

Comment développer les Entrustable Professional Activities?

Severin Pinilla^a, Adi Marty^b

^a Clinique universitaire de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée, Université de Berne et Institut d'enseignement médical (IML), département des examens et de l'évaluation, Université de Berne ; ^b Institut d'anesthésiologie, Hôpital universitaire de Zurich

Le sixième article de la série consacrée aux *Entrustable Professional Activities (EPA)* se penche sur leur développement concret. Mettre en place des EPA est un défi pour les sociétés de discipline médicale, mais constitue également une opportunité leur permettant d'affiner les compétences cliniques de leur catalogue de formation postgraduée.

Les sociétés de discipline médicale qui envisagent d'introduire un cursus de formation postgraduée basé sur les compétences et s'interrogent sur la manière de définir les EPA trouveront dans ces sections des indications sur la marche à suivre. De nombreuses informations sont également à leur disposition sur le site Internet de l'ISFM [1]. La commission EPA de l'ISFM les soutient sur la voie des EPA et les aide à établir un processus aussi efficace que possible pour leur développement et leur mise en œuvre. Elle coordonne les projets EPA dans toute la Suisse et veille à l'assurance qualité des EPA [1].

De l'idée au cursus

Etape 1: équipe EPA

Développer des EPA est un travail d'équipe accompli sur mandat de la société de discipline médicale. La première tâche consiste donc à mettre sur pied un groupe de travail mandaté pour traiter de la question des EPA. Cette équipe EPA accompagnera tout le processus, du développement à la mise en œuvre; elle joue un rôle central et doit bénéficier d'un large soutien. Il est recommandé de veiller à la diversité de ses membres et de combiner, par exemple, différents niveaux d'expé-

Critères EQual¹

Activité délimitée

1. Cette EPA a un début et une fin clairement définis
2. Cette EPA peut être exécutée de manière autonome pour atteindre un résultat clinique défini
3. Cette EPA est spécifique et ciblée
4. Cette EPA peut être observée en cours de processus
5. Cette EPA peut être mesurée par son résultat
6. Cette EPA se distingue clairement des autres EPA du cursus

Tâche essentielle et importante de la profession pouvant être confiée

7. Cette EPA décrit un travail qui est essentiel et important pour la profession
8. L'exécution de cette EPA conduit à un résultat de travail attendu
9. L'exécution de cette EPA dans la pratique clinique est réservée au personnel qualifié
10. Cette EPA porte sur une activité professionnelle pouvant être confiée à quelqu'un

L'EPA, un instrument de formation

11. Cette EPA exige d'appliquer les connaissances, les compétences et/ou l'attitude (KSA) acquises au cours de la formation prégraduée et postgraduée
12. Cette EPA inclut l'application et l'intégration de plusieurs domaines de compétence
13. Le titre de l'EPA décrit une activité clinique, et non les qualités ou les compétences des personnes en formation
14. Cette EPA décrit une activité clinique et évite les adjectifs (ou adverbes) qui se rapportent aux compétences

¹ Traduits à partir de [8].



Le Dr méd. Severin Pinilla, M.Ed, Ph.D. et p.-d., est médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, praticien et collaborateur scientifique à la Clinique universitaire de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée, à Berne. Il est membre de la commission EPA de l'ISFM et d'un groupe de travail international (*International EPA Courses – UMC Utrecht*).



Le Dr méd. Adi Marty, MME, travaille en tant que chef de clinique avec responsabilité élargie à l'Institut d'anesthésiologie de l'Hôpital universitaire de Zurich, où il occupe également la fonction de responsable en *Medical Education* au centre de simulation. Expert international en matière d'EPA, il est également membre de la commission EPA de l'ISFM, ainsi que *Chief Visionary Officer* chez precisionED SA.

rience clinique et de hiérarchie (de médecin en formation à médecin cadre), plusieurs expériences en matière d'EPA et de formation basée sur les compétences (*competency-based medical education*, CBME), différents établissements de formation et différentes régions linguistiques.

