



ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA
COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

COMPETENCE BY DESIGN:

*The Future of Canadian Postgraduate Medical Education
The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
Interim Report*

COMPETENCE BY DESIGN:

The Future of Canadian Postgraduate Medical Education The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada Interim Report

Background

The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada has a mandate to ensure excellence in specialty medical care, the highest standards in medical education and lifelong learning, as well as the promotion of sound health policy. The Royal College partners with Canadian Faculties of Medicine, Medical Regulatory Authorities, governments, sister colleges, as well as many others to achieve these goals. The Royal College is a full partner in the Future of Medical Education in Canada – Postgrad (FMED-PG) project, which has a mission to review the state of postgraduate medical education in Canada and to make recommendations that will improve the current system. In particular, it is hoped that the suggested improvements “...will modernize the medical education system so that it is better able to respond to the changing health needs of Canadians.” As part of its contribution to this initiative, in the fall of 2010 the Royal College engaged Fellows with expertise and experience with medical education in an exercise to consider the strengths, weaknesses, and opportunities in the current postgraduate medical education (PGME) system. Participants were encouraged to boldly consider how Canadian residency training could be improved, while preserving the best of the contemporary PGME enterprise. From these discussions, the Royal College White Papers were commissioned on ten themes. This brief overview outlines the broad findings to-date. The process is still underway, and the following papers illustrate directions for serious consideration, not yet conclusions nor official policy of the Royal College.

The Strengths of Canadian Postgraduate Medical Education

Any examination of the PGME system must acknowledge and respect the many successes of current residency education in Canada. Physicians today receive the best medical training in the history of civilization. Arguably, residency education in Canada is the envy of the world, as a result of its unique configuration, the strength of its educators, curriculum, standards and innovations. These include, but are not limited to:

- A global reputation for **high-quality training** and graduate performance, with Canadian designations and physicians being highly regarded;
- International aspiration for Canadian PGME **standards**, including requests for collaboration and development support by numerous jurisdictions;
- Worldwide recognition of Canadian medical education **innovations**, including the CanMEDS framework, multi-source feedback instruments, certification examinations, teaching and assessment of professionalism, simulation methods, and competency-based initiatives;
- Leadership in **faculty development** in medicine;

- A unique and enabling **university infrastructure** with academic resources for PGME;
- A system of accountability and leadership in the form of residency **program directors and postgraduate deans**; and
- An **accreditation** system considered a gold standard in medical education worldwide.

Challenges and Opportunities in Contemporary PGME

Fellows of the Royal College, while acknowledging the many strengths of our contemporary PGME system, have identified a number of important challenges and opportunities for enhancement. These included:

1. **System complexity.** The Canadian system has many players with overlapping mandates and redundant infrastructure. Precious resources, including finances and expertise, are spread across multiple organizations. Practicing physicians in the health human resources “pipeline” must navigate numerous affiliations, applications, examinations, and jurisdictions.
2. **An era of accountability.** The 21st century has seen medical education criticized for its failure to ensure that all graduates are adequately prepared for practice or the next stage of their careers. Evidence shows graduates still exit residency with significant “lacunae” in competence, and that in practice, physician abilities narrow and degrade over time. These trends have resulted in an inability to adequately meet the needs of the population we serve. Our profession must not only be accountable for the “product” at each stage of medical education, it must also enable maintenance and enhancement of competence over a career in medicine.
3. **Resource imperatives.** Healthcare and education frequently consume the majority of provincial government budgets, and in a time of fiscal restraint, medical education lies at the nexus of the two. New dollars are unlikely to flow into the enhancement of PGME. Health human resources are strained. Accessibility of health care services is a perpetual problem. Physicians are working harder than ever before. Therefore transformation, not addition, is the mode for successful change.
4. **Community expectations.** Meanwhile, those served by medicine continue to raise their expectations for comprehensive, timely, safe, high-quality, and personalized care. Medicine must rise to these expectations, in order to remain relevant and meet the changing needs of society
5. **The evolving nature of residents.** Residency education is now 100 years old, dating back to when Osler, Halsted, and others created “a seminary for advanced medical study.” However, the nature of being a resident has evolved significantly since its inception with questions of duty hours, the nature of work and service, and what it means to be a ‘learning professional.’
6. **The evolving roles of faculty.** The very definition of a medical teacher has changed dramatically in recent decades. Physicians are being asked to do more than ever before. Teaching occurs in settings across the country, far beyond the traditional teaching hospital. New questions arise as to how best to support faculty for continuing excellence in PGME in this new context.
7. **New models and standards in medical education.** Around the world, medical educators are reconsidering the model of PGME. Competency-based medical education (CBME), new teaching models, more direct observation, new assessment tools, greater use of portfolios, new teaching settings,

