport sur le sommet – Sommaire	
Annexe C : Perspectives on the History of Continuing Professional Development in Canada	
Annexe D : The Physician Performance Enhancement System	

Introduction

Un examen exhaustif de l'avenir du continuum de l'éducation médicale pour les médecins du pays s'inscrit dans le cadre du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) lancé en 2007. Le projet sur l'AEMC EMPr a été financé par Santé Canada dans le but de déterminer les types de médecins dont les Canadiens ont besoin, maintenant et à l'avenir. Les recommandations du projet sur l'AEMC EMPr ont été présentées en 2010 et sont actuellement mises en œuvre dans les facultés de médecine canadiennes. Le volet postdoctoral du projet sur l'AEMC (EMPo) a suivi avec des recommandations, et les mesures ont été instaurées en 2012. La mise en œuvre de ces activités transformatrices axées sur la réponse aux besoins évolutifs de la société est en cours. Dans la foulée du succès des volets prédoctoral et postdoctoral, le DPC dans le contexte du projet sur l'AEMC terminera la présentation générale de l'ensemble du continuum de l'éducation médicale à partir des études en médecine à la faculté, durant la résidence ainsi que dans la pratique.

De nos jours, la formation médicale prédoctorale et postdoctorale est offerte par l'entremise des programmes universitaires structurés des facultés de médecine, dont le corps professoral a la responsabilité d'assurer que cette formation satisfait à des normes acceptables. Parallèlement aux normes d'agrément établies dans l'ensemble du continuum de la formation médicale, il existe également, dans le domaine du DPC, des normes d'agrément qui s'appliquent à un petit nombre d'organismes fournisseurs de DPC, ainsi que des normes pour un vaste éventail d'activités d'apprentissage (congrès, programmes d'autoévaluation, simulation) comprises dans les structures de DPC des organismes de certification. Ces normes d'agrément ne s'appliquent pas actuellement aux activités d'apprentissage autodirigé. Différents motifs sont à l'origine de l'offre d'activités d'apprentissage non agréées, dont des programmes de marketing direct de l'industrie.

Dans le contexte de la transition du statut d'apprenant supervisé à celui de membre d'une profession autoréglementée, de la constante évolution de l'exercice de la médecine, de la réorientation des priorités dans la pratique d'un médecin au fil du temps et des décisions lourdes de conséquences que les médecins doivent prendre quotidiennement dans leur pratique, le développement professionnel continu constitue une phase d'importance cruciale de l'éducation médicale. Par le truchement du DPC, nous devons être les modèles d'apprentissage continu à imiter pour les apprenants de tout le continuum et pour d'autres professionnels de la santé.

Fondements

Le développement professionnel continu désigne l'obligation professionnelle des médecins à participer à des activités d'apprentissage qui répondent aux besoins qu'ils ont cernés, enrichissent leurs connaissances, leurs habiletés et leurs compétences dans toutes les dimensions de leur pratique, et améliorent constamment leur rendement et les résultats de santé dans leur champ de pratique. Les trois pivots de cet apprentissage continu sont la formation continue des professions de la santé, le perfectionnement du corps professoral et l'amélioration de la qualité.

1. La formation continue des professions de la santé se concentre sur l'apprentissage continu axé sur l'ensemble des compétences CanMEDS/CanMEDS-MF.
2. Le perfectionnement du corps professoral vise l'apprentissage continu des médecins dont les rôles comprennent l'enseignement et l'éducation, le leadership et l'administration ainsi que la recherche et l'érudition.

3. L'amélioration de la qualité porte sur l'apprentissage continu qui favorise et maintient la sécurité des patients ainsi que la qualité dans les systèmes de santé dans le but d'atteindre l'excellence dans la prestation des soins de santé¹.

La formation médicale prédoctorale et postdoctorale est offerte uniquement au sein de la structure des facultés de médecine et est financée par les ministères provinciaux de la Santé et de l'Éducation; par ailleurs, les activités agréées de DPC sont offertes par une variété de fournisseurs qui comprennent, sans toutefois s'y limiter, les facultés de médecine, les ordres de médecins, les organismes de réglementation, de même que les associations de spécialistes ou autres. De leur côté, les sociétés pharmaceutiques et d'instruments médicaux proposent aux médecins un éventail d'activités non agréées.

Cet environnement complexe dispose de certaines garanties, comme les organismes de délivrance de permis, de réglementation, d'agrément et de certification qui exigent un degré de responsabilité quant au maintien de la compétence. L'environnement actuel renferme également des influences concurrentes de fournisseurs de DPC qui reçoivent des avantages monétaires de programmes et d'organismes, et retirent des gains financiers liés à l'agrément de ces programmes. En outre, les sociétés pharmaceutiques et d'instruments médicaux ont un historique d'influence sur les médecins par l'intermédiaire du financement d'activités qui soutiennent leurs produits ainsi que les médecins qui se sont exprimés en leur nom. Bien que ce conflit d'intérêt manifeste ait été réglé jusqu'à un certain point par l'élaboration de codes de déontologie et de politiques, la communauté n'a pas encore réussi à contrôler ce problème et les enjeux connexes.

