



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

# Guide de mise en œuvre de l'évaluation en milieu de travail

*dans le cadre de La compétence par conception*



**La compétence  
par conception**

## Utilisation du présent guide

Au fur et à mesure que la CPC sera mise en œuvre au Canada, les directeurs de programme, les responsables de l'approche par compétences en formation médicale et les membres des bureaux des études médicales postdoctorales présenteront de nouveaux concepts pédagogiques importants aux résidents et aux enseignants cliniques. Si vous assumez l'un de ces rôles, il vous faudra avoir, par rapport à certains de vos collègues, une plus grande exposition à ces concepts afin de mieux les comprendre. Le fait est que ce ne sont pas tous les médecins de première ligne qui ont besoin de connaître la complexité des tenants et aboutissants de la stratégie d'évaluation en milieu de travail de la CPC. Cependant, ceux d'entre vous qui exercent un rôle de soutien (p. ex., les directeurs de programme, les responsables de l'approche par compétences en formation médicale) auront besoin d'une compréhension approfondie de l'évaluation en milieu de travail (EMT) afin d'apporter des changements essentiels au programme et de renforcer la capacité des résidents et des enseignants cliniques à soutenir la mise en œuvre de la CPC. Le présent guide a pour objet de vous transmettre des informations et des conseils utiles à l'évaluation dans le cadre de la CPC.

Les sections de ce guide sont conçues pour établir des liens concrets entre les principales composantes de l'évaluation de la CPC, les observations et l'enseignement dans la pratique, et l'EMT. Des exemples et des conseils pratiques sont fournis comme points de départ à l'EMT, ainsi que des suggestions de modalités d'intégration de l'EMT dans le contexte local de votre programme. [Il vous serait peut-être utile de revoir la présentation PowerPoint sur l'évaluation en milieu de travail](#). Cette présentation et le résumé qui l'accompagne ont été créés pour appuyer vos activités de perfectionnement du corps professoral dans votre contexte local.



Ce document est protégé par une licence internationale Creative Commons Attribution Non-Commercial Share Alike 4.0. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2016. [canmeds.collegeroyal.ca](http://canmeds.collegeroyal.ca).

### Comment citer ce document en référence:

Gofton, W., Dudek, N., Barton, G., and Bhanji, F. (2017). Work Based Assessment Implementation Guide: Formative tips for medical teaching practice. 1e éd. (PDF) Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, pp. 1-12. Disponible auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens.

<http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/cbd/wba-implementation-guide-tips-medical-teaching-practice-f.pdf>

## Introduction

La compétence par conception (CPC) regroupe des perspectives déjà connues, mais évolutives, sur la formation des résidents, l'enseignement et l'évaluation. À l'opposé des approches traditionnelles, la CPC met l'accent sur le fait que nombre d'occasions d'évaluation formative se présentent tout au long de la résidence. L'observation fréquente assortie d'une rétroaction vise à favoriser le développement progressif de la capacité d'un stagiaire à exécuter de façon sécuritaire et autonome les tâches cliniques et professionnelles que comporte l'exercice de la médecine spécialisée. Plusieurs observations de faible incidence permettent au comité de compétence de déterminer la compétence d'un stagiaire à diverses étapes d'un continuum. L'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation des compétences sont de toute évidence liés, et s'inscrivent également dans le travail quotidien et le milieu de pratique des médecins spécialistes (figure 1). La compétence ne se limite pas au fait de « savoir comment faire », elle implique aussi que les stagiaires « montrent comment faire » et prouvent qu'ils sont capables de « faire » ce qu'ils sont supposés faire de façon autonome. Le développement des compétences et leur évaluation nécessitent de multiples occasions de pratique et aussi des informations spécifiques en nombre suffisant sur le rendement des résidents dans le milieu de travail<sup>1</sup>.