greater emphasis on in-training assessment, and the rise of simulation are a few examples of major shifts in medical education.

Charting a Course – Directions Identified in the Royal College White Paper Series

The following are policy directions offered on the future of PGME for discussion by all stakeholders in medical education.

A. PGME Teaching, Learning, & Assessment

- 1. Adoption of “hybrid” competency-based curricular approaches.** PGME in Canada already uses an outcomes-focused competency framework in the form of CanMEDS. However, there is still a predominant focus on the time spent in rotations as the organizing framework for residency. Canadian PGME should move further towards an outcomes-based approach to ensure that graduates exit with all the defined competencies, by structuring residency education around competencies and milestones. While “pure” time-free PGME would be logistically difficult in Canada, a hybrid of time-based rotations and curricula firmly organized around competencies would enhance training. Competency frameworks using CanMEDS could be interwoven from undergraduate medical education (UGME) to PGME to lifelong learning in practice. This has significant implications for the nature of teaching and learning in residency. [See Competency-based Medical Education white paper]
- 2. Development of continuous, competency-based assessment systems.** Assessment of physician competence must support an outcomes-based approach and move away from indirect measures focused on attendance at rotations or extreme, high-stakes, episodic biopsies of knowledge. New assessment systems composed of continuous sampling of authentic abilities, documentation of progression of competency acquisition, greater direct observation, with more emphasis on in-training assessment are needed. A lifelong medical education portfolio, documenting experiences and achievements throughout the development and evolution of competence from UGME to PGME to continuing professional development (CPD) is an important enabling tool. The role, timing, and characteristics of Royal College certification exams should be reconsidered and integrated into this vision for competency-based medical education (CBME) and competency-based assessment (CBA). [See Assessment white paper]
- 3. The interface between PGME and CPD should be restructured.** This direction reflects a strong desire to end the artificial silos between stages of medical training and practice. To fulfill its mandate, PGME should smooth the transition to practice so that it is seamless. Structured, immersive learning experiences should also be available to physicians in practice so that they are able to easily re-enter training to acquire or refresh particular competencies. [See Continuum of Medical Education white paper]. This direction has two major components:
 - a. The final year of residency must enable a smooth transition to practice. This can include periods as a “junior attending”, at the pinnacle of graduated responsibility, or a period that tapers from supervised practice

to independent practice. The timing of final exams and certification may need to be adjusted to facilitate this transition.

- b. Given the rapid dynamism of medical science, physicians in practice should have greater opportunities to re-enter residency-like training to ensure the continued maintenance and enhancement of competence throughout their careers. The lines between CPD and PGME should be blurred, and the two phases interdigitated in recurrent learning loops.
4. **Renewed areas of emphasis in curriculum content.** All of the CanMEDS domains must be taught, observed, and assessed at each stage of training and in each specialty. More work is needed in specific areas, including:
 - a. Professionalism, which is a fundamental value in medicine. Greater emphasis is needed with respect to concrete behaviours (vs. attributes), as well as an ethos of dedication to patient care and the profession; [See Professionalism white paper]
 - b. 'Challenging' CanMEDS domains that many disciplines struggle to incorporate into their training objectives (eg. Health Advocate, Manager);
 - c. Patient safety, the next version of CanMEDS (CanMEDS 2015) must explicitly incorporate the Canadian Patient Safety Institute-Royal College Safety Competencies. [See Just Culture of Patient Safety white paper]
 5. **Settings.** Teaching and learning environments, both in terms of location and teaching modality, must be selected based on the competencies and future practice of residents. The clinical teaching unit (CTU) in a tertiary care centre has numerous advantages, but cannot be assumed to be the best choice for every discipline or educational experience. Greater interprofessional and interdisciplinary collaboration in settings most relevant to practice are needed. [See Diversified Learning Contexts white paper]