Les systèmes actuels d'agrément du DPC sont dotés d'une structure et d'un processus qui établissent et exercent une surveillance de la qualité et de la prestation de certaines composantes du DPC (p. ex., programmes d'apprentissage collectif et d'autoévaluation), donnant lieu à une responsabilité mutuelle, particulièrement pour les organismes fournisseurs. Les éléments encore manquants sont la surveillance du rendement et la transmission périodique des données d'évaluation et des rétroactions aux médecins, soit individuellement ou en groupe, ou aux équipes interprofessionnelles de soins de santé.

Les médecins devraient avoir accès à des données comparatives de résultats sur les soins prodigués à leurs patients. Ces données devraient orienter le choix des activités de DPC suivies par les médecins et déclarées à leur ordre professionnel et organisme de réglementation, en plus de faire état de l'efficacité du DPC. Les activités obligatoires devraient varier selon les champs de pratique, et il serait utile d'effectuer un suivi de l'amélioration des résultats pour les patients et d'en faire rapport. Ces activités, idéalement fondées sur le travail et les habiletés, devraient être offertes dans le milieu de pratique en fonction des besoins. Elles doivent évoluer au fil du temps pour tenir compte de la pratique du médecin.

L'engagement de responsabilité sociale de la profession veut que les Canadiens reçoivent des soins de médecins compétents dans leur champ de pratique tout au long de leur carrière. Et c'est là la responsabilité de la communauté du DPC et l'objectif du consortium AEMC-DPC.

Un bref historique

Des progrès considérables ont été accomplis au cours des quarante dernières années pour promouvoir le DPC au Canada². Quelques-uns étaient le fruit du travail individuel des huit organismes

¹ Yvonne Steinert, Constance LeBlanc, Craig Campbell.

partenaires, alors que d'autres ont été facilités par la réunion d'organismes comme les Conférences d'Aylmer et les initiatives du *Conseil québécois de DPC des médecins*, au Québec. La création d'un système d'agrément pour les organismes fournisseurs de DPC et les activités de DPC a été concrétisée grâce au travail de plusieurs partenaires. Une vaste consultation sur la mise au point du cadre d'un système d'amélioration du rendement des médecins est en cours.

Le processus du projet AEMC-DPC a débuté en décembre 2012 et progresse à un bon rythme. La stratégie proposée suivante découle de plusieurs activités principales réalisées au cours de cette période.

Décembre 2012	L'Association médicale canadienne a parrainé une analyse contextuelle et une consultation nationale sur l'« Avenir de l'éducation médicale au Canada : développement professionnel continu – portée, faisabilité et financement potentiels ». Près de 100 intervenants ont participé à cette activité d'une journée au cours de laquelle la communauté du DPC s'est exprimée clairement sur la nécessité et le désir de concrétiser un projet AEMC-DPC. Un petit groupe de travail a été chargé de formuler une proposition.
Printemps 2013	Une proposition de financement pour un projet AEMC-DPC a été transmise à Santé Canada à deux reprises, mais ces efforts ont été infructueux.
Automne 2013	Les principaux intervenants ont amorcé des discussions sur une collecte de fonds pour faire progresser un volet de DPC du projet sur l'AEMC. Huit organismes partenaires ont fourni les fonds de démarrage :
-	<ul style="list-style-type: none"> - l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC); - le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) - l'Association médicale canadienne (AMC); - l'Association canadienne de protection médicale (ACPM); - le Collège des médecins du Québec (CMQ); - la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC) - le Conseil médical du Canada (CMC); - le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal).
Janvier 2014	Création d'une structure de gouvernance, c'est-à-dire i) un comité de surveillance des directeurs généraux représentant les huit organismes partenaires du projet et ii) un comité directeur aussi composé de représentants des huit partenaires.

² Un bref historique intitulé « Perspectives on the History of Continuing Professional Development in Canada » figure à l'annexe C.

