

**L'an 3 d'implantation  
de la « Compétence par conception » :  
Des effets négatifs  
qui excèdent encore les avantages théoriques**

**Constats sur la réalité quotidienne de la CPC  
et sa progression depuis juillet 2017**

Rapport du sondage réalisé par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)  
auprès de la cohorte 2019-2020 inscrite en première année de CPC au Québec  
et de la synthèse des groupes de discussion avec des médecins résident·e·s  
en troisième année en CPC (cohorte 2017-2018)

Juillet 2020



*NOTA BENE :*

- (1) Ce document respecte la politique d'édition de la FMRQ à l'effet de privilégier l'écriture épiciène. La Fédération des médecins résidents du Québec compte près de 70 % de femmes.*
  
- (2) Certains termes et principes utilisés dans ce document ne constituent pas la traduction (de l'anglais vers le français) la plus adéquate en raison du fait que celle-ci a été déterminée par une organisation tierce (ex. les termes « Compétence par conception (CPC) » et « activité professionnelle fiable (APC) » sont des traductions de l'anglais émanant des documents officiels produits par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada). La FMRQ a utilisé ces termes en français uniquement pour faciliter la correspondance des termes utilisés dans les documents officiels du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, même si ces termes n'ont parfois pas de sens en langue française au niveau sémantique.*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>L'INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>LES NOTES MÉTHODOLOGIQUES</b>	<b>5</b>
<b>LES PRINCIPAUX RÉSULTATS</b>	<b>6</b>
La formation des médecins résident·e·s	6
La grille de stages ( <i>curriculum mapping</i> ) et l'acquisition de compétences	7
Les APC et les jalons au quotidien	8
Le processus d'évaluation et le comité de compétence	10
La méconnaissance de l'échelle de confiance O-SCORE	12
Les évaluations au quotidien	14
La surcharge administrative de la CPC	17
La CPC et ses effets sur la santé mentale des médecins résident·e·s du Québec	19
Perspectives globales sur la CPC	21
<b>LA CONCLUSION</b>	<b>23</b>
Deux tendances qui inquiètent commencent à se dessiner avec l'implantation de la CPC	24
<b>LES RECOMMANDATIONS</b>	<b>27</b>
<b>LES REMERCIEMENTS</b>	<b>29</b>

## L'INTRODUCTION

Depuis plusieurs années déjà, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) tente d'implanter un nouveau système de formation et d'évaluation au sein des programmes de formation postdoctorale des facultés de médecine du Canada. Ce système est basé sur une approche par compétences que le CRMCC a nommée *Competence by Design* (CBD) traduit en français par la Compétence par conception (CPC). Ce système a pour objectif d'améliorer le système de formation et d'évaluation en place.

Le changement de paradigme dans la formation des médecins résident·e·s que constitue la CPC a pour principale caractéristique d'être basé sur l'acquisition de compétences à travers des comportements observables. En CPC, les étapes d'apprentissage sont placées dans un continuum comprenant des compétences atteintes au fil de la progression individuelle de chaque apprenant·e<sup>1</sup>. Ainsi, le temps et la durée des stages sont vus comme un atout pour l'apprentissage de nouvelles compétences et non comme une contrainte rigide, et les données d'évaluation deviennent des outils longitudinaux qui facilitent l'apprentissage dans une mentalité de croissance continue. En théorie, la CPC promet une flexibilité accrue des milieux et des structures d'enseignement au profit des apprenants, la génération de rétroactions en continu basées sur des observations directes dans une relation de *coaching*, une augmentation de la compétence des médecins résident·e·s au moment de leur certification, et finalement une capacité accrue des médecins à maintenir leurs compétences une fois en pratique autonome.

Depuis juillet 2017, 20 disciplines au Canada ont fait la transition officielle vers la CPC et plusieurs autres spécialités sont en cours de préparation pour les mois et années à venir. L'implantation d'une telle refonte du système d'apprentissage au sein des programmes postdoctoraux en médecine implique de multiples changements qui nécessitent inévitablement de nombreux ajustements une fois l'implantation lancée.

Afin de développer une structure d'évaluation continue de l'implantation de la CPC au Québec et de ses effets sur la qualité de la formation médicale (évaluation des programmes), la FMRQ a mis en place depuis trois ans un programme de recherche qui vise à documenter l'expérience des médecins résident·e·s en CPC sur le terrain. Cet exercice permet de s'assurer que le déploiement de la CPC dans tous les programmes de formation médicale postdoctorale se fasse de façon positive et selon les principes au nom desquels la CPC a été promue. L'exercice permet également de faire des propositions d'amélioration. Au besoin, cette structure permet aussi de soulever des enjeux et de lever des drapeaux rouges si des conséquences néfastes pour les apprenant·e·s découlaient de l'implantation de la CPC dans les programmes ou de la façon de la structurer dans les milieux de formation.

---

<sup>1</sup> En pratique, la résidence au Québec, même pour les programmes en CPC, continue d'être structurée sur une logique de stages par périodes de 28 jours avec une exigence de durée de formation minimale, afin de pouvoir obtenir un permis de pratique (typiquement 2 ans en médecine familiale et 5 ans dans les autres spécialités). Chaque stage est ainsi évalué par un·e ou des médecins superviseur·e·s et ou le comité de compétence, afin d'en déterminer la réussite ou l'échec. Si les médecins résident·e·s sont d'abord des postdoctorant·e·s en formation, ces personnes sont également rémunérées par le Gouvernement du Québec pour les soins qu'elles prodiguent à la population. En ce sens, l'organisation de la résidence, des horaires de travail et de garde est non seulement établie en fonction d'objectifs favorisant l'apprentissage, mais également en fonction de la bonne organisation des équipes de soins chargées de répondre aux besoins des patients.

La FMRQ a alloué des ressources humaines et financières afin de mettre en place une telle structure d'évaluation continue et elle a mandaté son comité des affaires pédagogiques en spécialités pour superviser son opérationnalisation. Ainsi, plusieurs études et sondages ont été menés auprès des médecins résident·e·s afin de permettre de dégager une perspective globale des enjeux de la CPC à chaque étape de la formation postdoctorale. Dès la première année d'implantation de la CPC, la FMRQ a interrogé 26 des 32 médecins résident·e·s (R1) en CPC, par l'entremise d'entretiens semi-dirigés tenus en février 2018. L'analyse de ces entretiens a mené à un premier rapport contenant quinze (15) recommandations visant à améliorer le processus d'implantation de la CPC dans les deux premiers programmes lancés en CPC.

À l'hiver 2019, la FMRQ a voulu mesurer la progression de l'implantation de la CPC au Québec à partir des recommandations qu'elle avait formulées un an plus tôt. Pour ce faire et compte tenu du nombre grandissant de médecins résident·e·s en CPC, la FMRQ avait élaboré un questionnaire qu'elle a administré par le biais de la plateforme SurveyMonkey à l'ensemble des médecins résident·e·s des huit programmes en CPC. Au total, 67 % des médecins résident·e·s visé·e·s avaient complété ce sondage, ce qui a permis à la FMRQ de conclure que beaucoup de travail restait à faire avant d'affirmer que l'implantation de la CPC avait un certain succès.

En cette troisième année d'implantation de la CPC dans nos programmes de résidence à travers le Canada, la FMRQ a décidé de sonder, encore une fois, tou·te·s les médecins résident·e·s du Québec nouvellement entré·e·s dans un programme en CPC en juillet 2019, par le biais d'un questionnaire leur étant exclusivement destiné. De plus, la FMRQ a voulu savoir où en était la CPC implantée 30 mois plus tôt avec les médecins résident·e·s ayant débuté leur résidence en CPC en juillet 2017 et qui étaient donc maintenant à mi-parcours (R3) de leur formation postdoctorale.

Ce rapport présente ainsi les faits saillants du sondage auprès des médecins résident·e·s ayant débuté la CPC depuis juillet 2019 et la synthèse des groupes de discussion avec des médecins résident·e·s en troisième année en CPC. L'objectif est d'établir des constats sur la réalité quotidienne de la CPC, sur sa progression depuis juillet 2017 et sur l'évolution de divers éléments de la CPC soulevés dans nos enquêtes initiales et de soumettre des recommandations en lien avec ces constats.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Nous précisons que le sondage auprès des médecins résident·e·s nouvellement entré·e·s dans un programme en CPC et les groupes de discussion auprès des R3 ont été complétés avant le début de la pandémie de la COVID-19 au Québec. Ainsi, les réponses des participants n'ont pas été teintées par le contexte de crise engendrée par la pandémie. Ceci dit, la COVID-19 aura certainement un impact sur la transition vers la CPC pour les spécialités qui ont amorcé la transition et pour celles à venir, notamment en termes de charge de travail pour les médecins résident·e·s et les médecins superviseur·e·s déjà surchargé·e·s, physiquement, émotionnellement et cognitivement. Cette crise aura possiblement exposé la fragilité du système d'éducation médicale au Canada et démontré la nécessité d'assurer une certaine flexibilité dans l'application de la CPC dans nos programmes, de manière à protéger la santé mentale et physique de nos apprenant·e·s, ainsi que celle de nos superviseur·e·s.