B. PGME System Considerations

1. **Societal needs.** There is a need for authentic alignment of curricula to the dynamic societal needs of the populations served. Timely, dynamic information is needed from regional *health intelligence units*, which should be created to guide responsive training of health professionals. [See Addressing Societal Health Needs white paper]
2. **Generalism.** Meaningful emphasis is needed to promote the fundamental principles of generalism in every specialty in Canada, for the betterment of care. [See Generalism: Achieving a Balance With Specialization white paper]
3. **System harmonization.** Should the many players and organizations in the Canadian medical education system consider greater harmonization, collaboration, pooling of resources, and even amalgamation? Are there adequate opportunities for the various parties to discuss areas of common interest or concern? How can we decrease the expense and number of steps to certification of physicians?
4. **Faculty support.** Beyond faculty development, the sustainability of the Canadian medical education system is predicated on the successful recruitment, retention, and development of faculty. A serious national initiative is needed to ensure success, or all new initiatives will experience difficulty with implementation. [See Faculty Development white paper]
5. **Patient safety and a just culture.** How can Canadian medical education systemically promote and embody patient safety and a just culture of care in

both learning and working environments? [See Just Culture of Patient Safety white paper]

- 6. Clarification of Resident and Faculty Roles.** Working conditions for both residents and faculty are under scrutiny. There is a perceived tension between service and education, though both are interconnected and essential for the development of a competent physician. Further efforts are needed to ensure the appropriate alignment of duty hours given the variety of contexts and disciplines that make up postgraduate medical education. Additionally, more clarity is needed regarding graded supervision, and the nature of work for both residents and practicing physicians. Graduated responsibility for residents must include opportunities to experience realistic practice workloads. [See The Resident's Dual Role as Learner and Service Provider white paper]

C. Transformation of the Royal College's Role in Medical Education

Fellows advised that the Royal College should continue its transformation from a certification body to a "physician competence organization". In collaboration with other partners in Canadian medicine, the implications of this include the following:

- 1. The Royal College should evolve to become a provider and/or facilitator** of certain aspects of medical education. To serve its Fellows and stakeholders, the Royal College must provide greater support for lifelong learning, maintenance of competence, and niches in medical education not provided by others. [See Continuum of Medical Education white paper]
- 2. The Royal College must provide greater support in faculty development.** As a facilitator and resource for transformative initiatives, the Royal College must support Faculties of Medicine and other partners to ensure the success of 21st century faculty in teaching, assessment, and career development. Faculty development should be a broad paradigm, supporting all of the roles of teaching faculty. [See Faculty Development white paper]
- 3. The Royal College must provide greater support for physician assessment.** A library of specialty-specific and generic assessment tools for all CanMEDS domains should be made available, along with the creation of a cadre of expert assessors to support the transformation to competency-based assessment (CBA). [See Assessment white paper]
- 4. The Royal College should develop national specialty-specific curriculum guides** for each of its recognized specialties. This will decrease the burden on individual programs, allowing them to focus on resident teaching, learning, and assessment. [See Competency-based Medical Education white paper]

LA COMPÉTENCE PAR CONCEPTION :

L'avenir de l'éducation médicale au Canada : rapport intérimaire du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Contexte