	<p>Engagement initial des directeurs généraux.</p> <p>Diffusion de l'ébauche du document de la FOMC : The Physician Performance Enhancement System (annexe D).</p>
Février 2014	<p>Le comité de surveillance des directeurs généraux a demandé la création d'un document intitulé « Perspectives on the History of Continuing Professional Development in Canada » et a approuvé un budget comprenant des fonds pour i) un sommet national sur invitation; ii) l'embauche d'un consultant pour concevoir et organiser le sommet, et collaborer avec le comité directeur à l'élaboration d'une proposition de stratégie pour le projet AEMC-DPC; iii) établir un secrétariat pendant six mois.</p>
Mars 2014	<p>Le comité directeur, la consultante et le personnel de l'AFMC ont organisé le sommet sur invitation.</p>
25 avril 2014	<p>La consultation du sommet a été menée auprès de plus de 90 intervenants représentant un vaste éventail de groupes au sein de la communauté du DPC au Canada. Dix enjeux ont été dégagés par le truchement d'un sondage préalable à la consultation et ont fait l'objet d'une discussion à l'occasion de la rencontre quant à leur définition, leur portée et leur pertinence au projet AEMC-DPC. La stratégie globale sur le DPC a grandement bénéficié de l'information obtenue durant la consultation.</p>
20 mai 2014	<p>Transmission i) d'un communiqué aux participants du sommet sur invitation et ii) d'un rapport complet sur le sommet au comité directeur du projet.</p>
Juin à août 2014	<p>Élaboration de l'ébauche d'une proposition de stratégie, d'un dossier de décision et d'un budget pour la création du projet AEMC-DPC. Une approche fondée sur la collaboration comprenant la rétroaction des membres du comité directeur indique que la part du volet de DPC du projet sur l'AEMC dans le continuum d'éducation médicale d'un médecin devrait s'éloigner des processus des projets sur l'AEMC EMpr et AEMC EMPo; autrement dit, il ne s'agit pas de produire des rapports et de formuler des recommandations, mais de prendre des mesures concrètes sur les enjeux stratégiques recensés (à l'occasion du sommet, à l'origine) par le truchement de la collaboration entre les organismes intervenants en matière de DPC.</p>

Sommet sur invitation sur l'avenir du développement professionnel continu au Canada

La consultation nationale constituait une activité clé qui a permis de mieux comprendre les attentes de la communauté du DPC à l'égard du DPC au Canada.

L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), en collaboration avec ses partenaires, soit l'Association médicale canadienne (AMC), l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), le Collège des médecins du Québec (CMQ), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC), le Conseil médical du Canada (CMC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal), a tenu cette activité nationale sur l'avenir du développement professionnel continu au Canada au Centre des congrès d'Ottawa le 25 avril 2014.

Objectifs du sommet³

Le sommet a appuyé la démarche collective du partenariat quant à la coordination, la promotion et le soutien de la stratégie pour le volet du développement professionnel continu du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC-DPC). Le sommet avait pour objectifs :

1. de faire connaître aux participants l'historique et le contexte du DPC au Canada;
2. de partager les pratiques exemplaires courantes en matière de DPC au Canada et à l'international;
3. de mener une consultation auprès des participants sur une stratégie pancanadienne de DPC 2015-2018, comprenant la détermination et la description des enjeux, des occasions et des défis, ainsi que la recherche future;
4. de poursuivre la constitution d'une communauté nationale de DPC dynamique et fondée sur la collaboration.

Les commentaires des participants ont signalé que le sommet a constitué un événement crucial pour établir les fondements de l'élaboration d'une voie d'avenir pour le projet AEMC-DPC.

Survol du sommet

Quelque 90 participants, représentant des leaders en DPC, des éducateurs, des organismes de réglementation et des chercheurs, de même que des organismes et établissements clés du Canada se sont présentés à cette activité. Il n'y a pas eu de représentation des patients, ce qui a été considéré comme une grande lacune au sommet. Tout au long du sommet, les participants ont manifesté un ferme engagement à collaborer pour poursuivre sur la lancée de ce qui avait été accompli à ce jour, particulièrement au chapitre de la responsabilité sociale, des preuves de l'amélioration des soins aux patients et de la recherche dans le domaine du DPC. Le climat constructif, réfléchi et enthousiaste de cette rencontre a généré des propositions de suggestions concrètes sur l'avancement du projet sur le DPC dans neuf domaines d'enjeux stratégiques déterminés dans un sondage préalable à la rencontre :

Formation clinique en milieu de travail	Qualité et résultats pour les patients
Conflits d'intérêts	Efficacité prouvée
Modèle de financement	Utilisation de la technologie
Gouvernance	Évaluation du milieu de travail et des compétences
Éducation interprofessionnelle/par équipes	

Pour chacun de ces domaines, les participants ont décrit le défi principal, les aspects importants de l'enjeu et la « question prioritaire à traiter dès le départ ». Cet apport constitue la base de réflexion

³ Se reporter à l'annexe B pour consulter un rapport plus complet sur le sommet.

pour les prochaines étapes concernant chacune de ces lacunes ou questions stratégiques en particulier.

Deux thèmes supplémentaires abordés lors du sommet ont produit des résultats précis. Le premier concerne une définition du DPC dont voici la formulation proposée.