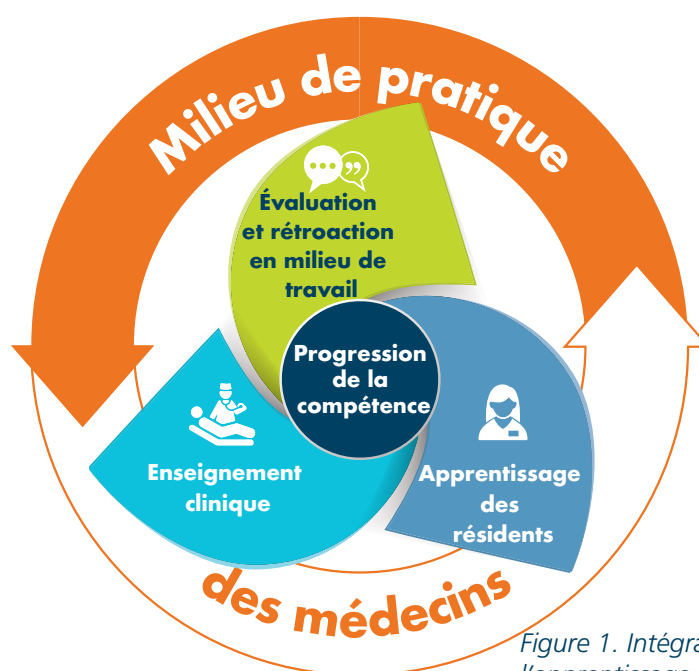


Figure 1. Intégration de l'enseignement, de l'apprentissage et de l'évaluation dans la pratique en milieu de travail

### Messages clés :

- La compétence par conception (CPC) exige des stagiaires de faire preuve des habiletés nécessaires à toutes les étapes du continuum de la compétence.
- De fréquentes observations et rétroactions formatives écrites et verbales aux apprenants sont essentielles dans le cadre de la CPC.
- L'évaluation en milieu de travail (EMT) qui se fonde sur l'observation directe et indirecte constitue une pierre angulaire de la stratégie d'évaluation de la CPC.
- Parmi les outils d'EMT, les échelles de confiance représentent des moyens plus fiables et pertinents de mesurer le rendement dans la pratique.
- Les commentaires explicatifs compris dans les outils d'EMT sont importants pour étayer les pistes d'amélioration présentées aux stagiaires et permettre aux comités de compétence d'évaluer leur rendement en bonne connaissance de cause.

<sup>1</sup>Oerlemans et coll., 2016; Carracio et coll., 2016; Ten Cate et coll., 2016).

## CPCs et jalons : les fondements du cadre d'évaluation de La compétence par conception

La CPC utilise les activités professionnelles confiées (APC) comme cadre organisationnel d'évaluation. Les APC intègrent les divers rôles CanMEDS; ce terme est employé pour regrouper et décrire les tâches fondamentales à exécuter dans une discipline. Chaque APC renferme des éléments de jalons observables. Les APC et les jalons qui y sont associés évoluent au fil de la progression des résidents et sont conçus en fonction de chaque étape de la formation (c.-à-d. la progression vers la discipline, l'acquisition des fondements de la discipline, la maîtrise de la discipline et la transition vers la pratique). Les APC et les jalons donnent aux résidents des orientations claires quant à leur apprentissage, ainsi que des objectifs précis aux éducateurs en ce qui a trait à l'enseignement et à l'évaluation.

Pour chaque APC, le comité de spécialité recommande le nombre d'observations à réussir afin d'étayer l'évaluation de la compétence. Cette évaluation se fonde sur de multiples observations en milieu de pratique qui doivent brosser un tableau complet des habiletés d'un stagiaire à exercer la discipline. Les méthodes d'évaluation reconnues pour leur grande qualité sont riches en rétroactions constructives verbales et écrites (Carraccio, 2016).

Dans le contexte de la CPC, les superviseurs évaluent le rendement de chaque résident en milieu de travail en exerçant une surveillance clinique authentique. L'EMT doit être réalisable; en bref, elle comprend la consignation de commentaires que de nombreux superviseurs transmettent déjà verbalement à leurs résidents. Elle vise principalement à fournir des rétroactions portant spécifiquement sur la progression des stagiaires, de même que des données suffisantes sur le rendement dans la pratique pour éclairer les décisions du comité de compétence concernant la réussite des APC (figure 2).