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a reçu le mandat d'assurer l'excellence des soins médicaux spécialisés et les normes les plus élevées en matière d'éducation médicale et de formation continue, et de promouvoir des politiques de santé réfléchies. Pour ce faire, le Collège royal cultive des partenariats avec les facultés de médecine canadiennes, les ordres des médecins, les gouvernements, les institutions sœurs et bien d'autres encore. Le Collège royal est d'ailleurs un partenaire à part entière du volet axé sur la formation médicale postdoctorale du projet intitulé « L'avenir de l'éducation médicale au Canada » (AEMC), une initiative dont le mandat est d'examiner l'état de la formation médicale postdoctorale (FMPD) au pays et de formuler des recommandations pour améliorer le système actuel. Plus particulièrement, on s'attend à ce que les améliorations proposées permettront de moderniser le réseau de la formation médicale afin qu'il puisse mieux réagir aux besoins de santé changeants des Canadiens. À l'automne 2010, en parallèle à la réalisation du projet, le Collège royal a invité des Associés possédant de l'expertise et de l'expérience en matière de formation médicale à prendre part à un exercice de réflexion sur les forces, les faiblesses et les occasions à saisir en ce qui concerne le système actuel de FMPD. Les participants ont été mandatés de proposer des solutions audacieuses pour améliorer la formation des résidents canadiens, tout en cernant les points forts du secteur actuel de la FMPD. C'est donc ainsi qu'est né le projet des livres blancs du Collège royal couvrant 10 thèmes précis. Le survol qui suit offre un aperçu des réflexions recueillies jusqu'à maintenant. La démarche est toujours en cours — les constats présentés ici résument l'orientation des réflexions, mais ne constituent nullement des conclusions ni des politiques officielles préconisées par le Collège royal.

Les forces de la formation médicale postdoctorale au Canada

Tout examen du système de FMPD au Canada doit reconnaître et faire valoir les nombreuses réussites entourant le réseau actuel de la formation des résidents. Les médecins d'aujourd'hui reçoivent la meilleure formation médicale de toute l'histoire du monde moderne. On peut probablement affirmer que le système canadien de formation des résidents fait l'envie du monde entier en raison de sa configuration bien particulière, de la force de ses éducateurs, de ses programmes d'études, de ses normes et de ses innovations. Ses mérites comprennent notamment :

- une **formation de grande qualité** et un rendement des diplômés de réputation mondiale, ainsi que des titres professionnels et des médecins fort recherchés;
- une aspiration internationale envers les **normes** canadiennes de FMPD, menant à des demandes de collaboration et de soutien au développement par de nombreuses régions du monde;
- la reconnaissance planétaire des **innovations** canadiennes en formation médicale, dont le cadre CanMEDS, les outils de rétroaction multisources, les examens de certification, l'enseignement et l'évaluation du professionnalisme, la simulation et les initiatives fondées sur la compétence;
- le leadership en matière de **perfectionnement des corps professoraux** en médecine;
- une **infrastructure universitaire** unique et stimulante offrant des ressources pédagogiques pour la FMPD;
- un système de responsabilisation et de gouvernance qui repose sur les **directeurs de programmes** de résidence et les **doyens aux études postdoctorales**;
- un système d'**agrément** considéré comme étant la référence en formation médicale dans le monde entier.

Les défis et occasions à saisir en FMPD

Reconnaissant les nombreuses forces de la FMPD d'aujourd'hui, les Associés du Collège royal ont toutefois cerné plusieurs lacunes importantes et occasions d'amélioration à saisir, dont les suivantes :

1. **la complexité du système** : le système canadien compte de nombreux joueurs présentant des mandats se chevauchant et affichant une structure redondante; les précieuses ressources, dont le financement et l'expertise, sont dispersées parmi les multiples organismes; les médecins en exercice faisant partie du bassin des ressources humaines de la santé doivent se soumettre à de nombreuses exigences (affiliation, adhésion, examens, réglementation);
2. **l'ère de la responsabilisation** : la formation médicale du XXI^e siècle a été critiquée en raison de son échec à préparer adéquatement tous les diplômés en vue de la pratique ou de la poursuite de leur carrière; les faits révèlent que les diplômés qui terminent leur résidence présentent des lacunes considérables au chapitre des compétences, et que les aptitudes des médecins en exercice se restreignent et se dégradent avec le temps, une tendance qui mène à une incapacité de combler adéquatement les besoins de la population; la profession médicale doit non seulement être tenue responsable de son « produit » à chaque étape de la formation médicale, mais elle doit aussi assurer le maintien et le rehaussement des compétences du début à la fin de la carrière des médecins;
3. **les impératifs en matière de ressources** : l'éducation et la prestation des soins consomment souvent la majeure partie des budgets des gouvernements provinciaux — qui sont d'ailleurs présentement soumis à des restrictions —, et la formation médicale se retrouve à l'intersection de ces deux sphères; il est peu probable que de nouvelles sommes soient affectées au rehaussement de la FMPD, les ressources humaines de la santé sont à bout de souffle, l'accessibilité aux services de santé demeure un problème perpétuel, et les