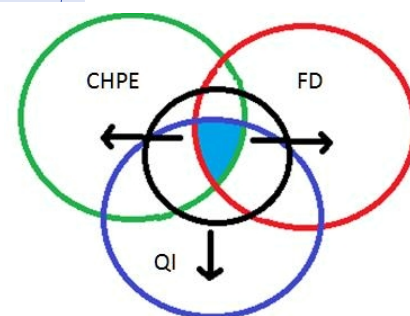
Définition PROVISOIRE du DPC proposée à l'occasion du sommet : *L'obligation personnelle et professionnelle que doivent respecter tous les professionnels de la santé tout au long de leur carrière, qui consiste en un engagement à participer à des activités d'apprentissage qui répondent aux besoins qu'ils ont cernés, enrichissent leurs connaissances, leurs habiletés et leurs compétences dans toutes les dimensions de leur pratique, et améliorent constamment leur rendement et les résultats de santé dans leur champ de pratique.* – Dr Craig Campbell et Dre Constance LeBlanc

Schéma du développement professionnel continu^[1]

Cette ébauche de définition schématique illustre le chevauchement du DPC avec la formation continue des professionnels de la santé (FCPS), le perfectionnement du corps professoral (PCP) (qui comprend également la recherche et l'administration) et l'amélioration de la qualité (AQ) (dont l'aspect de la sécurité des patients), ainsi que son potentiel d'expansion dans ces domaines. Les participants ont en outre reconnu les postulats suivants :

- L'intégration de l'importance des résultats pour la santé représente un grand défi.
- Nous devons envisager l'adoption d'une approche systémique parce que nombre d'entre nous cumulent plusieurs responsabilités, comme celles de cliniciens, chercheurs, administrateurs, éducateurs, etc. L'amélioration de nos capacités, ne serait-ce que dans quelques-uns de ces domaines, aura des répercussions sur les autres.
- La participation de l'ensemble de la communauté médicale à ce débat est essentielle.
- Nous avons besoin d'une définition itérative qui évoluera avec le temps.

Le deuxième thème abordé propose un programme de recherche future pour le projet AEMC-DPC qui éclairera une approche factuelle envers le DPC⁴.



⁴ Veuillez consulter l'annexe B pour un complément d'information.

AEMC-DPC : un consortium pancanadien

Les volets prédoctoral et postdoctoral du projet sur l'AEMC ont chacun donné lieu à la production d'un rapport consensuel qui décrivait une vision nationale collective et proposait des recommandations sur des enjeux dans des domaines précis. Étant donné la plus grande complexité de l'environnement du DPC (comparativement aux initiatives sur la formation prédoctorale et postdoctorale) et le travail déjà entrepris par divers partenaires engagés envers la formation médicale continue, le projet AEMC-DPC adoptera une approche différente en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité des soins aux patients.

La vision du DPC dans le projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) consiste en la création d'un consortium pancanadien qui repose sur le partage d'expertise, de leadership et de responsabilité entre ses partenaires. Plutôt que de formuler des recommandations pour l'avenir, les partenaires du consortium adopteront une approche en temps réel à l'égard de l'apprentissage des médecins et des actions connexes. Les objectifs premiers consistent en une action collective et des comptes rendus périodiques axés sur les résultats transmis entre les partenaires en ce qui a trait aux priorités stratégiques⁵.

But

Le consortium AEMC-DPC vise à contribuer à une meilleure santé et à la prestation des meilleurs soins pour les Canadiens par une augmentation des occasions fondées sur des preuves pour le développement professionnel continu des médecins au moyen d'une action collective axée sur des avantages maximaux pour le système.

Les partenaires du projet AEMC-DPC se sont déjà mobilisés et engagés dans des activités d'enrichissement du DPC à l'intention des médecins au Canada. Le fait d'être membre du consortium AEMC-DPC facilitera la collaboration dans un certain nombre de domaines, permettra un meilleur échange d'informations, améliorera la pensée systémique stratégique et la capacité de changement, et réduira les chevauchements. Cette harmonisation et les synergies qui en découleront augmenteront la capacité de faire progresser le DPC; la valeur du travail du consortium deviendra ainsi supérieure à la somme de ses parties.

Principales caractéristiques

- Ce consortium adoptera une approche évolutive par étapes à un changement systémique complexe de grande échelle en mobilisant les leaders, organismes et intervenants du partenariat à l'égard d'initiatives qui feront progresser le DPC au Canada au-delà ce qui aurait pu être accompli par les organismes agissant séparément.
- Les partenaires du consortium utiliseront une approche factuelle pour délimiter clairement des domaines de l'environnement du DPC dans lesquels le changement serait ou non nécessaire, s'appuyant sur les enjeux initiaux déterminés au cours du sommet d'avril 2014.
- Pour réussir, le consortium doit produire des avantages mesurables pour les systèmes de santé et les intervenants, et offrir une valeur ajoutée réelle aux partenaires, aux médecins en exercice et aux patients.
- Les partenaires veilleront à ce que les changements liés au DPC aient une incidence directe sur les patients et créeront un processus de surveillance des résultats atteints à l'égard de chaque enjeu.

⁵ Se reporter à la page X pour un aperçu des enjeux stratégiques abordés au sommet sur l'AEMC DPC d'avril 2014.

- L'engagement initial prévu pour le consortium va de 2014 à 2015; si les résultats escomptés sont atteints, cette période formera la base d'un engagement à plus long terme.
- Le consortium sera à la fois structuré et souple, et son évolution sera fonction de la réponse aux besoins déterminés par les partenaires.

