

L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) :

Une vision collective pour les études médicales prédoctorales



Un projet de l'AFMC



AFMC

L'Association des facultés
de médecine du Canada

L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) :

Une vision collective pour les études médicales prédoctorales

www.afmc.ca/fmec



Un projet de l'AFMC



AFMC

L'Association des facultés
de médecine du Canada



Ce rapport a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.



L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)
265, avenue Carling, pièce 800
Ottawa, ON K1S 2E1

Table des matières

Sommaire	3
Processus	4
Prochaines étapes	4
Recommandations	5
Recommandations habilitantes	7
Introduction	9
Réalités complexes	10
L'éducation médicale canadienne : Un chef de file mondial	10
Le médecin de l'avenir	11
Le système d'éducation médicale de l'avenir	11
Repenser l'éducation médicale	12
Une vision collective	13
Miser sur la réussite : L'AFMC et les facultés de médecine	13
Recommandations	15
I : Répondre aux besoins individuels et communautaires	16
II : Améliorer les processus d'admission	18
III : Miser sur les assises scientifiques de la médecine	20
IV : Promouvoir la prévention et la santé publique	21
V : Exposer le curriculum caché	23
VI : Diversifier les contextes d'apprentissage	24
VII : Valoriser le généralisme	26
VIII : Faire progresser la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle	28
IX : Adopter une approche flexible et fondée sur les compétences	29
X : Favoriser le leadership médical	32
Rendre les changements possibles	34
A : Rajuster les normes d'agrément	34
B : Développer la capacité de changer	34
C : Accroître la collaboration nationale	34
D : Améliorer l'utilisation de la technologie	34
E : Renforcer le perfectionnement professoral	34
Conclusions et prochaines étapes	35
Méthodologie	36
Remerciements	39





Sommaire

Comme le rapport d'Abraham Flexner il y a 100 ans, le projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) examine comment les programmes d'études prédoctorales menant à un diplôme de doctorat en médecine (MD) au Canada pourraient mieux répondre aux besoins en évolution de la société. En outre, le projet sur l'AEMC s'inscrit dans la mission d'imputabilité sociale que s'est donnée l'Association des facultés de médecine du Canada au nom de ses parties constituantes.

Les services de santé sont d'une complexité grandissante et sont aux prises avec des défis énormes pour donner des soins de qualité à des populations diversifiées; il est devenu nécessaire de définir une vision cohérente et collective de l'avenir de l'éducation médicale au Canada. Bien que les facultés de médecine canadiennes soient des chefs de file en éducation médicale, s'adaptant incessamment à des attentes et à des exigences changeantes, le médecin de l'avenir a besoin d'habiletés nécessitant encore plus d'adaptations et de réformes de la part de notre système d'éducation médicale.

Les 10 recommandations pour l'AEMC s'appliquant aux études médicales prédoctorales (menant à un doctorat en médecine) se fondent sur des données probantes et émanent de consultations nombreuses et rigoureuses. Elles se lisent comme suit :

1. Répondre aux besoins individuels et communautaires
2. Améliorer les processus d'admission
3. Miser sur les assises scientifiques de la médecine
4. Promouvoir la prévention et la santé publique
5. Exposer le curriculum caché
6. Diversifier les contextes d'apprentissage
7. Valoriser le généralisme
8. Faire progresser la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle
9. Adopter une approche flexible et fondée sur les compétences
10. Favoriser le leadership médical

Elles s'accompagnent de recommandations habilitantes qui faciliteront la mise en œuvre des 10 recommandations pour l'AEMC :

1. Rajuster les normes d'agrément
2. Développer la capacité de changer
3. Accroître la collaboration nationale
4. Améliorer l'utilisation de la technologie
5. Renforcer le perfectionnement professoral.



Processus

Le projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales s'est déroulé en quatre principales étapes : i) la recherche et l'analyse, ii) les consultations et le consensus, iii) l'élaboration de *L'avenir de l'éducation médicale au Canada : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales* et iv) la transposition des connaissances, leur diffusion et la planification de la mise en œuvre.