### Conseil pour la mise en œuvre du cadre d'évaluation de la CPC:

- Aidez vos apprenants et vos collègues à voir comment les activités professionnelles confiées (APC) reflètent le travail concret des médecins dans votre discipline.
- Utilisez les APC pour planifier et structurer l'ensemble des activités d'enseignement et d'évaluation.

APC	Jalons
Activité de base d'une discipline, spécifique à l'étape du continuum, qui peut être apprise, enseignée, exécutée et évaluée dans des milieux de pratique réels ou simulés.	Composantes spécifiques observables et mesurables nécessaires pour démontrer entièrement la réussite d'une APC.
<b>Exemple :</b> La prise en charge d'un cas d'arrêt cardiaque peut être une APC rattachée à une discipline en particulier.	<b>Exemple :</b> Les stagiaires démontrent une acquisition partielle des compétences CanMEDS d'expert médical et de collaborateur en réalisant des éléments d'interprétation du rythme cardiaque tirés du jalon, en exécutant une RCR de grande qualité et en coordonnant rapidement la demande d'un chariot d'urgence avec un collègue.

Figure 2. Ce qui distingue les activités professionnelles confiées (APC) des jalons

## L'évaluation en milieu de travail : observer, offrir des rétroactions et consigner

Dans le contexte de la CPC, les superviseurs évaluent le rendement de chaque résident en milieu de travail en exerçant une surveillance clinique authentique. L'EMT doit être réalisable; en bref, elle comprend la consignation de commentaires que de nombreux superviseurs transmettent déjà verbalement à leurs résidents. Elle vise principalement à fournir des rétroactions portant spécifiquement sur la progression des stagiaires, de même que des données suffisantes sur le rendement dans la pratique pour éclairer les décisions du comité de compétence concernant la réussite des APC (figure 3).

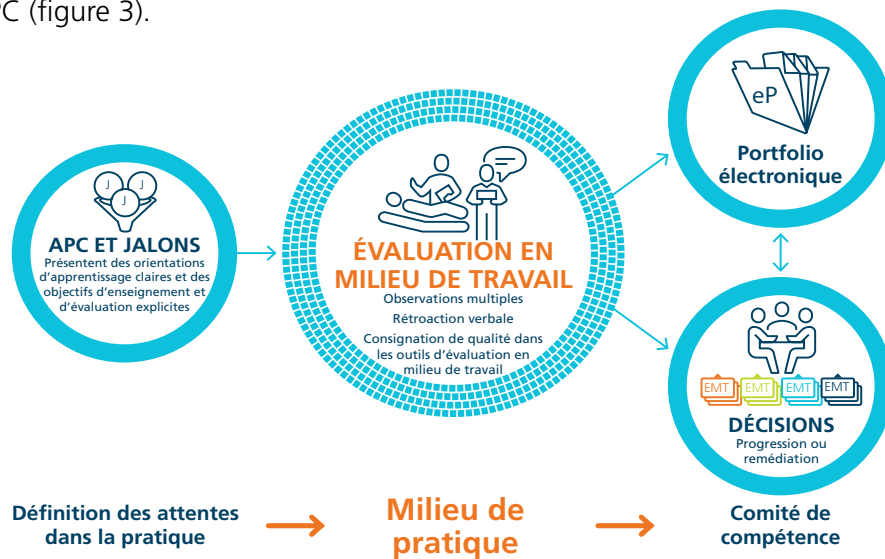


Figure 3. Ce que comprennent l'enseignement clinique et l'évaluation en milieu de travail

Les échanges fréquents - en temps opportun - entre l'apprenant et l'observateur dans le cadre du coaching sont un élément important de l'EMT. Il s'agit du « coaching en direct », qui est inspiré du processus **RA-OCD** :

- R** : Établir un **R**apport pédagogique entre le résident et le clinicien (une alliance ou un partenariat éducatif).
- A** : Déterminer les **A**ttentes de la rencontre (discuter des objectifs d'apprentissage).
- O** : **O**bserver le résident. Dans la CPC, les fonctions de l'enseignant clinique passent de la supervision à de fréquentes observations et séances de coaching. Lorsque les enseignants cliniques observent directement ou indirectement les tâches que les résidents accomplissent plus souvent, leurs observations donnent lieu à un plus grand nombre d'occasions d'apprentissage et brossent un portrait plus global de la compétence des stagiaires.
- C** : Établir une conversation de **C**oaching pour aider le résident à s'améliorer. Dans le cadre de cette conversation, l'enseignant clinique fournit au stagiaire une « rétroaction avec coaching », pour proposer des suggestions d'amélioration concrètes et des moyens pour apporter ces améliorations.
- D** : **D**ocumenter les interactions dans un résumé de la rencontre, y compris les détails de l'observation et les évaluations du rendement, à l'aide d'une grille d'évaluation (formulaire d'observation).