## LES NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Le questionnaire utilisé pour le sondage de 2020 a été élaboré après consultation auprès de représentant·e·s du comité des affaires pédagogiques - Spécialités de la FMRQ, à partir des principales recommandations formulées par la FMRQ au printemps 2018 et du questionnaire de 2019. Il a ensuite été testé auprès de plusieurs médecins résident·e·s dans différentes disciplines. Le sondage visait à mesurer l'évolution de l'implantation de la CPC et son impact sur les médecins résident·e·s nouvellement en CPC au Québec. Le questionnaire comportait près de 40 questions, dont plus d'une demi-douzaine à développement. Il a également été convenu d'administrer ce questionnaire au même moment de l'année qu'en 2019, soit après sept mois d'exposition à cette nouvelle approche pédagogique pour les médecins résident·e·s dans les programmes en CPC.

Au total, 358 médecins résident·e·s nouvellement entré·e·s dans un des programmes en CPC en juillet 2019 ont reçu une invitation, par courriel, à prendre part au sondage. Ce chiffre inclut les médecins résident·e·s de tous les programmes nouvellement assujettis à la CPC en 2019-2020<sup>3</sup> ainsi que ceux et celles qui ont débuté leur formation en juillet 2019 dans des programmes ayant déjà fait la transition vers la CPC au cours des années précédentes (l'anesthésiologie et l'ORL/chirurgie cervico-faciale, de même que la médecine d'urgence, la pathologie judiciaire, l'oncologie médicale, la néphrologie, les fondements chirurgicaux et l'urologie). L'invitation à participer au sondage a été envoyée aux médecins résident·e·s visé·e·s le 7 février 2020 et trois rappels par courriel ont été faits, soit les 14 et 21 février et le 2 mars 2020. Contrairement à l'an passé, aucun rappel téléphonique n'a été effectué, mais la période de sondage a été prolongée d'une semaine afin de permettre au plus grand nombre possible de médecins résident·e·s d'y participer. La période de collecte de données s'est ainsi terminée le 5 mars 2020. Le taux de participation au sondage a été de 45 % (161/358), avec une marge d'erreur de 5,7 %, 19 fois sur 20.

Quant aux groupes de discussion avec les R3, la FMRQ a contacté les 32 médecins résident·e·s en anesthésiologie et en ORL/chirurgie cervico-faciale ayant commencé leur formation en CPC en juillet 2017. Au final, 20 (63 %) d'entre eux et elles ont été rencontré·e·s dans le cadre de quatre réunions organisées dans trois grands centres, soit Montréal (2 réunions), Québec et Sherbrooke. Ces groupes de discussion se sont tenus en février 2020 dans des salles de réunion neutres loin des milieux de formation. Chaque participant·e a reçu un repas et un jeton de présence<sup>4</sup> pour sa participation. Trois représentant·e·s de la FMRQ ont assisté à chacune de ces rencontres. Les discussions ont été animées par le directeur de la recherche de la FMRQ et les notes ont été prises par les deux autres représentant·e·s de la FMRQ. Ces groupes de discussion n'ont pas été enregistrés et seuls les témoignages ne permettant pas d'identifier des participant·e·s sont utilisés dans ce document, et ce, afin de protéger la confidentialité des échanges.

---

<sup>3</sup> Les 12 nouveaux programmes ayant débuté en CPC en 2019-2020: anatomopathologie, chirurgie cardiaque, médecine de soins intensifs, gastroentérologie, médecine interne générale, pathologie générale, gériatrie, médecine interne, neurochirurgie, obstétrique et gynécologie, radio-oncologie, rhumatologie.

<sup>4</sup> Un montant de cent cinq dollars a été versé par la FMRQ aux participants aux groupes de discussion pour rembourser des coûts afférents à ces rencontres, selon la politique de la FMRQ pour la participation à des comités pédagogiques externes.

## LES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Nous présentons ici les résultats à la fois du sondage auprès des médecins résident·e·s qui en sont à leur première année en CPC et ceux des groupes de discussion. Les résultats sont regroupés par thèmes généraux résumant les principaux enjeux soulevés. Les données quantitatives émanant des sondages sont discutées d'abord, puis l'interprétation qualitative des groupes de discussion vient préciser ou illustrer certains aspects. Le quotidien des médecins résident·e·s en CPC consiste essentiellement à planifier, identifier, effectuer et faire évaluer des *activités professionnelles confiées* (APC) à l'aide de l'échelle de confiance O-SCORE, et à faire approuver ces évaluations par leurs médecins superviseur·e·s (patron·ne·s) en espérant par la suite une réponse positive d'un comité de compétence par rapport à leur progression. C'est ainsi, sans surprise, que ces éléments de la CPC se retrouvent au cœur des commentaires recueillis auprès des quatre groupes de discussion.

### La formation des médecins résident·e·s

#### Sommaire

- Plus du quart (27 %) des médecins résident·e·s ne reçoivent pas de formation sur la CPC en début de résidence.
- Le contenu de la formation s'est amélioré, mais le taux de satisfaction demeure encore relativement bas.
- Il y a un manque de clarté sur plusieurs éléments-clés : les APC, l'échelle de confiance O-SCORE et la progression en CPC.
- Il y a une grande variabilité entre les formations que reçoivent les médecins résident·e·s et les superviseur·e·s.

Depuis le début de l'implantation de la CPC au Canada, la FMRQ recommande que la diffusion d'information et la formation des médecins résident·e·s et des médecins superviseur·e·s se fassent avant ou au tout début de l'année académique, incluant pour les médecins résident·e·s sénior·e·s qui ne sont pas dans une cohorte en CPC, mais dont le programme l'est. En 2020, 40 % des médecins résident·e·s nouvellement en CPC sondé·e·s avaient reçu une formation avant le début de l'année académique. En 2019, les résultats étaient sensiblement les mêmes, soit 44 %. Quant à la formation sur la CPC obtenue après le début de l'année, 33 % des médecins résident·e·s de 2019-2020 nouvellement en CPC affirment avoir suivi de la formation sur la CPC dans leurs trois premières périodes de stage. Ainsi, cette année, près de trois médecins résident·e·s sur quatre ont reçu de la formation sur la CPC en début de résidence, tandis que 27 % des médecins résident·e·s n'en auraient pas reçu.

Quant au contenu de la formation, bien qu'une proportion grandissante de médecins résident·e·s semblent généralement satisfait·e·s de celui-ci (54 % en 2020 vs 38 % en 2019), le taux de satisfaction demeure relativement bas. De plus, plusieurs rapportent encore un manque de clarté autour de plusieurs éléments-clés de la CPC, dont les APC, l'échelle de confiance O-SCORE et la progression. Plusieurs ont mentionné qu'ils auraient aimé avoir des indications et des conseils un peu plus précis sur la façon de faire remplir les APC sur le terrain. Il semble aussi y avoir une grande variabilité entre les formations que reçoivent les médecins résident·e·s des divers programmes, ainsi qu'entre ce que reçoivent les médecins résident·e·s et les médecins superviseur·e·s. Un·e participant·e mentionnait ceci : « Le processus est partiellement expliqué petit à petit, et ce, autant aux patrons qu'à la direction de l'enseignement et aux médecins résident·e·s. Nous avons tous des sources/informations différentes. »

## La grille de stages (*curriculum mapping*) et l'acquisition de compétences

### Sommaire

- La connaissance des médecins résident·e·s par rapport à la grille de stages (*curriculum mapping*) ne s'est pas améliorée depuis l'an dernier.
  - 61 % des médecins résident·e·s rapportent avoir reçu un tel échéancier versus 69 % lors du sondage l'an dernier.

Cette année, la FMRQ a souhaité mesurer des éléments spécifiques relatifs à l'opérationnalisation au quotidien de la CPC chez les médecins résident·e·s. La première question soulevée avait trait à l'organisation de la CPC et l'intégration de la progression individuelle dans l'organisation traditionnelle des stages en résidence dans le temps et dans l'espace. Cela passe souvent par l'appariement de l'acquisition de compétences mesurées par les APC avec des stages propices à l'acquisition de ces compétences, souvent appelé le *curriculum mapping*.

À cet égard, la FMRQ a demandé aux médecins résident·e·s nouvellement en CPC si un tel échéancier (*curriculum mapping*) leur avait été fourni, ce à quoi 61 % des répondant·e·s au sondage de 2020 ont répondu par l'affirmative et 29 % par la négative, alors que 9 % ne le savaient pas. L'an dernier, ce sont plutôt 69 % des médecins résident·e·s nouvellement arrivés en CPC qui avaient affirmé avoir reçu un tel échéancier.

La FMRQ avait recommandé que les programmes s'assurent de fournir un échéancier ferme permettant d'apparier chaque APC avec un stage spécifique propice à son évaluation. Cette pratique fait d'ailleurs déjà partie des tâches des programmes, en prévision de l'implantation de la CPC, tel que recommandé par le Collège royal. Or, nous ne pouvons que conclure qu'il n'y a pas eu d'amélioration cette année dans la production d'échéanciers, ou de *mapping*, afin de permettre un appariement entre les exigences de la CPC et celles des stages.



## Les APC et les jalons au quotidien

### Sommaire

- Une plus grande proportion de médecins résident·e·s affirme que les critères d'évaluation des APC et des jalons leur ont été présentés, du moins en partie.
- Le nombre d'APC, de jalons et d'observations à effectuer demeure excessif.
- Les descriptions des APC et des jalons sont souvent difficiles à appliquer en pratique.
  - Des exemples concrets permettent de clarifier l'interprétation.
- Il y a une augmentation du nombre de médecins résident·e·s qui considèrent que les APC ne reflètent pas leur pratique clinique.
  - La pertinence de certaines APC est à revoir.
- Les médecins résident·e·s ont l'impression d'être dans une course aux APC qui nuit à la fois à leur apprentissage et à la prestation de soins aux patient·e·s.