Dès que l'équipe EPA est au complet, il s'avère utile d'organiser une séance de lancement avec un membre de la commission EPA de l'ISFM dans le but de développer une vision commune et une base théorique pour les EPA. Ensuite, il est conseillé de se réunir à un rythme régulier (tous les mois ou tous les deux mois). L'ensemble du processus (étapes 1 à 4) dure entre 12 et 24 mois (voir encadré) et exige une forte motivation intrinsèque des membres de l'équipe EPA.

Etape 2: ébauche initiale d'une liste d'EPA

Pour améliorer et garantir la qualité de la formation postgraduée, les EPA doivent reposer sur une description pertinente et précise des activités essentielles de la spécialisation pour laquelle elles sont créées.

Les recherches bibliographiques peuvent être utiles afin de ne pas devoir réinventer la roue. Mais il faut savoir être vigilant au moment de reprendre des EPA: celles publiées depuis longtemps ne correspondent souvent plus aux standards de qualité actuels ou elles ont été développées pour un contexte de formation spécifique qui peut fortement différer de celui rencontré en Suisse.

Même si un nombre considérable de publications décrivent le développement des EPA dans différentes disciplines [2–4], il n'existe pas (encore) de «*gold standard*». En outre, les expériences acquises ces prochaines années dans le contexte suisse montreront si les premiers projets d'EPA devront être retravaillés ou adaptés. De manière générale, le risque que les EPA ne «fonctionnent» pas dans le quotidien clinique de la formation est inversement proportionnel au degré de prise en compte des différents critères de validité (contenu, perspectives des acteurs concernés, évaluation standardisée de la qualité des EPA, *feed-back* des *sounding boards* au sein d'une société de discipline médicale, intégration dans le programme de formation postgraduée, etc.).

Conseils pratiques pour le développement des EPA

Comment fractionner judicieusement une spécialisation en activités cliniques concrètes (EPA)? Pour ce faire, différentes approches sont envisageables. L'une consiste à définir les EPA en fonction des symptômes (par exemple «traiter un patient en détresse respira-

toire» [5]), ou l'autre à les déterminer selon le processus professionnel (par exemple «procéder aux investigations anesthésiologiques préopératoires» [6]). Il est bien évident que ces deux approches peuvent être combinées [5].

Pour être efficaces, les EPA doivent être aussi proches que possible de la pratique clinique quotidienne. Lorsqu'une ou un médecin en formation continue souhaite une évaluation en milieu de travail, la question de savoir s'il existe ou non une EPA pour l'activité concernée et si celle-ci peut être évaluée ou non ne doit jamais se poser [7]. Toutes les activités essentielles du quotidien clinique devraient être prises en compte par des EPA.

Il est conseillé de commencer par définir les domaines dans lesquels les EPA seront classées. La plupart du temps, ces domaines correspondent aux sous-spécialisations de la discipline [5]. Pour les procédures, nous proposons d'établir un domaine supplémentaire intitulé «EPA procédurales». Cela permet de les évaluer et de les confier individuellement si nécessaire. Il est également possible qu'elles servent de base à la réalisation d'autres EPA. Par exemple, on ne peut pas se charger de l'induction de l'anesthésie si on ne peut pas poser un cathéter veineux périphérique.

Il est très important de veiller à la qualité élevée de la première ébauche de liste d'EPA afin d'éviter tout gaspillage inutile de ressources par la suite. Pour vous guider dans le développement des EPA, il existe des critères de qualité, intitulés critères EQual [8], qu'il

Pour être efficaces, les EPA doivent être aussi proches que possible de la pratique clinique quotidienne.

convient d'utiliser dès le début afin de vérifier si un projet d'EPA est réellement une EPA (voir encadré). Lorsqu'une EPA ne remplit pas les critères, la retravailler par la suite, au cours du processus de développement, expose à une importante charge de travail supplémentaire.