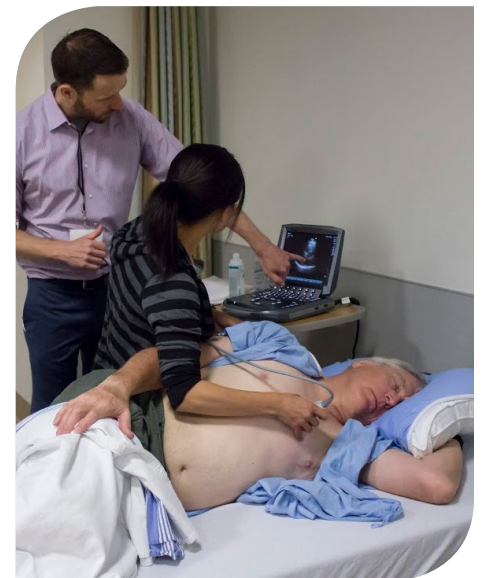


Figure 4. Observation durant une séance d'enseignement

Pour en savoir plus sur le modèle de coaching de la CPC et sur le coaching en direct, cliquez [ici](#).

## Observations lors de séances d'enseignement

Les observations réalisées durant les séances d'enseignement (figure 3) doivent être reliées aux APC adaptées à l'étape de formation des résidents et aux activités habituelles de pratique dans un stage clinique. Des observations fréquentes à faible incidence fournissent des données discrètes sur le rendement qui sont particulières au contexte et au moment où l'activité est observée. Il convient de faire remarquer que vous pourriez trouver que certaines des APC de votre discipline sont trop « vastes » pour une évaluation complète en une seule rencontre. Dans ces circonstances, des rétroactions ciblées sur des parties de l'APC demeurent importantes pour l'apprentissage du résident en général et pour les décisions de recommandation du comité de compétence.

En veillant à ce que les observations soient de fréquentes activités d'évaluation de faible incidence, les cliniciens de première ligne sont à même de consigner des évaluations objectives du rendement des résidents et d'offrir une rétroaction concrète avec coaching sur les points à améliorer<sup>4</sup>. Pour obtenir un portrait global des habiletés d'un stagiaire, de multiples observations doivent être consignées par différents observateurs.

Tant les résidents que les enseignants qui les supervisent peuvent solliciter des observations de la pratique. Cette approche axée sur la dualité encourage les apprenants à assumer une plus grande part de responsabilité dans la gestion de leur apprentissage et de leur évaluation.

Les observations peuvent être directes (p. ex., l'observation d'un stagiaire qui procède à un examen du genou) ou indirectes (p. ex., discussion avec un patient sur le plan de traitement communiqué par un résident). Les rétroactions optimales émanent d'observations directes durant des séances d'enseignement, mais ce type d'observation n'est pas toujours possible à réaliser en raison des exigences du flux de travail ou du désir d'accroître l'autonomie des stagiaires. Les observations indirectes peuvent aussi produire des évaluations de rendement valables et des rétroactions constructives précises. Vous trouverez ci-dessous deux exemples d'observation indirecte.



# Observations lors de séances d'enseignement

## Exemples d'observation indirecte

Lors d'une consultation, un stagiaire procède à l'anamnèse et à l'examen physique, puis vous présente le cas. Il vous est souvent possible de déterminer leur niveau de compréhension et d'aptitude d'après la façon dont ils présentent l'information, la capacité de répondre à des questions pertinentes d'approfondissement au sujet du cas, et la pertinence de l'information qu'ils vous présentent par rapport aux résultats de tests ou d'imagerie et de leur plan de traitement.