De façon générale, les médecins résident·e·s ont une bonne compréhension du fonctionnement global de la CPC, incluant les APC, les jalons et le nombre requis d'observations. Par ailleurs, les médecins résident·e·s ont été interrogé·e·s à savoir si les critères d'évaluation des APC et des jalons individuels leur avaient été présentés et clairement définis. Une très légère amélioration a pu être constatée à cet égard par rapport à l'an dernier. Même si une proportion équivalente de médecins résident·e·s a répondu par l'affirmative à cette question cette année par rapport à l'an passé (32 % en 2020 vs 33 % en 2019), une plus grande proportion de médecins résident·e·s disent n'avoir eu des présentations quant aux critères d'évaluation des APC et des jalons qu'en partie, dans une proportion de 53 % en 2020 comparativement à 45 % en 2019.

Bien que le nombre d'APC et de jalons ait été revu à la baisse dans certains programmes l'an dernier, il semble que cet enjeu demeure important pour les médecins résident·e·s. Nous avons interrogé les médecins résident·e·s sur le nombre d'APC, de jalons et d'observations exigés dans chacun des programmes. En général, la majorité des médecins résident·e·s trouvent que le nombre d'APC (51 %), de jalons (63 %) et d'observations par APC (71 %) exigés est excessif.

Parallèlement et malgré des ajustements apportés dans le passé quant au nombre d'APC à compléter, cet aspect de la CPC demeure toujours un enjeu pour les médecins résident·e·s en 3<sup>e</sup> année d'implantation de la CPC qui ont participé aux groupes de discussion. Plusieurs médecins résident·e·s se disent découragé·e·s, voire même dépassé·e·s, par le nombre d'APC exigées à ce stade-ci de leur formation. Plusieurs nous ont également fait part de l'existence de quelques absurdités quant au nombre de sous-éléments à faire pour chaque APC. Ainsi, il y aurait au total, selon un·e participant·e, 186 observations à faire documenter durant l'étape de la « Maîtrise de la discipline » en ORL quand on y inclut toutes les répétitions au sein de la même APC. En plus de leur nombre, les participant·e·s aux groupes de discussion nous ont rapporté plusieurs problèmes concernant les descriptions des APC et des jalons à compléter. Les libellés sont souvent trop vagues, longs ou complexes, et parfois trop précis ou détaillés au point de les rendre inapplicables sur le terrain. Toutefois, les participant·e·s ont observé que, lorsque des exemples étaient fournis, l'interprétation des APC par les médecins résident·e·s et par les patrons s'en trouvait facilitée, ce qui aidait aussi aux évaluations.

Les médecins résident·e·s ont aussi été invité·e·s à évaluer si les APC et les jalons spécifiques à leur spécialité en CPC reflétaient bien la pratique dans leur milieu de formation principal. Près de la moitié (49 %) des médecins résident·e·s ont affirmé que c'était le cas, soit un peu moins qu'en 2019 (56 %). En parallèle, une plus grande proportion de médecins résident·e·s ont affirmé que ce n'était pas le cas en 2020 (37 %), comparativement à seulement 13 % en 2019. Par conséquent, il semble que pour les médecins résident·e·s nouvellement entré·e·s dans les programmes en CPC en 2019-2020, les APC reflètent encore moins bien la pratique dans leur spécialité que pour leurs prédécesseur·e·s.

Enfin, certaines APC seraient tout simplement impossibles à faire, soit parce que les techniques exigées ne se font pas au Québec ou encore, parce qu'elles se présentent tellement rarement qu'il est impossible d'en faire à moins d'avoir la « chance » que cela survienne dans le cadre de son stage. En fait, un·e participant·e résume sa vision des APC ainsi : « C'est clair que c'est écrit par quelqu'un en haut, qui ne sait pas ce qui se passe en bas ».

Les participant·e·s aux groupes de discussion nous ont fait part de quelques conséquences directes du nombre excessif d'APC et du manque de clarté de leur description. Par exemple, des médecins résident·e·s nous ont souvent mentionné le fait d'avoir manqué une opportunité d'apprentissage et d'évaluation simplement parce qu'ils et elles n'arrivent pas toujours à reconnaître les APC lorsque celles-ci se présentent. Rares sont ceux et celles qui ont la chance de planifier d'avance, avec leurs patron·nes, les APC à faire dans une période donnée.

Selon un·e participant·e, il est impossible de connaître tous les APC, jalons et observations nécessaires par cœur. Selon d'autres, les médecins résident·e·s n'arrivent pas à se souvenir de toutes les APC à faire, ce qui serait encore plus vrai pour les patronn·e·s. Un·e participant·e a dû créer son propre fichier électronique de toutes les APC et leurs sous-éléments à compléter et nous dit suivre littéralement cette liste, à la recherche constante d'occasions de faire des APC. Certain·e·s font référence à la recherche d'APC comme s'ils ou elles jouaient à *Pokémon Go*, toujours sur le radar pour trouver des APC à faire évaluer.

Selon certain·e·s médecins résident·e·s, cette course incessante aux APC nuit à la prestation de services aux patient·e·s, puisque lorsqu'une occasion d'effectuer une APC se présente, mais que le ou la superviseur·e n'est pas sur les lieux pour l'évaluer, les médecins résident·e·s se retrouvent devant le choix absurde de soigner un patient ou d'attendre l'arrivée d'un·e patron·ne pour faire reconnaître la compétence en cause.

Pour mieux illustrer l'enjeu des APC, de l'apprentissage et de la prestation de service, des participant·e·s disaient : « Lorsqu'on complète des compétences, on ne gère plus notre patient. Je ne gère plus mes patients, je gère des APC. »

## Le processus d'évaluation et le comité de compétence

### Sommaire

- On note une légère amélioration de la connaissance des médecins résident-e-s par rapport au processus de progression et au comité de compétence.
  - Toutefois, le cadre réglementaire et les décisions demeurent vagues et manquent de transparence.
- Les suivis de progression du comité de compétence sont incomplets, se résument à quantifier la progression du ou de la médecin résident-e selon le nombre d'APC et offrent peu de rétroaction leur permettant de comprendre leur progression.
- Il y a une pression énorme des programmes à réaliser des APC et une fausse croyance que le nombre d'APC à réaliser est une exigence ferme.
- Les médecins résident-e-s ressentent cette pression et vivent de la culpabilité lorsqu'ils et elles manquent des occasions d'APC, même si c'est dans le cadre de vacances et d'absences justifiées.
- Les médecins résident-e-s ont le sentiment d'être un sujet de recherche.
- Les médecins résident-e-s croient qu'il est impossible de réaliser toutes les APC et ont l'impression que tout le processus d'évaluation en CPC est futile.

Un des éléments centraux du quotidien des médecins résident-e-s en CPC, qui soulève plusieurs interrogations, concerne le processus d'évaluation et de progression en CPC. Nous avons demandé aux médecins résident-e-s si le processus global d'évaluation et de progression en CPC leur avait été clairement expliqué, ce à quoi 42 % des médecins résident-e-s ont répondu oui et 53 %, en partie. Par contre, seulement 40 % affirment que le rôle et le fonctionnement du comité de compétence leur ont été expliqués et 46 % disent que cela a été fait en partie. Il s'agit tout de même d'une amélioration par rapport à l'an dernier, puisque seulement 37 % des médecins résident-e-s avaient dit avoir bénéficié de ces explications et un autre 37 % avaient dit avoir eu des explications partielles sur le comité de compétence. Par ailleurs, le cadre réglementaire et les décisions du comité de compétence semblent demeurer flous pour les médecins résident-e-s. Il y a, entre autres, beaucoup d'incertitude quant au nombre requis d'observations par APC, de même qu'à propos de la nécessité de remplir toutes les évaluations pour la promotion entre les étapes et de compléter toutes les APC.

Des répondant-e-s nous mentionnent ceci : « On est évalué-e-s par un comité [...] qui clairement ne se met pas à la place des médecins résident-e-s et ne comprend pas notre réalité. Il n'y a pas de considération de notre progression globale ».

Différentes problématiques concernant le comité de compétence ont aussi été soulevées par les participant-e-s dans le cadre des groupes de discussion. Presque la totalité des médecins résident-e-s des deux programmes concernés dans les quatre facultés ont reçu un suivi par courriel du comité de compétence depuis le début de leur résidence et la majorité doute fortement de l'utilité de ces courriels. En fait, les suivis périodiques se font, mais l'information communiquée varie grandement entre les programmes et les facultés. En règle générale, tous les suivis font état de la progression en CPC des médecins résident-e-s vers la prochaine étape, mais les barèmes utilisés pour arriver à de tels constats semblent nébuleux pour l'ensemble des participant-e-s. Les médecins résident-e-s sont informé-e-s si leur progression se passe bien de l'avis des membres du comité, mais sans plus de détails sur la performance ou sur les améliorations à apporter. Plusieurs ont déploré un manque de transparence et une absence de barèmes clairs pour que les médecins résident-e-s puissent suivre leur propre progression, en attendant la décision du comité de compétence. Ce fait est amplifié par la variabilité de l'application de l'échelle de confiance O-SCORE, abordée ci-après.