Au-delà de la qualité, la granularité est également un point de discussion (tab. 1). Faut-il définir un petit nombre de grandes EPA ou beaucoup de petites? Les deux présentent des avantages et des inconvénients. Si, par exemple, on ne définit que six EPA pour toute une spécialisation, celles-ci couvriront forcément un large éventail d'activités avec le risque que seules de petites parties de ces EPA puissent être observées, voire qu'elles ne soient même pas considérées/reconnues comme des EPA dans la pratique clinique. Cela provoque une perte de repères et peut aussi fortement retarder le moment où une activité peut être «confiée»

Tableau 1: Exemples illustrant la qualité et la granularité des EPA

S'agit-il d'une EPA?	Réflexions	Proposition
Traiter une sténose aortique [5]	Semble peu spécifique, mais c'est une bonne EPA. Laisser ainsi si le début et la fin sont clairement définis et que le contenu est bien décrit.	
Exécuter de manière autonome et professionnelle l'induction de l'anesthésie [6]	Remplit la plupart des critères EQual. Mais une EPA ne doit pas contenir de descriptions concernant la qualité de l'exécution (critère EQual 14). L'autonomie est traitée avec l'échelle d'évaluation et n'a pas sa place ici. Le professionnalisme que l'on peut espérer ne fait pas partie de la description d'une EPA.	Modifier en: Exécuter l'induction de l'anesthésie
Exécuter les procédures médicales générales [12]	Cette EPA est trop générale. Il sera difficile de la confier à quelqu'un pour une exécution autonome, car elle inclut un nombre important de procédures différentes.	Subdiviser cette EPA en plusieurs nested EPA: chacune des procédures médicales à maîtriser doit pouvoir être évaluée et confiée séparément. La question se pose de savoir si les nested EPA ne seront pas trop petites (cf. EPA suivantes).
Poser un cathéter veineux périphérique [12]	Beaucoup auraient tendance à considérer cette activité comme une simple compétence (skill). En revanche, si l'évaluation porte aussi sur les connaissances et l'attitude professionnelle et pas seulement sur les aptitudes manuelles, il s'agit d'une petite EPA parfaite. Cette EPA se retrouve probablement dans de nombreuses autres et est donc appelée nested EPA.	La laisser sous forme de <i>nested EPA</i>
Contribuer à une culture de la sécurité et de l'amélioration [12]	C'est l'exemple classique d'une caractéristique importante des médecins en formation. Malheureusement, plusieurs des critères EQual ne sont pas remplis. Par exemple, ce n'est pas une activité qui a un début et une fin. Conclusion, ce n'est pas une EPA.	La disposition à s'engager pour la sécurité des patients est une «attitude» importante et, à ce titre, elle appartient à la description de CHACUNE des différentes EPA concernant les KSA.

parce que l'EPA inclut trop d'éléments différents. Dans ce cas, il est conseillé d'attribuer ces éléments à des sous-EPA, appelés «*nested EPA*», afin de pouvoir les évaluer individuellement.

En revanche, si on opte pour un nombre important de petites EPA, celles-ci seront spécifiques, on pourra observer leur réalisation et elles se prêteront à un entretien nourri pour le feedback. Cette atomisation et la praticabilité d'un grand nombre d'EPA suscitent cependant quelques questionnements. Dans la littérature scientifique, on mentionne une valeur indicative de 10 EPA au maximum par année de formation postgraduée [9], soit environ 20 à 34 EPA pour un programme de formation postgraduée de 3 à 4 ans [10]. Cette retenue s'explique aussi par la charge administrative importante pour gérer un grand nombre d'EPA et par les évaluations que cela implique (cf. *Suggestions for assessment using EPAs in residency training*, phase pilote, commission EPA de l'ISFM, Berne, 13.05.2022). Aujourd'hui, les technologies mobiles permettent d'intégrer habilement les évaluations en milieu de travail dans les processus de travail quotidien [11].

Étape 3: consensus par les EPA

Différentes méthodes de consensus permettent de finaliser la première liste établie avec le titre et le descriptif des EPA. Au cours de ce processus, il est conseillé de travailler avec les titres, mais aussi avec les définitions des EPA (cf. étape 4), afin que toutes les personnes appelées à donner leur avis sachent clairement ce que signifie le titre de l'EPA.

Dès que les titres sont définis, l'équipe EPA peut s'atteler à l'élaboration détaillée des EPA en s'appuyant sur la grille standard.