Les infirmières et les autres professionnels de la santé peuvent également fournir à l'évaluateur des informations au sujet des interactions d'un stagiaire avec l'équipe de soins ou de sa prise en charge d'un patient, ce qui permet d'étayer l'observation d'une APC. Des informations de ce type sont extrêmement utiles, puisque nous devons aussi savoir comment les stagiaires se comportent en notre absence.

Les enseignants cliniques chargés de superviser les stagiaires expriment des jugements pertinents à l'égard de leur rendement lors d'activités de pratique isolées. Toutefois, dans le contexte de la CPC, ces derniers ne prennent pas de décisions sur la compétence globale des stagiaires. Ils centrent plutôt leur attention sur les observations fréquentes et pertinentes durant les séances d'enseignement, et sur les évaluations en milieu de travail.

## Ressources:

Les ressources suivantes offrent de plus amples renseignements sur le perfectionnement du corps professoral, notamment sur les observations lors de séances d'enseignement dans le cadre de l'EMT :

- [How do I choose which EPAS to use?](#)
- [Do I initiate an observation?](#)
- [Can a resident complete an observation?](#)
- [Every EPA has a set number of observations. Are we held to that?](#)
- [How do I fit in observations of my resident in my busy practice?](#)
- [What is an observer vs. an assessor?](#)
- [\[133\] The Observer Effect in MedEd: — balado KeyLIME no 133 \(en anglais\).](#)

## Conseils sur les observations durant les séances d'enseignement dans le contexte de l'évaluation en milieu de travail

- – Lorsque vous observez, définissez exactement l'élément auquel vous devez accorder une attention particulière.
- – Déterminez un objectif clair pour votre observation et habituez vos stagiaires (et patients) à être observés. Cela favorise l'établissement d'un milieu d'apprentissage sécuritaire et efficace.
- – Dressez un calendrier d'observations fréquentes qui inclut les demandes formulées par les résidents. On ne s'attend pas à ce que vous observiez en tout temps; toutefois, sans planification, vous pourriez manquer des aspects fondamentaux du rendement qu'il vous faut surveiller.

## Consignation de l'évaluation en milieu de travail

L'évaluation en milieu de travail (EMT) comporte la consignation d'observations authentiques de la pratique sur une base régulière par des superviseurs cliniques de première ligne. Ces observations se structurent souvent autour de décisions de confier des activités professionnelles (c.-à-d. la mesure dans laquelle l'observateur a confiance que le stagiaire pourra réaliser la même activité ou utiliser la même habileté de façon autonome) et insistent sur la transmission au stagiaire de commentaires explicatifs de qualité sur des moyens d'amélioration.

Le Collège royal a créé, à partir de données factuelles, quatre [grilles d'observation](#) nationales pour aider les superviseurs cliniques de première ligne à consigner les résultats de l'EMT. Ces grilles ont pour but d'optimiser la collecte de données diversifiées sur l'EMT, à rationaliser le flux du travail et à contribuer à minimiser le fardeau de la consignation des données d'observation pour le personnel médical enseignant.

Les comités de spécialité, dans le contexte de leurs ateliers sur la [transition vers la CPC](#), entament des discussions afin de déterminer quelles grilles d'évaluation (c.-à-d. quels formulaires d'observation) sont les plus appropriées pour recueillir les données sur le rendement spécifiques à chaque APC. De même, les programmes, de concert avec leurs responsables de l'APC en formation médicale et bureaux des études médicales postdoctorales, peuvent choisir d'adopter d'autres outils d'évaluation qui s'inscrivent mieux dans leur contexte de pratique local.

Les grilles d'observation nationales intégrées dans le portfolio électronique du Collège royal portent notamment sur les éléments suivants :

- l'observation d'une APC (formulaire 1); ce formulaire est employé pour consigner le rendement d'un résident lors de l'exécution complète ou partielle d'une APC;
- les compétences interventionnelles (formulaire 2); ce formulaire permet de consigner la capacité d'un résident à réaliser une intervention donnée;
- la rétroaction multisources (formulaire 3) — ce formulaire peut être rempli par des médecins du service d'attache et d'autres services, ou d'autres professionnels de la santé, comme le requiert le programme ou la discipline;
- la description explicative des observations (formulaire 4) — ce formulaire sert à consigner toute observation sur le rendement d'un stagiaire, et peut être utilisé dans divers contextes afin de fournir des renseignements utiles reliés ultérieurement à une APC, s'il y a lieu.