Dans plusieurs programmes, l'évaluation du comité de compétence semble surtout servir à communiquer le niveau de satisfaction des programmes concernant le nombre d'APC complétées. Plusieurs participant·e·s ont affirmé que leurs programmes les poussaient à faire toutes les APC et que les communications émanant des comités de compétence ne serviraient qu'à confirmer cet aspect. Par exemple, en parlant de suivi du comité de compétence, les médecins résident·e·s nous ont confirmé recevoir des rapports très sommaires les incitant à remplir plus d'APC. Des médecins résident·e·s ont même dit avoir reçu des menaces de devoir « reprendre des stages » si davantage d'APC n'étaient pas complétées.

L'obligation ou non de faire toutes les APC a d'ailleurs suscité beaucoup de discussions et d'interrogations qui ont même dû faire l'objet d'un suivi après les rencontres des groupes de discussion. Malgré le message du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) à l'effet que les programmes devraient être flexibles dans le nombre d'observations et d'APC à compléter pour progresser dans la résidence, plusieurs programmes ne respectent pas ce mot d'ordre et exercent une pression indue sur les médecins résident·e·s pour qu'ils et elles complètent toutes les APC « à la lettre ». Dans certains milieux, il est suggéré de faire une APC par jour, peu importe les circonstances. Cette pression semble ajouter au stress déjà élevé de la résidence et génère un sentiment de culpabilité chez des médecins résident·e·s lorsqu'ils ou elles s'absentent d'un stage, que ce soit pour des activités de formation ou des vacances. C'est ce qui a fait dire à certain·e·s participant·e·s que : « Si tu ne fais pas une APC un jour, c'est une journée de résidence perdue ». Un·e autre a dit : « On se sent mal de prendre des journées off [d'études ou de vacances], parce qu'on va manquer des APC ».

Malgré les pressions des programmes pour faire le plus d'APC possible, la plupart des médecins résident·e·s sont d'avis qu'ils et elles ne pourront pas toutes les compléter d'ici la fin de leur résidence. La majorité se perçoivent ainsi comme des sujets expérimentaux sur qui on teste un nouveau système de formation et d'évaluation et espèrent que, dans les circonstances, les instances universitaires les laisseront terminer leur résidence dans les temps prévus, compte tenu des enjeux en cause dans la prolongation de la formation d'un·e médecin.

## La méconnaissance de l'échelle de confiance O-SCORE

### Sommaire

- Une majorité de médecins résident·e·s disent ne pas être familiers avec l'échelle de confiance O-SCORE.
- Le seuil de réussite pour une APC n'est pas uniforme entre les programmes et a même changé en cours de route dans certains programmes.
- Les médecins superviseur·e·s sont encore trop peu familiers avec l'échelle de confiance O-SCORE.
  - Plusieurs sont hésitant·e·s à attribuer la note de 5/5, ce qui nuit ultimement à la progression des médecins résident·e·s.
- Une formation pour tou·te·s les patron·ne·s, où l'on explique concrètement l'utilisation de l'échelle de confiance O-SCORE et l'impact des « scores sur 5 » serait bénéfique selon les médecins résident·e·s.

L'évaluation des jalons et des APC dans le cadre de la CPC, telle que promue par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), se base sur l'échelle de confiance O-SCORE (Ottawa Surgical Competency Operating Room Evaluation). Le sondage de cette année interrogeait les médecins résident·e·s à savoir s'ils et elles étaient tout à fait, assez, ou pas du tout familiers avec l'échelle de confiance O-SCORE. À cet égard, plus de la moitié (51 %) des médecins résident·e·s ont dit ne pas être familiers du tout avec cette échelle, sept mois après le début de leur résidence en CPC, alors que 39 % ont dit être assez ou tout à fait familiers avec celle-ci. Ce résultat nous apparaît préoccupant, puisque les évaluations avec l'échelle de confiance O-SCORE sont au cœur de l'évaluation des compétences.

La compréhension de l'échelle de confiance O-SCORE demeure donc problématique non seulement pour les médecins résident·e·s, mais également pour les médecins superviseur·e·s. Des répondant·e·s au sondage nous mentionnent que : « Le O-SCORE dépend de l'évaluateur plus que de ma performance. Beaucoup sont hésitants à mettre un score de 5, car ils pensent que cela reflète une note parfaite. »

Au cours des groupes de discussion, les médecins résident·e·s nous ont aussi fait part de problèmes importants dans l'application de l'échelle de confiance O-SCORE lors de leurs évaluations. Il a notamment été question de confusion dans l'évaluation des APC par rapport aux exigences formulées selon l'échelle de confiance O-SCORE. La description des APC et l'échelle de confiance O-SCORE ne laisseraient pas place à l'interprétation de la « confiabilité » selon le niveau de progression du ou de la médecin résident·e, ni par rapport à son niveau d'expérience. Certain·e·s patron·ne·s auraient même affirmé qu'ils ne laisseraient jamais des médecins résident·e·s réaliser des APC qu'ils et elles jugent, à tort, d'un niveau supérieur. L'autre élément de confusion relié à l'échelle de confiance O-SCORE proviendrait du niveau d'autonomie attendu des médecins résident·e·s dans l'exercice de certaines compétences. Quand vient le temps d'évaluer une APC, plusieurs patron·ne·s hésiteraient à affirmer que le ou la médecin résident·e est pleinement autonome – en cochant, comme il se doit, dans l'échelle qu'il ou elle n'avait pas à être présent·e – de crainte que cela ne soit interprété comme s'ils ou elles n'avaient pas assumé leurs tâches de supervision et que cela puisse avoir des répercussion en termes médico-légaux en cas d'erreur médicale.

Un dernier grand enjeu relevé autour de l'échelle de confiance O-SCORE serait attribuable à ce qui est considéré comme une APC « réussie ». Plusieurs se sont fait dire, par exemple, qu'une évaluation 3/5 serait suffisante pour qu'une APC soit considérée comme étant réussie par le comité de compétence, alors que d'autres se sont fait dire qu'il fallait un 4/5, et même un 5/5. Dans certains programmes, ce niveau aurait même changé au fil du temps, parfois rétroactivement, modifiant ainsi drastiquement le portrait des APC réussies pour plusieurs médecins résident·e·s. En fait, selon les médecins résident·e·s rencontré·e·s, il n'y aurait pas de standard au sein des programmes et des facultés concernant ce qu'est une APC « réussie », ce qui complique le suivi des APC, tout en ajoutant un stress dans l'attente de la décision du comité de compétence dans l'évaluation globale de la progression d'un·e médecin résident·e.

Toute cette confusion fait dire aux médecins résident·e·s en 3<sup>e</sup> année de CPC que nous avons rencontré·e·s, que les patron·ne·s ne comprennent pas l'échelle de confiance O-SCORE, même 30 mois après le lancement de la CPC. Il y aurait tout de même de l'espoir. Des participant·e·s ont témoigné de l'effet positif d'une présentation expliquant le fonctionnement de l'échelle de confiance O-SCORE par une personne compétente en pédagogie médicale. Cette démarche a permis d'établir, entre autres, une compréhension commune de l'application de l'échelle de confiance O-SCORE à l'ensemble du programme et de grandement améliorer la situation dans ledit programme. Le fait d'expliquer à tou·te·s les patron·ne·s en même temps que de cocher la case « *Je n'avais pas besoin d'être présent* » ne veut pas dire que le patron n'était pas dans la salle, mais plutôt que le ou la médecin résident·e était assez autonome pour réussir l'activité seul·e, peut apparaître simpliste, mais cela semble avoir été bénéfique, selon les participant·e·s.

## Les évaluations au quotidien

### Sommaire

- Le processus pour remplir une APC est très exigeant et repose presque entièrement sur les épaules des médecins résident·e·s.
  - Il y a peu de support administratif offert aux médecins résident·e·s.
  - Les outils informatiques sont imparfaits.
  - Les délais sont encore trop longs.
- Il subsiste un malaise à devoir harceler les patron·ne·s pour remplir les APC, ce qui risque de nuire aux évaluations futures si on insiste trop.
  - On choisit les superviseur·e·s selon qu'ils sont de bons ou mauvais « *coaches* » d'APC.
  - Certain·e·s patron·ne·s affichent ouvertement leur dédain des APC et s'abstiennent de bien les remplir, ce qui augmente la charge de travail des autres.
- Les 2/3 des médecins résident·e·s n'obtiendraient que peu ou pas de rétroaction verbale.
  - La rétroaction demeure de piètre qualité avec peu de place pour des commentaires constructifs.

Nous avons demandé aux médecins résident·e·s s'ils et elles avaient été évalué·e·s en CPC depuis le début de leur résidence, ce qui fut le cas pour 96 % des répondant·e·s. Toutefois, la très grande majorité des médecins résident·e·s (85 %) affirment que les évaluations en CPC et le modèle traditionnel d'évaluation se poursuivent parallèlement. Seulement 7 % des médecins résident·e·s ayant participé au sondage disent n'avoir été évalué·e·s qu'en CPC. De plus, à peine 19 % des médecins résident·e·s constatent l'existence d'une politique facultaire, départementale ou mise en place par le programme balisant l'utilisation des différentes méthodes d'évaluation. Nos entretiens avec les groupes de discussion nous ont d'ailleurs permis de découvrir que les médecins résident·e·s du Québec en troisième année en CPC sont toujours évalué·e·s sous deux systèmes (évaluation en CPC et évaluation traditionnelle). Certains sont d'ailleurs en faveur de cette pratique mixte puisqu'elle permettrait d'atteindre des objectifs différents avec le modèle traditionnel dont, notamment, l'évaluation de compétences et d'habiletés non couvertes par les APC.