La **technique du groupe nominal** (TGN) [13] est l'une de ces méthodes de consensus formalisées: les membres du groupe évaluent d'abord individuellement les EPA en fonction de leur importance, puis ils en discutent en groupe en vue d'établir un classement par ordre d'importance.

D'autres méthodes sont basées sur les variations des instruments de sondage. Pour le développement des EPA, c'est surtout la **méthode Delphi (modifiée)** qui est utilisée dans le cadre de projets de recherche en didactique médicale [14]. Elle offre la possibilité d'un vote

encore plus structuré, dans lequel les personnes appelées à donner leur avis commentent le titre et le descriptif des EPA de manière anonyme, éventuellement en combinaison avec des adjectifs quantifiant l'importance. Cette méthode présente notamment l'avantage de mettre certains facteurs en arrière-plan tels que le statut ou la position dominante des experts et de se focaliser sur les commentaires de fond de tous les participants.

Etape 4: mise sur pied des EPA

Dès que les titres sont définis, l'équipe EPA peut s'atteler à l'élaboration détaillée des EPA en s'appuyant sur la grille standard disponible sur le site Internet de l'ISFM. L'expérience nous a montré que l'ordre ci-dessous est pertinent:

- Définition
- Knowledge, Skills, Attitudes (KSA)
- Risques

Définition

Il s'agit ici de décrire précisément l'activité clinique correspondant au titre donné à l'EPA afin que tout le monde visualise et comprenne la même chose. Pour cela, il faudra, par exemple, préciser le contexte clinique dans lequel l'EPA est réalisée, quel est son degré de complexité, quand elle commence et quand elle se termine, quelles en sont les principales étapes et ce qui en est explicitement exclu.

Afin de faciliter la recherche d'un consensus, il est opportun de fixer très tôt les grandes lignes de cette définition pour qu'une vision commune de l'EPA se dégage parmi les personnes impliquées.

Knowledge, Skills, Attitudes (KSA)

Un médecin (en formation ou formateur) qui parcourt le paragraphe sur les KSA devrait visualiser de manière la plus plastique possible l'image d'une personne qui maîtrise cette EPA. Pour ce faire, il est indispensable d'opter pour une formulation active qui, à titre d'exemple, pourrait être:

«Les médecins en mesure de réaliser cette EPA de manière autonome (c'est-à-dire avec une supervision à distance, niveau 4) ...» (suivent le verbe actif et la compétence spécifique)

- connaissent les indications et les contre-indications de cette intervention
- mènent un entretien bien structuré et centré sur le patient
- connaissent leurs limites et demandent du soutien en temps utile.»

Pour expliciter les KSA, il est judicieux de se référer aux programmes de formation postgraduée. En règle générale,

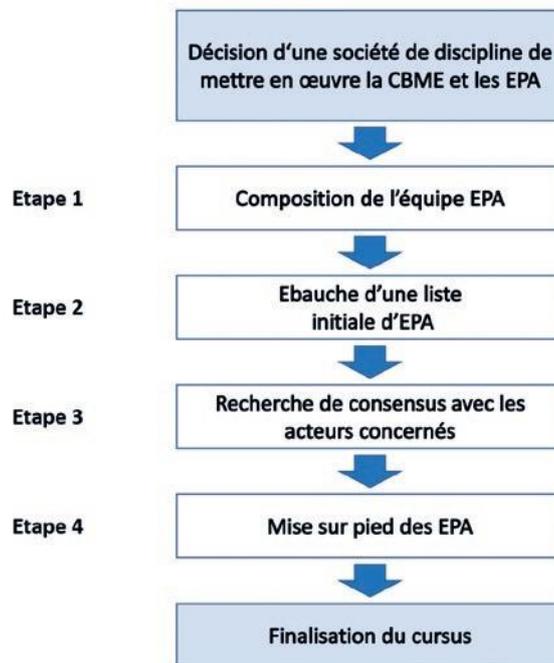


Figure 1: Aperçu du processus de développement des EPA (modifié d'après [4]).

les EPA se baseront sur les objectifs de formation (point 3 de la Réglementation pour la formation postgraduée de l'ISFM: catalogue général des objectifs de formation) de ces programmes. C'est là d'ailleurs que la valeur ajoutée des EPA devient évidente: la priorité est désormais mise sur les activités cliniques observables qui deviennent les objectifs de formation et réunissent au niveau des connaissances, des aptitudes et de l'attitude (KSA), les nombreux autres objectifs qui leur sont subordonnés.