**Remarque :** Ce ne sont pas toutes les facultés qui utilisent le système de portfolio électronique du Collège royal et, comme il a été mentionné plus haut, certaines facultés intégreront des variations de ces outils d'EMT. Quelle que soit l'application logicielle ou la grille utilisée pour l'EMT, il est crucial de recueillir et de consigner de riches données d'observation et de rétroaction pour obtenir les avantages formatifs et sommatifs que tous ces outils sont destinés à fournir.



## Consignation de l'évaluation en milieu de travail

Idéalement, les stagiaires reçoivent une rétroaction verbale ciblée sur leur rendement immédiatement après une observation (rétroaction avec coaching) durant une séance d'enseignement, et ces informations sont également consignées comme il convient. Des commentaires explicatifs brefs, mais bien rédigés constituent des informations précieuses, quel que soit l'outil d'EMT. Au niveau le plus élémentaire, les commentaires explicatifs écrits (descriptions narratives) offrent des renseignements fondamentaux sur l'observation que les cotes d'évaluation du rendement ne peuvent fournir. Ces commentaires écrits transmettent aux stagiaires des conseils sur des aspects comportementaux précis visant l'amélioration de leur rendement futur dans la pratique. Ils donnent également aux comités de compétence des informations détaillées sur les évaluations de rendement, qui lui permettent de prendre une décision éclairée sur la promotion ou la remédiation. La figure 5 offre un exemple d'une rétroaction écrite bien étayée.

### Exemple de commentaire explicatif

Réagit positivement à la rétroaction suivant les séances d'enseignement comme l'atteste la modification effectuée plus tard dans la pratique. Ex. : J'ai remarqué que vous avez raté une latence du quadriceps parce que vous n'avez pas vérifié l'amplitude articulaire passive du genou. Vous avez revu la procédure et la technique appropriées pour le test du quadriceps. J'ai pu constater plus tard durant la séance de consultation que vous avez modifié adéquatement l'examen physique.

Les ressources suivantes offrent de plus amples renseignements sur le perfectionnement du corps professoral, notamment sur l'évaluation en milieu de travail et la notion de confiance :

- [Why is trust so important?](#)
- [Am I trusting my resident for all time?](#)

### Conseils sur la consignation des commentaires explicatifs (descriptions narratives) dans les outils d'observation en milieu de travail de la CPC

Rédigez des commentaires explicatifs d'EMT de grande qualité en :

- offrant vos recommandations d'amélioration du rendement de manière constructive;
- donnant des exemples précis de comportement;
- fournissant des justifications constructives sur vos évaluations de rendement en milieu de travail;
- donnant « suffisamment » de détails afin qu'un évaluateur indépendant puisse comprendre les enjeux.

## Échelles de confiance : des évaluations en milieu de travail simples et pertinentes

Les observateurs doivent s'efforcer de minimiser les biais et aussi de refléter leurs priorités et leur expertise clinique dans l'évaluation en milieu de travail des résidents [5,6,7](#). Dans les instruments classiques d'EMT, le rendement des stagiaires est évalué en fonction des attentes énoncées à l'aide de critères (p. ex., 1 [satisfait rarement aux attentes] à 5 [dépasse constamment les attentes]); la qualité du rendement peut aussi être évaluée à l'aide de critères (p. ex., 1 [faible] à 5 [excellente]). Il existe toutefois des préoccupations bien documentées relativement à la fiabilité et la validité de ces échelles d'évaluation [8,9,10,11](#).

À l'opposé, les évaluations de rendement sur l'échelle de confiance (critères) sont structurées de façon pertinente selon la manière dont les médecins superviseurs prennent au quotidien des décisions sur le rendement des stagiaires. Ces décisions se fondent sur le degré de confiance de l'évaluateur dans les habiletés d'un résident à exercer de façon sécuritaire et autonome. Il a été prouvé que les critères de l'échelle de confiance sont plus fiables que les critères classiques [5,13](#). L'expérience avec les critères de l'échelle de confiance a également démontré que les stagiaires sont disposés à accepter des résultats d'évaluation plus faibles s'ils reçoivent la rétroaction concrète nécessaire à l'amélioration de leur rendement [5,6,13,14](#).