- médecins travaillent plus fort que jamais; or, la transformation, et non l'ajout, est la clé qui permettra de changer les choses;
4. **les attentes de la population** : malgré ce qui précède, ceux à qui sont destinés les soins médicaux ont des attentes de plus en plus élevées (ils réclament des soins complets, personnalisés, opportuns, sécuritaires et de haute qualité), et la médecine doit pouvoir répondre à ces attentes si elle veut rester pertinente et combler les besoins changeants de la société;
 5. **l'évolution de la formation des résidents** : la formation des résidents existe depuis maintenant 100 ans, ayant vu le jour lorsque Osler, Halsted et compagnie ont créé « un séminaire pour l'étude avancée de la médecine », mais la nature du résident a beaucoup évolué depuis cette époque, qu'il s'agisse des heures de travail, de la nature de la pratique et des services, ou de la signification de « professionnel en apprentissage »;
 6. **les rôles changeants des éducateurs** : la définition même de l'éducateur médical a énormément changé depuis quelques décennies, et on demande beaucoup plus aux médecins d'aujourd'hui; partout au pays, l'enseignement est donné dans de nombreux contextes qui dépassent largement les hôpitaux universitaires, ce qui soulève de nouvelles questions quant aux façons d'aider les éducateurs à maintenir le niveau d'excellence de la FMPD dans ces nouveaux contextes;
 7. **les nouveaux modèles et normes de la formation médicale** : partout au monde, les éducateurs médicaux remettent en question le modèle de FMPD; la formation médicale fondée sur les compétences (FMFC), les nouveaux modèles d'enseignement, le recours accru à l'observation directe, les nouveaux outils d'évaluation, un nouvel accent mis sur l'utilisation de portfolios, les nouveaux contextes d'enseignement, un accent accru sur l'évaluation en cours de formation et l'émergence de la simulation sont autant d'exemples des grands virages qui s'annoncent dans le domaine de la formation médicale.

Tracer la voie — les orientations cernées par la série de livres blancs du Collège royal

Suivent ci-dessous les orientations stratégiques pour l'avenir de la FMPD qui ont été formulées et soumises pour réflexion à tous les intervenants du secteur de l'éducation médicale.

A. Enseignement, apprentissage et évaluation

1. **Adoption de programmes « hybrides » fondés sur les compétences** — Au Canada, la FMPD prend déjà appui sur un cadre de compétences axé sur les résultats : le cadre CanMEDS. Pourtant, le système continue d'être essentiellement axé sur la durée des stages. Il faudrait donc favoriser un virage vers une approche plutôt axée sur les résultats — qui repose sur les compétences et les jalons atteints —, et qui permettrait d'assurer que les diplômés qui terminent leur formation possèdent toutes les compétences définies. Bien que l'adoption au Canada d'un modèle de FMPD parfaitement exempt de critères liés à la durée des stages serait complexe sur le plan logistique, une formule hybride combinant des stages et programmes basés sur le temps et sur l'acquisition de compétences permettrait de rehausser la formation. Des cadres fondés sur les compétences CanMEDS pourraient être intégrés à toutes les facettes de la

formation : études prédoctorales, FMPD et apprentissage continu. Un tel virage aurait une incidence considérable sur la nature de l'enseignement et de l'apprentissage des résidents. [Se reporter au livre blanc sur la formation médicale fondée sur les compétences.]