Voici quelques avantages de la création d'un consortium :

- Les organismes partenaires détermineront les enjeux actuels et élaboreront collectivement des solutions pratiques.
- Les organismes seront mieux alignés vers des buts et activités communs.
- Les chevauchements inutiles dans les activités de DPC (p. ex., examiner au moyen d'une approche factuelle) seront réduits.
- Les soins seront optimisés, plus faciles à évaluer par l'intermédiaire du consortium, et il sera possible de documenter les répercussions sur la qualité et la sécurité en ce qui a trait aux résultats cliniques.
- Une approche coordonnée sur les enjeux stratégiques communs promet un meilleur rapport coût-efficacité (p. ex., des analyses contextuelles visant des enjeux ciblés et des stratégies collaboratives en matière de gestion du changement).

Comme l'indique l'Institute for Innovation and Improvement du service national de santé du Royaume-Uni, « le processus de consortium est émergent en raison de la complexité de la situation; autrement dit, la planification, la conception et les actions connexes évolueront d'après les progrès constatés et les adaptations en fonction des besoins⁶. La souplesse, l'adaptabilité et la mobilisation d'autres parties représentent les clés de la réussite⁷ ».

Résultats à long terme

La création d'un consortium AEMC-DPC pourrait définir ou produire les éléments suivants :

- a. Un changement de culture qui, par un effort collaboratif, ferait d'un système solide le meilleur système au monde.
- b. Un modèle de gouvernance pour le DPC au Canada, comprenant les rôles et responsabilités des ordres de médecins, des collèges, des organismes fournisseurs de DPC et des établissements de soins de santé, entre autres.
- c. Un plus grand nombre de travaux d'érudition sur le DPC.
- d. Un soutien accru de l'accès pour les médecins à des occasions appropriées de DPC.
- e. Les attentes et les exigences relatives à l'engagement des médecins détenteurs d'un permis d'exercice envers le développement professionnel continu qui maintiendra et améliorera leur compétence et leur rendement dans leur pratique.

⁶ Adapté de *Leading Large Scale Change*, NHS Institute for Innovation and Improvement, 2011, p. 28.

⁷ « Il existe un écart entre ce que nous savons et ce que nous faisons. Par conséquent, le rôle principal du consortium est de fournir un lieu où les partenaires peuvent échanger de l'information, apprendre ensemble et se soutenir mutuellement dans la conception, l'application de mesures et la surveillance de stratégies de changement dynamiques en matière de DPC dans tout le Canada. » Adapté de : Institute for Healthcare Improvement *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003. Consultable à www.IHI.org.

- f. Des exigences de déclaration pour les utilisateurs du système national de DPC.
- g. Les ressources et les outils nécessaires pour assurer l'accès aux données sur le rendement.
- h. Le ou les modèles de financement (y compris le soutien financier de l'industrie) nécessaires pour soutenir et maintenir le DPC.
- i. Les exigences en matière de surveillance (incluant les initiatives d'érudition) du système national de DPC pour mesurer ses répercussions sur les apprenants, les fournisseurs de DPC, les ordres de médecins, le système de santé (y compris la qualité et la sécurité des soins) et les résultats pour les patients.
- j. Les exigences propres à l'agrément des organismes fournisseurs et des activités et programmes individuels de DPC.

Termes clés

Les termes utilisés pour décrire le DPC et ses activités revêtent diverses significations pour différentes personnes et organisations (p. ex., une différence entre formation, développement et éducation; évaluation et rétroaction, etc.). Une terminologie commune sera utilisée dans la mesure du possible. Dans des circonstances où un terme aurait des sens différents pour des organismes, une remarque sera insérée pour expliquer que les organismes définissent ce terme différemment.

Premières réunions du consortium

Voici une proposition des prochaines étapes d'après les réunions des partenaires du consortium.

1. Août-novembre 2014

Examiner la stratégie de haut niveau proposée — un consortium pancanadien — et prendre une décision au sujet d'un engagement envers l'approche d'un point de vue stratégique.

Revoir la structure actuelle (comité des directeurs généraux et comité directeur) et décider d'une structure de gouvernance et de principes directeurs en soutien à l'approche au cours des 18 prochains mois. Outre les partenaires actuels, les intervenants additionnels proposés comprennent :

- Santé Canada;
- les gouvernements provinciaux;
- les associations médicales provinciales;
- les associations médicales et de spécialistes;
- les hôpitaux et les services;
- les organismes de réglementation, et les associations et sociétés d'autres professions de la santé;
- d'autres institutions et groupes (p. ex., l'Institut canadien pour la sécurité des patients).

Parmi les facteurs cruciaux de réussite à ce stade figurent :

- l'engagement de tous les conseils et dirigeants des partenaires envers le projet;
- un solide modèle de gouvernance qui favorise la collaboration;
- un soutien financier adéquat des partenaires et potentiellement de Santé Canada;
- un secrétariat compétent et expérimenté;
- des communications régulières entre les partenaires et avec tous les intervenants;
- des rétroactions fréquentes des organismes partenaires.