Des critères de confiance validés<sup>14</sup> sont intégrés dans plusieurs outils d'EMT approuvés par le Collège royal. (figure 5).

Échelle de confiance O-SCORE	
Niveau	Description
1	<b>« J'ai dû le faire »</b> c.-à-d., a besoin qu'on lui montre comment faire, ne l'a pas fait ou n'a pas eu l'occasion de le faire
2	<b>« J'ai dû lui expliquer comment faire »</b> c.-à-d., peut exécuter les tâches, mais en étant guidé constamment
3	<b>« J'ai dû le guider à l'occasion »</b> c.-à-d., fait preuve d'une certaine autonomie, mais a parfois besoin d'être guidé
4	<b>« Je devais être présent au cas où »</b> c.-à-d., fait preuve d'autonomie, mais n'est pas conscient des risques et a encore besoin de supervision pour assurer une pratique sécuritaire
5	<b>« Je n'avais pas besoin d'être présent »</b> c.-à-d., entièrement autonome; comprend les risques, exécute la tâche de façon sécuritaire, apte à pratiquer

Gofton WT, Dudek NL, Wood TJ, Balaa F, Hamstra SJ. The Ottawa surgical competency operating room evaluation (O-SCORE): a tool to assess surgical competence. Acad Med. 2012;87(10):1401-7. [http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2012/10000/The\\_Ottawa\\_Surgical\\_Compency\\_Operating\\_Room.24.aspx](http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2012/10000/The_Ottawa_Surgical_Compency_Operating_Room.24.aspx) Reproduite avec autorisation des auteurs.

Figure 5. Échelle de confiance O-SCORE

## Échelles de confiance : des évaluations en milieu de travail simples et pertinentes

Des critères d'échelle de confiance comme « J'ai dû lui expliquer comment faire » et « Je n'avais pas besoin d'être présent » sont utilisés pour évaluer les habiletés d'un stagiaire à réaliser des activités cliniques de façon sécuritaire et autonome, sans supervision. Comme il est indiqué, au degré le plus élevé de cette échelle de rendement, la « confiance » de l'observateur dans la capacité d'un stagiaire à exercer de façon autonome et sécuritaire est étroitement liée à la compréhension qu'a ce dernier des risques réels ou potentiels présents dans l'activité. Pour démontrer la « compréhension » d'un risque par rapport à la « prise de conscience » à son sujet, il faut non seulement le verbaliser, mais aussi prendre les mesures de prévention requises pour atténuer la situation ou la prendre en charge si elle devait survenir. Par exemple, un résident peut démontrer qu'il comprend le risque accru chez un patient qui présente une anatomie difficile en préparant des instruments de réserve sur un plateau stérile ou en consultant d'abord une autre spécialité, ce que les experts chevronnés font tout le temps.

Au fil de la mise en œuvre de la CPC dans votre programme, il importe que les observateurs comprennent que s'il accordent un niveau 5 à un résident, cela ne signifie pas qu'il a réalisé l'APC et qu'il est désormais autorisé à effectuer cette tâche clinique de façon autonome (p. ex., l'intubation). Cette évaluation reflète comment l'observateur croit que le résident a réussi cette APC ou partie d'APC, et fournit des informations au comité de compétence qui déterminera en fin de compte le degré de réussite du résident pour cette APC.

Les critères de confiance correspondent adéquatement aux jugements experts que les médecins portent sur le rendement des stagiaires, et il a été démontré qu'elles sont valides et très fiables comparativement aux critères des échelles classiques d'EMT mentionnés auparavant<sup>5,7</sup>. Bien que les échelles de confiance semblent favoriser les observations durant des séances d'enseignement de type interventionnel, ces critères peuvent également être employés efficacement pour évaluer des habiletés non techniques, comme le rendement à un service de consultation externe (Rekman et coll., 2016). C'est pourquoi un bon nombre de formulaires d'évaluation du portfolio électronique du Collège royal les utilisent; il en va de même pour des outils plus récents.