En ce qui concerne les opportunités d'évaluation pour les stages ectopiques et par d'autres personnes que les médecins superviseur·e·s, nous apprenons du sondage qu'un peu plus de la moitié (54 %) des médecins résident·e·s ont eu un stage ectopique au cours des sept premiers mois de leur résidence en CPC et que 81 % ont été évalué·e·s en CPC pendant ces stages ectopiques, soit une hausse de 10 % comparativement au sondage de 2019. En plus d'être évalué·e·s pendant les stages ectopiques, 67 % des répondant·e·s ont dit avoir été évalué·e·s par des médecins résident·e·s sénior·e·s, soit la même proportion que l'année précédente.

Si, en théorie, les évaluations en CPC devraient favoriser une augmentation de la rétroaction par les médecins superviseur·e·s, on note que seulement 2 % des médecins résident·e·s disent avoir obtenu des rétroactions verbales après chaque observation d'APC. Le tiers obtiendraient souvent des rétroactions verbales à leurs APC, alors que 65 % n'obtiendraient que rarement ou jamais des rétroactions verbales. Ces résultats sont équivalents à ceux observés en 2019. Les médecins résident·e·s ne donnent qu'un résultat de cinq sur 10 en ce qui concerne leur niveau de satisfaction quant aux rétroactions obtenues sur leurs APC. Pour les participant·e·s au sondage, la CPC « c'est une charge de travail supplémentaire qui n'améliore pas la rétroaction reçue ».

Selon les participant·e·s aux groupes de discussion, le processus pour faire remplir une APC est également très fastidieux et le suivi administratif des demandes d'APC repose entièrement sur les épaules des médecins résident·e·s. Non seulement les médecins résident·e·s doivent identifier une APC, trouver un·e superviseur·e responsable et s'assurer que la demande d'évaluation soit bien acheminée, mais ils et elles ont également la responsabilité d'assurer le suivi des demandes d'APC auprès de ces mêmes superviseur·e·s. Pour plusieurs, il s'agit là de beaucoup de temps et d'énergie qui pourraient être consacrés à l'étude ou à la recherche. La situation serait encore plus problématique dans les stages ectopiques et en région. Les patron·ne·s de plusieurs de ces milieux de stage n'auraient même pas accès aux plateformes informatiques pour les évaluations, rendant ces stages essentiellement « inutiles » pour la progression en CPC. Malgré tout, les évaluations dans les stages ectopiques se seraient améliorées au cours des 30 derniers mois, surtout parce que de plus en plus de programmes sont maintenant assujettis à la CPC. En plus de devoir suivre tout ce processus, plusieurs ont souligné le fait que, même quand ils ou elles soumettent une demande d'évaluation et font un suivi serré avec les patron·ne·s, ils et elles doivent aussi maintenir un calendrier de chaque APC soumise pour ne pas « perdre des APC », car, dans certains systèmes informatiques, les demandes d'évaluation expirent dans le temps et elles doivent constamment être renouvelées si les médecins résident·e·s ne veulent pas qu'elles s'effacent et ainsi devoir tout recommencer.

D'ailleurs, la question des délais pour remplir les APC semble remettre en question la valeur pédagogique de l'exercice pour plusieurs médecins résident·e·s, qui constatent que plusieurs patron·ne·s n'arrivent même pas à se souvenir des cas évalués dans les jours qui suivent. Les médecins résident·e·s doutent encore davantage de la validité de ces évaluations quand elles sont faites des semaines plus tard.

De plus, plusieurs participant·e·s nous ont souligné trouver malaisant de devoir constamment demander à des patron·ne·s surchargé·e·s de « remplir des APC ». Selon leur expérience, plusieurs patron·ne·s ne veulent tout simplement pas remplir d'APC et ne se gêneraient pas pour faire sentir qu'ils et elles n'apprécient pas devoir les remplir. D'ailleurs, les médecins résident·e·s constatent qu'il est facile pour un·e patron·ne de ne pas se faire demander constamment de remplir des APC. Ils et elles n'ont qu'à ne pas les compléter dans les délais prescrits ou encore à faire quelques mauvaises évaluations pour que les médecins résident·e·s les évitent systématiquement. Ce phénomène ferait en sorte, selon les participant·e·s, que plusieurs médecins résident·e·s auraient tendance à s'adresser uniquement aux patron·ne·s qui ont la réputation de bien remplir les APC, ce qui, en retour, surchargerait ces superviseur·e·s.

Les participant·e·s décrivent ainsi un grand inconfort par rapport au système de suivi des évaluations en CPC. On constate qu'en rendant les médecins résident·e·s responsables du suivi de leurs évaluations, ils et elles se retrouvent dans l'obligation de constamment solliciter leurs patron·ne·s pour qu'ils ou elles remplissent de façon constructive leurs évaluations, tout en sachant très bien qu'en insistant trop, leurs évaluations actuelles et futures pourraient être négativement affectées. Ceci s'avère finalement contre-productif et il est clair pour plusieurs que ce système devrait être complètement revu pour les soulager du stress et de la lourdeur administrative dont ils et elles ont largement témoigné durant les groupes de discussion.



Enfin, un des objectifs recherchés dans le processus d'évaluation de compétence est d'augmenter le nombre de rétroactions entre les patron·ne·s et les médecins résident·e·s. Or, bien que le nombre d'occasions de rétroaction soit effectivement à la hausse, il semble que la qualité des rétroactions provenant du processus d'évaluation des APC ne soit pas à la hauteur des attentes des médecins résident·e·s. Les rétroactions sont décrites comme des *checklists*, sans prescriptions pédagogiques. Plusieurs médecins résident·e·s nous ont soulevé le fait qu'il y avait peu ou pas de place, dans plusieurs systèmes informatiques, pour que les patron·ne·s laissent des commentaires dans l'évaluation des APC. De plus, en raison de la surcharge de travail de toutes et tous, il s'installerait un automatisme dans les évaluations des patron·ne·s afin de limiter le temps pour remplir ces APC, ce qui réduirait d'autant plus la qualité des rétroactions post-évaluation et la validité même de l'exercice d'évaluation.

## La surcharge administrative de la CPC

### Sommaire

- La quasi-totalité des médecins résident·e·s utilisent maintenant une plateforme électronique.
  - La moitié des médecins résident·e·s affirment que la plateforme est difficile à utiliser.
  - Les multiples changements de plateforme ont imposé un travail administratif augmenté pour les médecins résident·e·s, au détriment de leur temps d'étude.
- Il y a encore des délais variables pour remplir les APC.
- Il y a peu de support administratif pour aider les médecins résident·e·s.
  - Certain·e·s suggèrent d'identifier une personne dédiée pour assurer le suivi des APC pour les médecins résident·e·s.
- Il y a peu d'implication des patron·ne·s sur le terrain
  - Les médecins résident·e·s remarquent les efforts importants déployés par les directions de programme, mais déplorent l'absence de leviers pour les aider à changer les choses.

Les médecins résident·e·s notent une importante augmentation de la charge administrative liée à l'implantation de la CPC. En ce qui concerne l'administration des évaluations, 94 % des médecins résident·e·s nouvellement en CPC en 2019-2020 administrent maintenant leurs évaluations sur support informatique, alors que les autres utilisent à la fois les supports informatiques et les versions papier. Néanmoins, près de la moitié des médecins résident·e·s (48 %) ont affirmé que les plateformes sont difficiles à utiliser. L'accès aux plateformes par les patron·ne·s qui ne les ont jamais utilisées ou qui ne les utilisent pas souvent semble constituer un enjeu majeur.

En ce qui concerne la fréquence des évaluations, 43 % des médecins résident·e·s ont fait remplir des évaluations en CPC quelques fois par semaine, alors que 50 % le font quelques fois par période de stage. Cependant, les délais pour qu'une évaluation soit acheminée par un·e patron·ne et enregistrée au dossier des médecins résident·e·s semblent varier grandement. Alors qu'un peu plus de la moitié (55 %) verraient leurs évaluations enregistrées dans la semaine et que 25 % verraient celles-ci enregistrées après plus d'une semaine, les 20 % restants affirment que cela varie beaucoup selon plusieurs facteurs. Enfin, 39 % des médecins résident·e·s disent ne pas obtenir d'aide pour faire remplir les formulaires d'évaluation dans des délais raisonnables, et seulement 38 % des médecins résident·e·s affirment que des personnes ressources sont disponibles pour les soutenir face à la charge additionnelle qu'entraîne la gestion de leurs évaluations et des modalités administratives liées à la CPC.

Les participant·e·s aux groupes de discussion ont aussi été interrogé·e·s sur l'existence et le niveau de support disponible dans les milieux de formation pour les médecins résident·e·s en CPC. En général, la plupart des commentaires formulés par les participant·e·s témoignaient de la difficulté de faire changer la culture dans leur milieu de formation.

Presque tou·te·s les médecins résident·e·s rencontré·e·s ont témoigné des efforts déployés par leur direction de programme pour faciliter et améliorer la transition vers la CPC. Les participant·e·s constatent néanmoins beaucoup de résistance et un manque d'implication et d'engagement de la part des enseignant·e·s, parfois même chez la majorité des patron·ne·s dans certains programmes, et ce, même 30 mois après l'implantation de la CPC. Les patron·ne·s en fin de carrière s'impliqueraient peu ou pas, alors que plusieurs autres collaboreraient un peu plus, mais de façon très variable.