Produits à livrer

Une stratégie de haut niveau, une structure de gouvernance habilitante, des principes directeurs et une ébauche du mandat du consortium.

La détermination des premiers enjeux stratégiques qui sont prioritaires pour les partenaires et qui permettront un démarrage fructueux pour le consortium.

2. Novembre-mars 2015

Établir une codirection pour les premiers enjeux. Cerner les principales questions liées à chaque enjeu. Réunir les recherches et les pratiques existantes liées au DPC pour chaque enjeu, et établir une synthèse de ce qui est connu et des endroits où se situent les écarts. Examiner comment chaque organisme tire parti des réussites et aborde

ou prévoit d'aborder les enjeux; élaborer des stratégies quant aux secteurs où il serait possible de joindre les efforts afin de rehausser la cohérence et réaliser des gains d'efficacité; considérer ce qui peut être fait pour combler les écarts.

Produits à livrer

Pour chaque enjeu stratégique et les initiatives connexes :

- les questions ou les finalités précises que les initiatives proposées aborderont;
- les principaux publics et organismes cibles;
- les organismes qui élaboreront l'initiative, incluant les organismes partenaires du consortium AEMC-DPC qui seront les codirecteurs;
- l'état actuel des connaissances et de la pratique au sujet de ce thème au Canada et à l'international;
- les plus importants domaines prévus de savoir et de pratique en matière de DPC que cette initiative contribuera à mettre en évidence;
- les stratégies d'évaluation;
- les cadres temporels;
- le mode de financement des travaux.

3. Avril-mai 2015

D'après la synthèse des preuves, les conclusions du sommet au sujet des enjeux stratégiques, les domaines prioritaires des partenaires, de même que les principales questions et réponses ainsi que les réussites et les écarts : déterminer et décrire les initiatives prioritaires pour chaque enjeu. Inclure les approches liées à « tous les aspects du système de DPC ».

Produits à livrer

Pour chaque enjeu stratégique : établir un plan opérationnel en fonction des initiatives prioritaires qui déterminera quels partenaires pertinents collaboreront aux prochaines étapes.

4. À partir de mai 2015

Mettre en œuvre le plan opérationnel pour chaque enjeu prioritaire, incluant les considérations liées à l'application et l'échange des connaissances. La structure du consortium assure une surveillance en veillant à ce que le processus de mise en œuvre s'harmonise avec la vision collective, évite les redondances, mise sur la complémentarité parmi les partenaires, comprenne une stratégie pratique de gestion du changement, etc.

Surveiller les progrès et documenter les résultats.

Produits à livrer

Pour chaque enjeu stratégique : la mise en œuvre et le processus de gestion du changement sont documentés et il en est fait rapport aux partenaires du consortium. Les leçons tirées de l'évaluation (y compris l'apprentissage et l'évaluation sur une base interprofessionnelle ou en équipe) sont consignées afin d'éclairer la manière d'aborder les prochains enjeux.

5. Consultation de grande échelle : selon les besoins

Pour chaque enjeu stratégique et initiative connexe, déterminer les consultations les plus appropriées, ainsi que la manière et le moment de les tenir, par exemple (ordre alphabétique).

- Vaste consultation publique (p. ex., l'Association des patients du Canada et d'autres groupes), y compris la possibilité d'un groupe sélect composé de représentants du public profanes, mais renseignés.
- Groupes de l'AEMC EMPr et de l'AEMC Po et groupe de mise en œuvre stratégique concernant les idées liées au projet sur l'AEMC.

- Décanats locaux (internes) (doyens à l'EMPr, à la FMPD, au DPC) avec des panels du Collège royal (comités consultatifs régionaux) et du CMFC, l'ACPM, les organismes de réglementation, l'AMC, le CMQ, le CMC.
- Industrie.
- Collègues internationaux.
- Collègues interprofessionnels.
- Collectivité de l'application des connaissances.

Ces consultations seront tenues au moyen de diverses méthodes, et à différents moments et endroits (y compris des séances opportunistes dans des réunions déjà organisées), et selon des défis comme la disponibilité et la rentabilité (p. ex., groupes de discussion, webinaires, séances de discussion ouverte, sondages, forums nationaux, etc.).

Produits à livrer

Pour chaque consultation : préparer un rapport qui sera distribué aux personnes ou aux organismes consultés et aux partenaires du consortium.

Joindre une liste synthétisée d'observations et de conclusions, en accordant une attention particulière à la façon dont les résultats des consultations pourraient avoir une incidence sur les enjeux stratégiques connexes et sur le projet AEMC-DPC dans son ensemble.

6. Prendre le pouls du consortium : novembre-décembre 2015

Examiner les progrès réalisés à ce stade. Demander des commentaires sur les prochains enjeux clés à traiter.

Produits à livrer

Présenter des comptes rendus sur les progrès à ce jour pour l'ensemble du consortium et pour chaque enjeu. Inclure des références directes aux principes directeurs pour le consortium et décrire comment les mesures prises à l'égard des enjeux traités à ce jour respectaient ces principes.