Risques

L'objectif ici est de mentionner ce qu'il pourrait se passer si quelqu'un n'exécute pas bien cette EPA (pour les patients, mais éventuellement aussi pour les médecins en formation). Cette réflexion permet également de décider si cette EPA spécifique est vraiment nécessaire. Pour terminer, il suffit de compléter les autres éléments de la grille EPA de l'ISFM.

Conclusion et perspectives

Mettre sur pied des EPA pertinentes exige du temps. C'est pour cette raison que la commission EPA soutient activement les sociétés de discipline médicale. A notre avis, il est opportun de veiller à la qualité élevée des EPA, afin qu'elles soient adaptées au quotidien clinique tout en soutenant le mieux possible les activités relevant de la formation postgraduée.

Références
Liste complète des références sous www.bull-med.ch ou via code QR



[adamarty\[at\]bluewin.ch](mailto:adamarty[at]bluewin.ch)

Références

- 1 ISFM. Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (contact: epa[at]siwf.ch) Berne, Suisse 2022 [cited 2022 May 24th, 2022]; Available from: <https://www.siwf.ch/fr/projets/cbme/epa.cfm>.
- 2 Pinilla S; Cantisani A; Klöppel S; Strik W; Nissen C; Huwendiek S. Introducing a clerkship curriculum based on entrustable professional activities: a pilot study. 2020.
- 3 Ten Cate O; Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Med Teach*. 2021;43(10):1106–14.
- 4 Taylor D; Park YS; Smith C; Cate Ot; Tekian A. Constructing approaches to entrustable professional activity development that deliver valid descriptions of professional practice. *Teach Learn Med*. 2020;33(1):89–97.
- 5 Tanner FC; Brooks N; Fox KF; Goncalves L; Kearney P; Michalis L, et al. ESC core curriculum for the cardiologist. *Eur Heart J*. 2020;41(38):3605–92.
- 6 Marty AP; Schmelzer S; Thomasin RA; Braun J; Zalunardo MP; Spahn DR, et al. Agreement between trainees and supervisors on first-year entrustable professional activities for anaesthesia training. *Br J Anaesth*. 2020;125(1):98–103.
- 7 St-Onge C; Vachon Lachiver É; Langevin S; Boileau E; Bernier F; Thomas A. Lessons from the implementation of developmental progress assessment: a scoping review. *Med Educ*. 2020;54(10):878–87.
- 8 Taylor DR; Park YS; Egan R; Chan M-K; Karpinski J; Touchie C, et al. EQUAL, a novel rubric to evaluate entrustable professional activities for quality and structure. *Acad Med*. 2017;92(11S):S110–S7.
- 9 ten Cate O; Chen HC; Hoff RG; Peters H; Bok H; van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using entrustable professional activities (EPAs): AMEE guide no. 99. *Med Teach*. 2015;37(11):983–1002.
- 10 Cate Ot. An updated primer on entrustable professional activities (EPAs). *Rev Bras Educ Med*. 2020;43:712–20.
- 11 Marty AP; Braun J; Schick C; Zalunardo MP; Spahn DR; Breckwoldt J. A mobile application to facilitate implementation of programmatic assessment in anaesthesia training. *Br J Anaesth*. 2022.
- 12 Michaud P-A; Jucker-Kupper P. PROFILES; Principal Relevant Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland. The Profiles Working Group. Bern: Joint Commission of the Swiss Medical Schools; 2017.
- 13 Touchie C; De Champlain A; Pugh D; Downing S; Bordage G. Supervising incoming first-year residents: faculty expectations versus residents' experiences. *Med Educ*. 2014;48(9):921–9.
- 14 Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*. 2003;41(4):376–82.