Ce que les participant·e·s déplorent surtout, c'est l'impuissance des programmes à faire changer les choses. Ils et elles ont l'impression que les directions de programme n'ont pas la capacité, ni le pouvoir de forcer les patron·ne·s à faire ce qui est nécessaire pour l'implantation de la CPC, notamment en matière de gestion des APC. Pour un·e participant·e : « Il faut que les patrons soient imputables. Si c'était coercitif pour les patron·ne·s, ça fonctionnerait ou bien ça s'arrêterait ! » Plusieurs suggestions ont été proposées pendant les discussions pour améliorer la situation, notamment la perte de privilèges pour les médecins enseignant·e·s récalcitrant·e·s, pouvant aller jusqu'à la perte du droit d'enseigner ou de superviser des médecins résident·e·s.

Les médecins résident·e·s constatent également le peu de support administratif dont ils et elles bénéficient et aimeraient voir cela renforcé. Par exemple, il a été proposé d'avoir une personne désignée dont la tâche serait essentiellement d'assurer un suivi individualisé des APC – comme le font des conseiller·ère·s pédagogiques (*academic advisors*) dans certains programmes de facultés hors Québec – et de soutenir les médecins résident·e·s pendant leur progression.

Du côté informatique, plusieurs ont mentionné avoir dû composer avec de nombreux changements de méthodes ou de plateformes en 30 mois, durant le passage d'une version papier à la version électronique des évaluations d'APC, et de devoir composer avec un autre changement de plateforme à venir. En effet, plusieurs médecins résident·e·s doivent intégrer personnellement les APC préalablement remplis dans un logiciel, ce qui requiert du temps et de l'énergie qui auraient pu être consacrés à étudier ou à faire d'autres tâches académiques.

## La CPC et ses effets sur la santé mentale des médecins résident·e·s du Québec

### Sommaire

- Les médecins résident·e·s expriment beaucoup de détresse par rapport à leur expérience avec la CPC.
  - Ils et elles rapportent beaucoup de symptômes d'épuisement, d'insensibilité et d'anxiété.
  - Les 2/3 se disent découragé·e·s par la lourdeur de la CPC.
- 39 % des médecins résident·e·s présentent des signes d'un état dépressif.
- Plusieurs médecins résident·e·s s'inquiètent du fait que la CPC puisse prolonger la durée de leur résidence.

Compte tenu de la surcharge administrative et émotionnelle qui avait été soulevée par les médecins résident·e·s en CPC depuis son introduction, la FMRQ a voulu ajouter cette année un volet portant sur la santé mentale, inspiré d'un sondage réalisé par l'Association médicale canadienne (AMC) en 2017.

Le sondage de l'AMC avait à ce moment permis de constater que 26 % des médecins au pays souffraient d'un épuisement émotionnel important, 15 % d'un niveau élevé de dépersonnalisation, 34 % présentaient un état dépressif et 8 % avaient eu des pensées suicidaires dans les 12 mois précédant le sondage.

L'étude avait permis de confirmer que les taux d'épuisement professionnel, de dépression et de pensées suicidaires sont plus élevés chez les médecins résident·e·s que chez les médecins en exercice. En fait, selon l'AMC, les médecins résident·e·s étaient 1,48 fois (ou 48 %) plus susceptibles de connaître l'épuisement professionnel, 1,95 fois (ou 95 %) plus susceptibles d'être aux prises avec une dépression et 1,72 fois (ou 72 %) plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires un jour ou l'autre au cours de leur vie.

Devant ces résultats, la FMRQ a décidé de tenter de mesurer l'état de santé mentale des médecins résident·e·s nouvellement en CPC<sup>5</sup>. Pour ce qui est de l'épuisement émotionnel, 42 % des répondant·e·s au sondage se sentiraient, au moins une fois par semaine, épuisé·e·s par leur travail; 22 % des répondant·e·s seraient devenu·e·s plus insensibles envers les gens et 43 % témoignent d'une plus grande anxiété que ce qu'ils et elles perçoivent chez leurs collègues qui ne sont pas en CPC. Enfin, 67 % des répondant·e·s disent se sentir découragé·e·s, au moins une fois par semaine, en raison de la lourdeur administrative engendrée par la CPC.

---

<sup>5</sup> Étant donné le caractère sensible des discussions par rapport à la santé mentale, les questions spécifiques à cet égard ont seulement été posées dans le sondage anonymisé auprès des médecins résident·e·s nouvellement en CPC. Toutefois, les participant·e·s aux groupes de discussion ont d'emblée exprimé une détresse significative par rapport à la lourdeur administrative et à la charge cognitive qui leur sont imposées dans le cadre de la CPC, tel que rapporté dans les autres sections qui incluent l'analyse qualitative des groupes de discussion, notamment celle sur les « Perspectives globales sur la CPC » qui suit.

En plus de l'épuisement professionnel, le sondage interrogeait les médecins résident·e·s nouvellement en CPC sur la perte d'intérêt des activités liées au travail ou à des passe-temps, si ces personnes s'étaient senties découragées, déprimées ou désespérées, et si elles avaient eu des idées suicidaires au cours des six derniers mois. À cet égard, près de 39 % des personnes répondantes en CPC ont affirmé s'être senties découragées, déprimées ou désespérées pendant au moins deux semaines de suite, alors que 39 % des personnes ont affirmé avoir vécu une perte d'intérêt dans leurs activités liées au travail ou à des passe-temps pendant au moins deux semaines au cours des six derniers mois. Enfin, 7 % des répondant·e·s en CPC ont eu des idées suicidaires dans les six derniers mois.

Certains propos recueillis auprès des médecins résident·e·s dans le cadre du sondage 2019-2020 illustrent bien leur détresse par rapport à l'implantation de la CPC dans leur programme et le peu de plus-value perçue. À titre d'exemple : « *Je ne suis pas une meilleure clinicienne parce qu'on m'a complété une APC. Je suis un meilleur docteur si je suis exposée à des situations diverses, dont des plus instables, dans un environnement qui favorise l'apprentissage et qui n'exténue pas les résidents. Notre formation devrait prendre plus en compte notre bien-être mental, ce qui n'est clairement pas le cas avec les APC, qui ne sont qu'une tâche supplémentaire fatigante qui met tout le monde mal à l'aise* ».

## Perspectives globales sur la CPC

### Sommaire

- La perception globale de la CPC est majoritairement négative.
  - Il s'agit d'un bon modèle théorique, mais difficilement applicable dans la pratique.
  - La CPC dans son application courante est décrite comme futile.
- Il y a théoriquement plus d'occasions de rétroaction, mais ces rétroactions demeurent de piètre qualité selon les répondant·e·s.
- Les médecins résident·e·s perçoivent peu de valeur pédagogique ajoutée, pour une charge de travail et une charge cognitive très augmentées.
  - L'ensemble des médecins résident·e·s ont l'impression de faire deux résidences en parallèle, une résidence appliquée à la réalité et une autre en lien avec des exigences artificielles liées à la CPC.
  - Certain·e·s croient même qu'ils et elles seront moins bien formé·e·s que leurs collègues « hors-CPC ».

Afin de recueillir la perspective globale des participant·e·s aux groupes de discussion, nous avons invité les médecins résident·e·s à qualifier, en un seul mot, ce qu'ils et elles pensaient de la CPC. Le nuage de mots ci-dessous est éloquent à cet égard.



La vaste majorité des participant·e·s aux quatre groupes de discussion qualifiaient la CPC par des mots et adjectifs à connotation négative, allant de « fastidieuse » et « éreintante » jusqu'à la qualifier d'« utopique » et d'« inutile », en plus de la décrire comme intimidante et inquiétante (*daunting*). Deux participant·e·s ont, au mieux, qualifié la CPC d'« intéressante ». Somme toute, la plupart des participant·e·s avaient une vision relativement négative de la CPC 30 mois après sa mise en place.

Les participant·e·s aux quatre groupes de discussion ont ensuite été invité·e·s à partager leur opinion générale sur le développement de la CPC depuis le début de leur résidence. Si les participant·e·s aux groupes de discussion demeurent avec une opinion majoritairement négative de la CPC, plusieurs ont vu quelques améliorations qu'ils et elles attribuent à l'acquisition d'expérience avec la CPC, ainsi qu'au travail acharné des directeur·rice·s de programme et de quelques patron·ne·s, mais soulignent que plusieurs enjeux fondamentaux ne sont pas traités. Les médecins résident·e·s notent qu'il y a plus d'occasions de rétroaction, mais questionnent la valeur de ces rétroactions dans le contexte de leur apprentissage.

Les participant·e·s de chacun des groupes de discussion ont également été invité·e·s à partager leur opinion sur la structure générale de la CPC, afin de clarifier leur perspective sur ce modèle d'apprentissage. Pour l'ensemble des participant·e·s, la CPC est un bon concept théorique, mais sa mise en application est problématique. L'idée de standardiser les compétences à acquérir leur apparaît, par ailleurs, adéquate et, selon plusieurs, elle permettrait d'identifier plus rapidement les médecins résident·e·s ayant plus de difficultés avec certaines compétences pour ainsi mieux les accompagner.