- 2. Mise sur pied de systèmes d'évaluation continue fondée sur les compétences** — L'évaluation des compétences des médecins doit se réaliser par une approche axée sur les résultats plutôt que par des critères indirects relatifs à la présence à des stages ou par des « biopsies » des connaissances épisodiques, extrêmes et lourdes d'impacts. De nouveaux systèmes combinant la vérification continue d'échantillons des habiletés réelles et la consignation de la progression de l'acquisition des compétences, et mettant un accent accru sur l'observation directe et sur l'évaluation en cours de formation doivent être mis sur pied. Le portfolio de formation médicale continue dans lequel seraient consignées toutes les activités et expériences réalisées tout au long de l'acquisition et du perfectionnement des compétences — études prédoctorales et postdoctorales et développement professionnel continu (DPC) — serait un outil efficace à privilégier. Le rôle et les caractéristiques des examens du Collège royal ainsi que le moment où ils sont donnés devraient en outre être repensés de manière à les intégrer à cette vision de la formation médicale fondée sur les compétences (FMFC) et de l'évaluation fondée sur les compétences (EFC). [Se reporter au livre blanc sur l'évaluation.]
- 3. Restructuration de l'interface entre la FMPD et le DPC** — Une telle orientation reflète la ferme volonté de mettre un frein au cloisonnement artificiel qui existe entre les diverses étapes de la formation médicale et la pratique. Par définition, la FMPD devrait permettre une transition vers la pratique qui soit harmonieuse et sans faille. Des activités pédagogiques structurées et immersives qui permettent aux médecins en exercice de réintégrer la formation afin d'acquérir de nouvelles compétences ou de mettre à jour celles préalablement acquises doivent également être prévues. [Se reporter au livre blanc sur le continuum de la formation médicale.] Cette orientation présente deux principaux éléments :
 - a. comme la dernière année de résidence doit permettre une transition harmonieuse vers la pratique, on pourrait prévoir une étape de « médecin débutant » au sommet de la période de responsabilité progressive ou à la croisée entre la pratique supervisée et la pleine autonomie, et les examens et la certification pourraient alors être déplacés afin de faciliter cette transition;
 - b. étant donné le grand dynamisme de la science de la médecine, il faudrait que de meilleures occasions de réintégration dans la formation (de type résidence) soient offertes aux médecins en exercice, de manière à assurer le maintien et le rehaussement de leurs compétences tout au long de leur carrière — la démarcation entre le DPC et la FMPD devrait être assouplie, et ces deux volets devraient s'entremêler et former une « boucle récurrente d'apprentissage ».
- 4. Accent accru sur certains domaines des contenus pédagogiques** — Tous les volets du cadre CanMEDS doivent être enseignés, observés et évalués à chaque étape de la formation et dans toutes les spécialités. Mais il faudra se pencher davantage sur certains domaines, notamment :

- a. le professionnalisme, une valeur fondamentale en médecine; il faudrait mettre davantage l'accent sur certains comportements (par opposition aux attributs), ainsi que sur un éthos en matière d'engagement envers les soins aux patients et la profession; [se reporter au livre blanc sur le professionnalisme]
 - b. les contenus CanMEDS plus complexes que plusieurs disciplines peinent à intégrer aux objectifs pédagogiques (comme les rôles du promoteur de la santé et du gestionnaire);
 - c. la sécurité des patients : la prochaine version du cadre (CanMEDS 2015) devra comprendre les compétences en matière de sécurité de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et du Collège royal. [Se reporter au livre blanc sur une culture de sécurité des patients équitable.]
5. **Contextes** — Les contextes d'enseignement et d'apprentissage, qu'il s'agisse de l'emplacement physique ou du mode pédagogique, doivent être choisis en fonction des compétences et de la pratique ultérieure des résidents. Bien que les unités d'enseignement cliniques (UEC) des centres de soins tertiaires présentent de nombreux avantages, il ne faut pas présumer qu'elles constituent le contexte idéal pour toutes les disciplines et activités éducatives. Il faudrait en outre favoriser une meilleure collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire dans les contextes qui correspondent le mieux à la pratique. [Se reporter au livre blanc sur la diversification des contextes d'apprentissage.]