Le processus a commencé par une année complète consacrée à recueillir et à analyser des données, incluant une recension exhaustive des ouvrages spécialisés et une douzaine d'entrevues avec d'importants intervenants nationaux. Parmi les autres activités-clés qui ont alimenté directement l'étape de la recherche, il s'est tenu des rencontres nationales avec un panel d'experts et un forum des jeunes leaders, un groupe de travail sur les besoins en matière de données et leur accessibilité a été formé et des consultations internationales ont été réalisées auprès des innovateurs en éducation médicale en Australie, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

À la suite de cette vaste étape de collecte de données, il s'est dégagé 10 domaines prioritaires de changement, fondés sur des données probantes. Ces éléments prioritaires ont été formulés en recommandations préliminaires de changements. Une fois les recommandations sous forme d'ébauche, on a entrepris une étape de consultations exhaustives et de consensus pour discuter et valider ces recommandations et définir les prochaines étapes. On a consulté chacune des 17 facultés de médecine canadiennes, ainsi que la communauté plus large de la médecine universitaire à l'occasion de deux forums nationaux.

La *Vision collective de l'AEMC* a commencé à prendre forme et le Groupe de travail sur la stratégie de mise en œuvre de l'AEMC s'est employé à la peaufiner. L'essence et l'intégrité des recommandations de changements originales ont été préservées, mais les consultations et les fruits du consensus ont contribué à l'utilisation d'un vocabulaire réfléchi dans les recommandations et l'élaboration des recommandations habilitantes. Le rapport qui suit est le produit final de cette initiative en collaboration.

Prochaines étapes

L'AFMC a pris un engagement à l'endroit de la *Vision collective de l'AEMC*. Les recommandations sont rédigées de façon à être interprétées et mises en œuvre comme un tout. Par ailleurs, chacune des 17 facultés de médecine canadiennes adoptera les recommandations à sa propre façon. On encouragera et facilitera les partenariats et la collaboration entre facultés ayant des intérêts et priorités semblables dans la poursuite de ces travaux. L'amélioration des programmes d'études médicales prédoctorales par la mise en œuvre de ces recommandations rehaussera non seulement la qualité de l'éducation dans les facultés de médecine canadiennes, mais elle équipera mieux les médecins et le système de santé du Canada pour répondre et s'adapter aux besoins de santé et sociétaux changeants qui caractérisent ce pays.



La *Vision collective de l'AEMC* est une plate-forme pour le changement. Un projet proposé sur l'éducation postdoctorale fera avancer cette initiative encore plus loin en créant des liens entre les études médicales prédoctorales et postdoctorales et en examinant les thèmes apparentés, ainsi que les défis et les possibilités uniques au contexte postdoctoral. Le projet sur le niveau postdoctoral mettra en lumière les résultats de celui portant sur les études prédoctorales et créera une vision encore plus robuste de l'avenir, couvrant deux principaux segments de l'éducation médicale.

Il faudra une initiative touchant le développement professionnel continu pour boucler la boucle du continuum de l'apprentissage et produire une vision collective plus cohérente et complète de l'avenir de l'ensemble de l'éducation médicale au Canada.

Recommandations

Recommandation I : Répondre aux besoins individuels et communautaires

La responsabilité sociale et l'imputabilité sont des valeurs fondamentales sur lesquelles reposent les rôles des médecins et des facultés de médecine au Canada. Cet engagement signifie que, sur les plans individuel et collectif, les médecins et les facultés doivent répondre aux besoins diversifiés des individus et des collectivités partout au Canada, ainsi que s'acquitter des responsabilités internationales envers la communauté mondiale.

Recommandation II : Améliorer les processus d'admission

Compte tenu du large éventail d'attitudes, de valeurs et d'habiletés requises des médecins, les facultés de médecine doivent améliorer les processus d'admission pour inclure l'évaluation des valeurs-clés et des caractéristiques personnelles des futurs médecins – telles que les habiletés en communication, en relations interpersonnelles et en collaboration et une gamme d'intérêts professionnels – ainsi que des aptitudes cognitives. De plus, pour atteindre la diversité souhaitée dans notre effectif médical, les facultés de médecine doivent recruter, sélectionner et appuyer une variété représentative d'étudiants en médecine.