Toutefois, même si les objectifs de base de la CPC, qui consistent à mesurer des compétences spécifiques et à augmenter les rétroactions leur apparaissent nobles, plusieurs médecins résident·e·s ont souligné le fait qu'ils et elles avaient encore beaucoup de difficulté à voir la valeur ajoutée de cette approche dans son application concrète, compte tenu du fardeau que leur impose la CPC, notamment dans la gestion des APC et des évaluations. À cet égard, les commentaires sur l'utilité de la CPC ont été assez mordants, en amenant certain·e·s à dire qu'il n'y a aucun apprentissage provenant de la CPC ou encore que la CPC ne leur apporte rien de plus. Un certain nombre affirment qu'ils et elles seront moins bien préparé·e·s à la pratique autonome que leurs collègues qui ne sont pas en CPC, en raison du temps consacré à composer avec les exigences de la CPC au lieu d'étudier.

Dans les groupes de discussion, les médecins résident·e·s ont évoqué le concept de deux résidences en parallèle. D'abord, il y a la résidence normale, au cours de laquelle ils et elles deviennent progressivement autonomes dans leur spécialité grâce à la prise en charge de patient·e·s et des multiples habiletés et compétences qu'ils acquièrent naturellement. D'un autre côté, il y a leur résidence en CPC, qui représente une source de stress et une lourdeur administrative importante, avec son lot d'inconvénients et très peu d'avantages d'un point de vue pédagogique.

Le fonctionnement de la CPC et ses manquements feraient perdre du temps et des occasions d'apprentissage, tout en augmentant le fardeau et le stress des médecins résident·e·s déjà surchargé·e·s par la résidence en général. En fait, un·e participant·e·s décrivait son expérience des 30 derniers mois en CPC comme ceci : « On remplit des APC pour les remplir, mais dans le fond, ça ne change rien à la résidence ».

La valeur ajoutée de la CPC est donc largement remise en question par les médecins résident·e·s à mi-parcours. Certain·e·s disent même s'inquiéter pour les prochaines cohortes, qui pourraient ne pas bénéficier de la même clémence que celle dont les premiers groupes à expérimenter la CPC ont pu profiter.

## LA CONCLUSION

Somme toute, il faut se rendre à l'évidence que l'introduction de la CPC au Québec demeure problématique trois ans après la transition des deux premiers programmes à travers le Canada en 2017. La FMRQ se doit de continuer à soulever ces difficultés non résolues.

Quelques progrès sont notés malgré tout. En effet, la majorité des médecins résident-e-s ont maintenant accès à de la formation sur la CPC en début de résidence, il y a eu de légères améliorations en ce qui a trait à la compréhension des APC par les médecins résident-e-s, les évaluations sont faites de plus en plus tôt dans la résidence et les APC sont plus faciles à remplir dans les stages ectopiques – souvent en raison de la transition d'un nombre de plus en plus élevé de programmes vers la CPC.

Par ailleurs, certains éléments pourraient certainement être mieux expliqués aux médecins résident-e-s et aux médecins superviseur-e-s, notamment au niveau de l'utilisation des APC et des jalons, de l'échelle de confiance O-SCORE et du fonctionnement du comité de compétence. Nous notons surtout que la compréhension et l'application de tous ces concepts théoriques demeurent complètement hétérogènes entre les universités, les programmes, les milieux et les médecins superviseur-e-s. Il reste aussi beaucoup de travail à faire quant aux processus d'évaluation et de progression en CPC. L'appariement des APC et des stages (*curriculum mapping*) et la clarté des énoncés accompagnant les APC et les jalons devraient être améliorés afin de simplifier la tâche des médecins résident-e-s. De plus, la majorité des médecins résident-e-s constatent que le nombre d'observations demandées par APC demeure excessif. Plusieurs questionnent aussi la concordance entre les APC et la réalité de leur pratique dans leur spécialité, ce qui est plutôt inquiétant. En ce qui concerne la charge administrative engendrée par la CPC, l'implantation d'un support informatique semble maintenant complétée, malgré le fait que son utilisation demeure difficile pour près de la moitié des médecins résident-e-s. De plus, nous constatons qu'une minorité des médecins résident-e-s obtiennent le support administratif nécessaire, notamment lorsqu'il s'agit d'obtenir, dans des délais satisfaisants, leurs évaluations de la part des médecins superviseur-e-s.

Les promesses globales de la CPC étaient d'augmenter la qualité de la rétroaction aux médecins résident-e-s, de permettre des plans d'apprentissage individualisés basés sur les décisions du comité de compétence et, ultimement, d'introduire une mentalité basée sur le *coaching* et la croissance continue (*growth mindset*) dans l'éducation médicale postdoctorale. Force est de constater que cela n'est toujours pas le cas, ce qui devrait inquiéter pour l'avenir. Selon le sondage et nos groupes de discussion, bien que les occasions d'observation et de rétroaction augmentent, les rétroactions directes réellement complétées sont peu fréquentes et lorsqu'elles le sont, cela exige un effort considérable de la part des médecins résident-e-s pour les obtenir.

Qui plus est, les rétroactions de qualité qui font réellement une différence pour leur apprentissage sont extrêmement rares, surtout que le format des APC laisse peu de place aux commentaires constructifs. Même lorsque les médecins résident-e-s réussissent à générer une quantité d'APC et d'observations considérable, l'intégration de toutes ces données d'évaluation suit un processus plutôt opaque au niveau du comité de compétence, et les décisions qui y sont prises demeurent vagues et, surtout, généralement d'aucune utilité pédagogique.



## Deux tendances qui inquiètent commencent à se dessiner avec l'implantation de la CPC.

La première tendance est la perversion des concepts fondamentaux de la CPC au détriment des médecins résident·e·s et l'apparition d'un langage relié à la performance dans les discussions en lien avec cette approche. Les médecins résident·e·s perçoivent de plus en plus leur liste d'APC comme une *checklist* à remplir le plus vite possible. Ils et elles se sentent en compétition les uns envers les autres et développent des stratégies pour aller chercher toutes leurs APC le plus efficacement possible, notamment en identifiant les médecins superviseur·e·s qui sont les plus susceptibles de leur « faire passer » une APC sans trop poser de questions. Alors que ceci semble représenter une tendance des médecins résident·e·s de vouloir « jouer le système », il faut rappeler que ceci découle de stratégies pour éviter de « couler » des APC, de « couler » des stages et de devoir prolonger la durée de leur résidence. Cette peur semble justifiée, car elle émane de menaces claires de la part de certain·e·s représentant·e·s des programmes et des comités de compétence qui nous ont été rapportées par les médecins résident·e·s.

Lorsque les médecins résident·e·s mentionnent vivre dans la peur de manquer une occasion de remplir une APC en partant en vacances, en allant à leurs journées académiques, en étant en stage de recherche ou en stage en région (où les médecins superviseur·e·s n'ont pas accès aux plateformes électroniques) ou tout simplement en n'y pensant pas sur le coup – cela est plutôt troublant. Cette triste réalité peut être résumée par le concept **d'occasion d'observation manquée**.

Lorsque les médecins résident·e·s mentionnent qu'ils ont l'impression de passer à côté d'expériences cliniques réellement pertinentes à leur apprentissage et à leur future carrière ou qu'ils n'ont pas le temps d'étudier et de préparer leurs cas cliniques, car ils sont trop occupé·e·s à réviser leur liste d'APC, à planifier la meilleure façon de les faire remplir et à pourchasser les médecins superviseur·e·s pour les faire compléter, cela est tout aussi troublant. Ceci peut être alors qualifié par le concept **d'occasion d'apprentissage manquée**.

Lorsque les médecins résident·e·s nous mentionnent qu'ils ont l'impression de vivre deux résidences en même temps, une « régulière » comme leurs prédécesseur·e·s et une autre en CPC dans laquelle ils et elles doivent continuellement jongler entre ces *occasions d'observation manquées* et ces *occasions d'apprentissage manquées* – cela est déconcertant. Observer et apprendre devraient être deux notions complémentaires et les apprenant·e·s ne devraient jamais être placé·e·s devant le dilemme de devoir choisir entre les deux. **Nous ne pouvons qu'être inquiets devant ce constat.**

La deuxième tendance, tel que discutée dans nos rapports précédents et confirmée à nouveau cette année, est l'apparition d'un niveau de stress, d'anxiété et d'épuisement extrêmement élevé avec la charge cognitive augmentée qu'apporte l'introduction de la CPC dans les programmes de résidence. Lorsque l'on considère tous ces concepts associés qui se bousculent dans la tête des médecins résident·e·s, dont la quête presque malade de l'APC, cette *course aux APC*, et la dichotomie entre les *occasions d'observation manquées* et les *occasions d'apprentissage manquées*, il n'est pas surprenant que les médecins résident·e·s deviennent ainsi rapidement surchargé·e·s et épuisé·e·s, ensuite impuissant·e·s et découragé·e·s, puis blasé·e·s et résigné·e·s. Ce n'est certainement pas ce qui était espéré de cette nouvelle méthode d'apprentissage. Nous sommes vraisemblablement très loin du *coaching* et du *growth mindset* selon ce que nous disent les médecins résident·e·s du Québec depuis trois ans.

Au final, le danger est grand que les médecins résident-e-s deviennent simplement cyniques face à la CPC lorsque l'on constate l'inadéquation qui existe entre la quantité considérable d'efforts déployés par toutes et tous depuis l'implantation de la CPC et les maigres bénéfices qui en ressortent. L'impression générale semble se résumer à une absence de gains sur le plan pédagogique, comme si l'application de la CPC que les programmes font est complètement contraire à la philosophie du modèle théorique développé par le Collège royal. En effet, au lieu d'adopter une approche holistique à l'acquisition de la compétence basée sur la relation de *coaching* en utilisant les APC et les jalons comme guides, les programmes de formation ont décidé d'imposer aux médecins résident-e-s les listes d'APC comme des *checklists* à remplir machinalement – essentiellement une automatisation de la génération de données d'évaluation – tout en n'y greffant aucun conseil quant à la progression générale.