B. Éléments à considérer en matière de FMPD

1. **Les besoins de la population.** Il devient de plus en plus nécessaire de faire converger les programmes d'études avec les besoins dynamiques de la population desservie. Il faudrait disposer d'information opportune et dynamique qui pourrait être amassée par des *unités de renseignements sur la santé*, lesquelles devraient être créées pour orienter une formation des professionnels de la santé mieux adaptée à la réalité. [Se reporter au livre blanc sur les besoins de la société en matière de santé.]
2. **Le généralisme.** Il faudra mettre un accent senti sur la promotion des principes fondamentaux du généralisme dans toutes les spécialités au Canada, et ce, pour l'amélioration des soins à la population. [Se reporter au livre blanc sur l'équilibre entre le généralisme et la spécialisation.]
3. **L'harmonisation du système.** Les nombreux joueurs et organismes du système d'éducation médicale au Canada devraient-ils chercher à améliorer l'harmonisation, la collaboration et la mise en commun des ressources, et même en venir à une amalgamation? Des occasions appropriées permettraient-elles aux divers joueurs de discuter de domaines communs d'intérêt ou de préoccupation? Comment pourrait-on réduire les dépenses et le nombre d'étapes en ce qui a trait à la certification des médecins? Voilà autant de questions qui se posent.
4. **Le soutien aux corps enseignants.** Au-delà du perfectionnement des corps professoraux, la viabilité du système canadien de formation médicale dépend du recrutement et du maintien en poste d'enseignants prêts à rehausser leurs compétences. Une initiative musclée d'échelle nationale est requise pour assurer la réussite, sans quoi la mise en œuvre de tous les autres projets sera difficile. [Se reporter au livre blanc sur le perfectionnement.]
5. **Une culture de sécurité des patients équitable.** Il faudra déterminer comment le secteur canadien de l'éducation médicale pourra en venir à

systématiquement promouvoir et refléter la sécurité des patients et une culture équitable de soins de santé dans les contextes d'apprentissage et de travail. [Se reporter au livre blanc sur une culture de sécurité des patients équitable.]

- 6. La clarification des rôles des résidents et des éducateurs.** On s'intéresse de plus en plus aux conditions de travail des résidents et des éducateurs. On perçoit une tension entre les services et l'éducation, bien que ceux-ci soient interreliés et essentiels à la préparation d'un médecin compétent. De plus grands efforts devront être déployés pour assurer un alignement adéquat des heures de travail en tenant compte de la variété des contextes et des disciplines que comporte la FMPD. Aussi, il faudra plus de clarté en ce qui concerne la supervision évolutive et la nature du travail tant des résidents que des médecins en exercice. La période de responsabilité progressive des résidents doit comprendre des occasions de pratiquer en contexte de charges de travail réalistes. [Se reporter au livre blanc sur le double rôle du résident.]

C. Transformation du rôle du Collège royal en matière de formation médicale

Les Associés ont affirmé que le Collège royal, présentement un organisme de certification, devrait poursuivre sa transformation en un organisme voué à la compétence des médecins. Ce virage entraîne les implications qui suivent, en collaboration avec d'autres partenaires du secteur de la médecine :

- 1. Le Collège royal devrait évoluer et devenir un fournisseur ou coordonnateur** de certains volets de la formation médicale. Pour mieux servir ses Associés et parties intéressées, il devra offrir un meilleur soutien en matière d'apprentissage continu, de maintien des compétences et d'autres créneaux présentement mal desservis. [Se reporter au livre blanc sur le continuum de la formation médicale.]
- 2. Le Collège royal doit mieux appuyer tout ce qui entoure le perfectionnement des corps professoraux.** En sa qualité de coordonnateur et de fournisseur de ressources d'initiatives visant la transformation, le Collège royal doit mieux appuyer les facultés de médecine et ses autres partenaires afin d'assurer la réussite des éducateurs du XXI^e siècle au chapitre de l'enseignement, de l'évaluation et de la progression de carrière. Le perfectionnement des éducateurs devrait constituer un vaste paradigme qui appuie tous les rôles des enseignants. [Se reporter au livre blanc sur le perfectionnement.]
- 3. Le Collège royal doit mieux appuyer l'évaluation des médecins.** Une bibliothèque réunissant tous les outils génériques et propres à chaque spécialité portant sur les compétences CanMEDS devrait être mise à disposition, et une unité d'experts en évaluation pourrait être créée pour appuyer le virage vers l'évaluation fondée sur les compétences. [Se reporter au livre blanc sur l'évaluation.]
- 4. Le Collège royal devrait établir des guides nationaux de programmes d'études propres à chacune des spécialités reconnues.** Cela allégerait le fardeau qui pèse sur chacun des programmes, et permettrait de mieux consacrer les efforts à l'enseignement, à l'apprentissage et à l'évaluation. [Se reporter au livre blanc sur la formation médicale fondée sur les compétences.]