Mettre au point une stratégie d'application des connaissances pour les communications avec la communauté du DPC en ce qui concerne les réussites, les écarts restants et la manière dont le consortium entend aborder ces derniers.

Revoir et affirmer la structure et l'approche du consortium, précisant des aspects spécifiques au besoin afin d'assurer que les enjeux et les actions entreprises continuent de tisser un ensemble pancanadien cohérent. Se servir des leçons tirées des résultats des initiatives établies pour renforcer le consortium, procédant collectivement à la création et la prestation d'activités de DPC qui répondent le mieux aux besoins du système de santé canadien.

Déterminer et décrire les nouveaux enjeux prioritaires. Décider de la manière d'aborder ces enjeux d'après les leçons tirées.

Considérations financières

Les commentaires sur l'ébauche initiale de cette stratégie ont indiqué que la plus importante priorité consiste à obtenir l'engagement envers une approche globale (p. ex., un consortium pancanadien) avant de procéder à des estimations de coût détaillées et à l'établissement de budgets particuliers.

À cet égard, la coordination actuelle du projet AEMC-DPC continuera d'appuyer l'engagement actif des partenaires et des membres du comité directeur du projet jusqu'en octobre 2014. Une fois que les partenaires se seront mis d'accord sur la structure de gouvernance, les principaux produits à livrer et un calendrier approximatif, ils pourront amorcer l'élaboration d'un budget et d'un plan de travail à l'intérieur des paramètres convenus pour la portée des travaux et le calendrier.

- Quelques considérations financières préliminaires émergent comme des éléments vitaux à intégrer dans le budget d'un consortium AEMC-DPC.
- Réunions des partenaires du consortium et des principaux intervenants (en personne).
- Un soutien de secrétariat modeste afin de faciliter les communications et favoriser la collaboration.
- Consultations de grande échelle selon les besoins.
- Évaluation de la qualité afin d'assurer que les questions d'importance pour le volet de DPC du projet sur l'AEMC sont traitées.

Le financement du consortium sera de trois types : des contributions en nature de chaque organisme partenaire, un financement de base pour soutenir la création du consortium et des fonds externes (p. ex., Santé Canada, subventions de réunion des IRSC, etc.) pour les activités ciblées. En outre, chacun des enjeux stratégiques et les initiatives connexes seront conçus en fonction des champs d'intérêt et des avantages de collaborateurs précis, et seront donc financés « en nature » au moyen des ressources organisationnelles que chaque collaborateur mettra à disposition. Les coûts globaux du consortium seraient répartis entre les partenaires et pourraient être compensés de façon substantielle par l'obtention d'une subvention de contrepartie de Santé Canada pour les activités ciblées. Quelques partenaires ont soulevé des inquiétudes au sujet d'une dépendance aux fonds de contrepartie. Toutefois, les fonds inutilisés de la phase actuelle de travail réduiront la contribution globale de chaque partenaire.

En fin de compte, l'intention est que le consortium AEMC-DPC soit autofinancé après l'utilisation des fonds initiaux, ou abordable et de fonctionnement à faible coût, à tout le moins.

Les engagements initiaux de chaque partenaire selon ce modèle de financement sont les suivants :

PARTENAIRE	CONTRIBUTIONS EN NATURE	SOUTIEN AU CONSORTIUM	ACTIVITÉS
AFMC	Oui	Montant à confirmer	Selon les besoins
CMFC	Oui	Montant à confirmer	Selon les besoins
AMC	Oui	Jusqu'à 60 000 \$	Selon les besoins
ACPM	Oui	Montant à confirmer	Selon les besoins
CMQ	Oui	Non	Selon les besoins
FOMC	Oui	Montant à confirmer	Selon les besoins
CMC	Oui	Montant à confirmer	Selon les besoins
Collège royal	Oui	Montant à confirmer	Selon les besoins

Annexe A : Questions pour structurer la mise en œuvre

Plusieurs membres du comité directeur ont proposé des questions fondamentales aux fins de considération par les intervenants au moment de l'élaboration d'une trajectoire de mise en œuvre du consortium. Leur transcription est présentée par ordre alphabétique, reconnaissant qu'elles peuvent fournir un point de départ de discussion et qu'elles requièrent une révision, un alignement potentiel avec les thèmes du sommet et un regroupement en sous-thèmes hiérarchisés si elles devaient orienter la mise en œuvre et fournir un fondement pour le financement. Les réponses à ces questions produiront une variété de résultats, comme des principes directeurs, des domaines prioritaires et des mesures d'intervention.