En utilisant les APC en tant qu'éléments d'évaluation individuels, nous procédons présentement à une fragmentation de la notion générale de la compétence à un point tel que l'on peut en perdre de vue le concept et le but sous-jacent, soit de s'assurer que les médecins résident-e-s acquièrent les compétences fondamentales de leurs spécialités respectives. En l'absence d'une intégration holistique de ces données d'évaluation dans une planification longitudinale de l'apprentissage communiquée de façon transparente à l'apprenant-e, il n'est pas surprenant que le modèle d'apprentissage puisse paraître vide de sens aux yeux de plusieurs médecins résident-e-s.

Il semble ressortir des constats du sondage et des groupes de discussion l'existence de plusieurs contradictions qui nuisent à ce que la CPC puisse incarner un changement positif dans la formation médicale postdoctorale. D'abord, il y a cette contradiction entre les principes théoriques de la CPC et leur application sur le terrain; cet important écart qui se profile entre l'effort nécessaire pour faire remplir une APC et l'insatisfaction des médecins résident-e-s par rapport aux rétroactions reçues; ces effets négatifs que sont les *occasions d'observation manquées* et les *occasions d'apprentissage manquées*; et finalement ce qui semble devenir un fossé entre les besoins des médecins résident-e-s à travers ce processus exigeant d'implantation d'un nouveau modèle d'évaluation et ce qui leur est donné comme support administratif et soutien psychologique. Tous ces facteurs risquent de mener fort malheureusement à une impression générale de futilité pédagogique et de devenir une source d'épuisement pour les médecins résident-e-s et pour les médecins superviseur-e-s.

Il semble rester encore beaucoup à faire pour que la situation des médecins résident-e-s en CPC s'améliore au quotidien et, surtout, avant que nous puissions conclure que les bénéfices de la nouvelle méthode d'évaluation dépassent les inconvénients. Tel qu'affirmé par nos médecins résident-e-s : « *La CPC demande beaucoup de temps à tout le personnel et n'améliore pas la qualité de l'enseignement. En [fait], [elle] nous apporte un stress et une tâche de plus et ne permet pas d'améliorer nos compétences.* »

Il est primordial de tout faire pour changer l'impression ambiante de futilité par rapport à la CPC et également pour minimiser les impacts négatifs des premières années d'implantation de la CPC sur une génération de médecins résident-e-s qui montrent déjà des signes d'épuisement. Pour l'instant, le modèle d'implantation n'est ni à la hauteur des promesses ni même une avancée au niveau pédagogique; il constitue plutôt un recul, particulièrement au niveau du bien-être des médecins résident-e-s. Plusieurs promoteurs de la CPC au Canada ont utilisé depuis le lancement en 2017 l'allégorie du paquebot qui se met en mer afin de décourager toute critique de l'implantation de la CPC qui aurait pu commander une pause dans le déploiement. Force est de constater maintenant qu'un important coup de barre semble néanmoins nécessaire afin de redresser ce qui pourrait bien être un bateau à la dérive. Il serait irresponsable de laisser faire sans rien dire comme des passagers qui se contentent de continuer à écouter jouer l'orchestre en niant la possibilité d'un naufrage.

La FMRQ tente de contribuer constructivement depuis trois ans à l'amélioration de l'implantation de la CPC, en proposant des solutions qui ont la plupart du temps semblé être prises en compte. La FMRQ souhaite toujours contribuer à la réflexion générale sur la CPC, notamment en proposant les recommandations suivantes.

## LES RECOMMANDATIONS

### 1) **Formation des médecins résident·e·s**

Améliorer la formation des médecins résident·e·s par rapport à la CPC en y intégrant des éléments plus concrets quant à l'utilisation des APC et des jalons sur le terrain, à l'utilisation de l'échelle de confiance O-SCORE et au fonctionnement des comités de compétence.

### 2) **Formation des médecins superviseur·e·s**

Assurer une formation adéquate et homogène des médecins superviseur·e·s quant à l'utilisation des APC et des jalons sur le terrain, ainsi qu'à l'utilisation et l'interprétation adéquate de l'échelle de confiance O-SCORE, en fonction du niveau d'autonomie attendu du ou de la médecin résident·e selon son niveau.

### 3) **Clarté des APC**

Clarifier les énoncés accompagnant les APC et les jalons ainsi que les attentes reliées à chaque APC, notamment par le biais d'exemples concrets, afin d'en faciliter la compréhension et l'utilisation homogène sur le terrain.

### 4) **Échéancier (*mapping*)**

Assurer un appariement (*mapping*) adéquat entre les compétences attendues et les stages de formation, et ce, pour tous les stades de progression en CPC; présenter ce *mapping* aux médecins résident·e·s sous la forme d'un échéancier facile d'utilisation.

### 5) **Plateformes en ligne**

Mettre en place des plateformes en ligne faciles d'utilisation et permettant aux médecins résident·e·s de faire aisément le suivi de leur progression, sans avoir à générer leurs propres documents de suivi « maison ».

### 6) **Nombre et pertinence des APC**

Mettre en place un processus de réévaluation continue du nombre et de la pertinence des APC, afin d'établir un nombre réaliste d'observations pour chaque APC et d'assurer une concordance entre les APC et la réalité de la pratique dans les divers milieux, en réaffirmant l'importance de faire preuve de flexibilité.

### 7) **Rétroaction**

Mettre en place des mécanismes locaux de contrôle de la qualité des rétroactions, afin de s'assurer que les médecins résident·e·s obtiennent toujours des rétroactions immédiates, en personne et pertinentes d'un point de vue pédagogique à la suite des observations d'APC.

### 8) **Documentation des APC**

Mettre en place des structures administratives afin de s'assurer que les médecins superviseur·e·s documentent les observations d'APC en temps opportun, notamment en les rendant imputables grâce à des objectifs de performance ou d'autres mesures de la part des autorités concernées dont les départements hospitaliers au besoin.

9) **Comité de compétence et « coaching »**

Améliorer la transparence du processus décisionnel au sein du comité de compétence, notamment en documentant adéquatement et uniformément ses décisions et en les partageant avec les médecins résident·e·s, idéalement lors d'une rencontre avec un « coach » qui ajouterait des conseils par rapport à la progression longitudinale.

10) **Notion de compétence**

Mettre en place des stratégies de communication auprès des programmes, des médecins superviseur·e·s et des médecins résident·e·s, afin de renforcer le fait que la notion de compétence comme finalité du processus de formation médicale se base sur une approche holistique (*growth mindset*) plutôt que sur un décompte automatisé d'APC complétées, ce qui permettrait de réduire l'impression ambiante de futilité pédagogique et d'amorcer un véritable changement de culture qui devrait accompagner l'implantation de la CPC.

11) **Prolongement de la résidence**

Mettre en place des stratégies de communication auprès des programmes et des universités afin de s'assurer qu'aucun·e médecin résident·e ne voie la durée de sa résidence être augmentée simplement en raison d'occasions d'observations d'APC manquées et communiquer cette impossibilité aux programmes, aux comités de compétence et aux médecins résident·e·s.

12) **Surcharge cognitive et santé mentale – répercussions inattendues**

Mettre en place des mesures globales afin de réduire les effets néfastes de l'implantation de la CPC dans nos programmes de formation sur la santé mentale des médecins résident·e·s, notamment en reconnaissant l'épuisement des médecins résident·e·s et des médecins superviseur·e·s, ainsi qu'en tentant de réduire la charge cognitive associée à la complétion des APC.

13) **Implantation progressive et changement de culture**

Permettre, au cours des prochaines années, une implantation plus progressive et flexible de la CPC dans les programmes de formation, tant et aussi longtemps que le changement de culture n'aura pas été complété, notamment en s'assurant de retirer les contraintes rigides reliées à l'implantation « parfaite » de la CPC et en renforçant l'utilité de l'apprentissage basé sur les compétences globales.

## LES REMERCIEMENTS

La FMRQ souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce rapport. Ce rapport n'aurait pu être élaboré sans l'effort concerté, fructueux et enrichissant, des médecins résident·e·s de la cohorte 2019-2020 inscrite en première année de CPC au Québec et des précieux commentaires recueillis auprès des médecins résident·e·s en troisième année en CPC (cohorte 2017-2018) qui ont participé aux groupes de discussion.

Nous tenons également à remercier nos contributeurs, membres du Comité des affaires pédagogiques - Spécialités (2019-2020).

Dr Olivier Fortin, Président et administrateur responsable des Aff. péd. Spéc.

Dr Philippe Simard, AMRM

Dre Raphaëlle Carignan, AMRM

Dre Magali Beauregard, AMReQ

Dre Sarah Daigle, AMReQ

Dre Patricia-Anne Reed, AMReS

Dre Éléonore Haberer, AMReS

Dre Klara Meierer, ARM

Ont aussi participé à la rédaction de ce document des membres de la permanence de la FMRQ.

Me Patrice Savignac Dufour, FMRQ

M. Sylvain Schetagne, FMRQ

Mme Jocelyne Carrier, FMRQ

Mme Johanne Carrier, FMRQ