Pour obtenir plus d'information sur l'utilisation de l'échelle de confiance, consultez [le module sur l'échelle/les critères de confiance](#).

### Conseils sur les critères de confiance dans les outils d'évaluation en milieu de travail de la CPC :

- Rappelez-vous que vos critères de confiance comportent un jugement sur les habiletés d'un résident à exercer de façon sécuritaire et autonome sur la base de vos observations de la journée. Ces critères ne sont pas destinés à prédire le rendement futur.
- Mesurez le rendement par rapport à la norme de pratique autonome, et non en fonction de l'étape de formation où se situe l'apprenant.
- Le fait d'attribuer un niveau d'« autonomie » à un résident ne signifie pas qu'il peut désormais toujours effectuer la tâche visée sans supervision. Cela veut tout simplement dire qu'il a agi de façon autonome dans cette circonstance.

## Références bibliographiques

1. Oerlemans M, P Dielissen, A Timmerman, P Ram, B Maiburg, J Muris and C van der Vleuten. 2017. Should we assess clinical performance in single patient encounters or consistent behaviors of clinical performance over a series of encounters? A qualitative exploration of narrative trainee profiles. *Medical Teacher*. 39(3): 300–7.
2. Carraccio C, R Englander, ES Holmboe and JR Kogan. 2016. Driving care quality: aligning trainee assessment and supervision through practical application of entrustable professional activities, competencies, and milestones. *Academic Medicine*. 91(2): 199–203.
3. Ten Cate O, D Hart, F Ankel, J Busari, R Englander, N Glasgow, E Holmboe, W lobst, E Lovell, LS Snell and C Touchie. 2016. Entrustment decision making in clinical training. *Academic Medicine*. 91(2): 191–8.
4. McQueen, SA, B Petrisor, M Bhandari, C Fahim, V McKinnon and RR Sonnadara. 2016. Examining the barriers to meaningful assessment and feedback in medical training. *American Journal of Surgery*. 211(2): 464–75.
5. Crossley J, G Johnson, J Booth and W Wade. 2011. Good questions, good answers: construct alignment improves the performance of workplace based assessment scales. *Medical Education*. 45(6): 560–9.
6. Crossley J and B Jolly. 2012. Making sense of work based assessment: ask the right questions, in the right way, about the right things, of the right people. *Medical Education*. 46(1): 28–37.
7. Rekman J, W Gofton, N Dudek, T Gofton and SJ Hamstra. 2016. Entrustability scales: outlining their usefulness for competency-based clinical assessment. *Academic Medicine*. 91(2): 186–90.
8. Carline JD, MD Wenrich and PG Ramsey. 1989. Characteristics of ratings of physician competence by professional associates. *Evaluation and the Health Professions*. 12: 409-23.
9. Kreiter CD, K Ferguson, WC Lee, RL Brennan and P Densen. 1998. A generalizability study of a new standardized rating form used to evaluate students' clinical clerkship performances. *Academic Medicine*. 73: 1294–8.
10. van der Vleuten C and B Verhoeven. 2013. In-training assessment developments in postgraduate education in Europe. *Anz Journal of Surgery*. 83: 454–9.
11. Turnbull J and C Van Barneveld. Assessment of clinical performance: in-training evaluation. In: GR Norman, CPM Van der Vleuten and DI Newble, editors. *International Handbook of Research in Medical Education*. London: Kluwer Academic Publishers; 2002. p. 793–810.
12. Gray JD. 1996. Global rating scales in residency education. *Academic Medicine*. 71: S55–S61.
13. Rekman J, S Hamstra, N Dudek, T Wood, C Seabrook and W Gofton. 2016. A new instrument for assessing resident competence in surgical clinic: the Ottawa Clinic Assessment Tool (OCAT). *Journal of Surgical Education*. 73(4): 575–82.
14. Gofton WT, NL Dudek, TJ Wood, F Balaa and SJ Hamstra. 2012. The Ottawa surgical competency operating room evaluation (O-SCORE): a tool to assess surgical competence. *Academic Medicine*. 87(10): 1401–7.