1. À quel point le travail clinique et l'apprentissage se croisent-ils ou devraient-ils se croiser dans le milieu de travail?
2. Les Canadiens doivent recevoir des soins de médecins compétents. Comment procéder pour déterminer et établir les besoins en DPC avec une visée appropriée sur l'accroissement de la qualité et de la sécurité de manière encourageante pour l'ensemble des membres de la profession, ceux qui exercent dans une spécialité clinique à risque élevé et les médecins à « besoins élevés » identifiés comme représentant un plus grand risque pour les patients que leurs pairs dans le même type de pratique?
3. Avons-nous besoin d'une définition générale consensuelle de ce qu'est un médecin compétent — CanMEDS, CanMEDS-MF et le plan directeur du CMC (tout cela paraît quelque peu confus)?
4. Devons-nous aborder la question du temps qu'un médecin doit consacrer à son travail pour conserver sa compétence? Que serait un minimum? Combien de temps un médecin peut-il interrompre la pratique et demeurer compétent?
5. Comment les médecins et les membres des équipes sanitaires peuvent-ils avoir accès aux données sur leur rendement individuel ou collectif et recevoir des commentaires à ce sujet?
6. Comment pouvons-nous améliorer le financement du DPC pour les organismes et les médecins?
7. Comment créer une structure de soutien juridique et politique afin d'offrir une « zone protégée » pour l'apprentissage qui traite de façon appropriée la vie privée des patients et la confidentialité de leurs renseignements personnels de santé, protège adéquatement les données de rendement des fournisseurs et comprend également un volet sur la divulgation de préjudices aux patients et à leurs proches?
8. Comment pouvons-nous combler les besoins des diplômés internationaux en médecine avec une formation appropriée?
9. Comment faire pour aligner nos initiatives de DPC, selon les besoins, avec celles d'autres professionnels de la santé et groupes?

10. Comment pouvons-nous le mieux harmoniser le plan directeur du CMC, CanMEDS 2015 et CanMEDS-MF au continuum de formation et au DPC?
11. Comment pouvons-nous mieux coordonner l'infrastructure actuelle de DPC et en tirer parti, y compris faciliter l'accès pour les médecins en exercice aux centres de simulation?
12. Comment contribuer au perfectionnement du corps professoral dans les centres universitaires?
13. Comment améliorer davantage l'utilisation des lignes directrices de pratique clinique appropriées et réduire les variations injustifiées dans les soins?
14. Comment maintenir les normes d'agrément, et établir et faciliter l'offre de crédits?
15. Comment mesurer les résultats des programmes de DPC dans l'avenir dans le contexte de l'amélioration continue, et quel est le rôle du médecin?
16. Comment favoriser de nouvelles recherches en DPC, et quels thèmes d'intérêt général serait-il nécessaire d'étudier?
17. Comment soutenir la mesure de la pratique et fournir des outils au point de service? Quels sont les mesures et les outils de vérification appropriés pour les résultats cliniques?
18. Comment est documentée la formation adéquate (gain de connaissances, intention de changer de champ de pratique, changement de champ de pratique documenté)?
19. Comment les lacunes dans les connaissances d'un médecin sont-elles découvertes et documentées? Quelles mesures sont-elles prises à cet égard (remédiation, restriction du champ de pratique, retrait du permis) et par quels organismes?
20. Comment devrait-on payer l'élaboration et la prestation de programmes ou de ressources de DPC?
21. Comment la tendance vers la prestation des soins par des équipes peut-elle être reflétée dans le modèle de DPC futur?
22. Comment tirer parti de la formation en leadership existante?
23. Comment le changement de comportement dans la formation et la pratique sera-t-il démontré?
24. Comment le système pourra-t-il assurer que des occasions adéquates de remédiation et de formation existent pour les médecins qui ont besoin de se remettre à jour s'ils ont interrompu ou restreint leur pratique, ou s'ils accroissent leur champ de pratique ou se sentent mal préparés (p. ex., ils iront travailler dans une région rurale et disposeront de peu d'assistance)?
25. Quels sont les coûts raisonnables (en temps et en argent) d'un système d'agrément du DPC pour les organismes fournisseurs de DPC?
26. Quelles sont les incidences de l'élaboration d'un modèle de DPC par compétences sur les apprenants, les organismes fournisseurs de DPC, les organismes de réglementation et les organismes éducatifs?

27. Quelles méthodes seront employées pour établir un plan d'apprentissage approprié pour les médecins?
28. Quelles stratégies de remédiation seront utilisées pour cerner et résoudre les préoccupations liées aux connaissances, à la compétence et au rendement des médecins?
29. Quel sera le rôle de l'évaluation dans le maintien de la compétence et du rendement d'un médecin?
30. Quels rôles les patients devraient-ils assumer dans l'établissement des orientations et des priorités en matière de DPC?
31. Qui peut parrainer une activité éducative, en vertu de quels règlements établis ou approuvés par quels organismes?
32. Qui décide des options d'apprentissage (en personne, en ligne, apprentissage en milieu de travail) qui devraient être offertes aux apprenants, et comment une expérience de qualité est-elle assurée?
33. Qui détermine quels praticiens ont besoin de formation?
34. Qui établira les normes et les processus d'agrément pour les organismes fournisseurs de DPC, les activités de DPC et les activités d'évaluation?
35. Est-ce que l'évaluation deviendra obligatoire et de format sommatif comme condition pour l'octroi du permis, la délivrance de titres et d'autres privilèges liés à la pratique?