Recommandation III : Miser sur les assises scientifiques de la médecine

Étant donné que la médecine repose sur des principes scientifiques fondamentaux, il faut apprendre à la fois les sciences humaines et biologiques dans des contextes cliniques pertinents et immédiats durant toute l'expérience des études médicales prédoctorales. De plus, puisque la curiosité scientifique est à la base de l'avancement des soins de santé, il faut développer les intérêts et les habiletés en recherche pour favoriser une nouvelle génération de chercheurs dans le domaine de la santé.



Recommandation IV : Promouvoir la prévention et la santé publique

La promotion d'une population canadienne en santé exige une approche multidimensionnelle qui met à contribution le continuum complet de la santé et des soins de santé. Les facultés de médecine ont un rôle essentiel à jouer pour répondre à cette exigence et doivent, par conséquent, intégrer davantage les compétences en prévention et en santé publique dans le curriculum des études médicales prédoctorales.

Recommandation V : Exposer le curriculum caché

Le curriculum caché est un « ensemble d'influences qui se manifeste au niveau de la structure et de la culture organisationnelles » et qui a des incidences sur la nature de l'apprentissage, les interactions professionnelles et la pratique clinique. Par conséquent, les facultés de médecine doivent veiller à ce que le curriculum caché soit régulièrement identifié et que les étudiants, les enseignants et les professeurs s'en préoccupent à toutes les étapes de l'apprentissage.

Recommandation VI : Diversifier les contextes d'apprentissage

Dans la prestation du continuum des soins médicaux, les médecins canadiens exercent dans une grande diversité de milieux institutionnels et communautaires. Pour les préparer à ces réalités, les facultés de médecine doivent offrir à tous les étudiants des expériences d'apprentissage, durant toutes les études médicales prédoctorales, dans divers milieux allant des petites collectivités rurales jusqu'aux centres hospitaliers de soins tertiaires complexes.

Recommandation VII : Valoriser le généralisme

Reconnaissant que le généralisme est fondamental pour tous les médecins, les études médicales prédoctorales doivent se centrer sur un contenu largement généraliste, incluant les soins complets en médecine familiale. De plus, des médecins de famille et d'autres omnipraticiens doivent participer à part entière à toutes les étapes des études médicales prédoctorales.

Recommandation VIII : Faire progresser la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle

Pour améliorer les soins en collaboration centrés sur le patient, les études médicales prédoctorales doivent tenir compte des changements constants dans les champs de pratique et la prestation des soins de santé. Les facultés de médecine doivent faire en sorte que les apprenants au niveau prédoctoral acquièrent les compétences leur permettant de fonctionner efficacement en tant que membres d'équipes interprofessionnelles et intraprofessionnelles.



Recommandation IX : Adopter une approche flexible et fondée sur les compétences

Les médecins doivent être capables de mettre en pratique les connaissances, les habiletés et les valeurs professionnelles. Par conséquent, à cette première étape du continuum de l'éducation médicale, les études prédoctorales doivent se fonder principalement sur le développement des compétences fondamentales de base et un vaste apprentissage expérientiel complémentaire. En plus des exigences prédéfinies, les études médicales prédoctorales doivent offrir des possibilités flexibles permettant aux étudiants de poursuivre leurs intérêts particuliers en médecine qui vont au-delà du curriculum.

Recommandation X : Favoriser le leadership médical

Le leadership médical est essentiel à la fois dans les soins aux patients et dans l'ensemble du système de santé. Les facultés de médecine doivent favoriser le leadership médical des professeurs et des étudiants, incluant savoir gérer la pratique médicale et le système de santé, y naviguer et contribuer à les transformer en collaboration avec d'autres.

Recommandations habilitantes

Recommandation habilitante A : Rajuster les normes d'agrément

Reconnaissant que l'agrément est un puissant levier, les dirigeants médicaux canadiens doivent revoir et rajuster les normes existantes du Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada et du Liaison Committee on Medical Education et en élaborer de nouvelles, au besoin, pour répondre aux recommandations présentées dans ce rapport. Ceci peut impliquer l'ajustement des normes s'appliquant aux études prédoctorales et postdoctorales.

Recommandation habilitante B : Développer la capacité de changer

Pour donner suite de manière constructive à ces recommandations, chaque faculté de médecine devrait revoir ses systèmes, ses processus et ses structures organisationnels afin d'identifier sa capacité d'implanter des changements et la renforcer, au besoin.

Recommandation habilitante C : Accroître la collaboration nationale

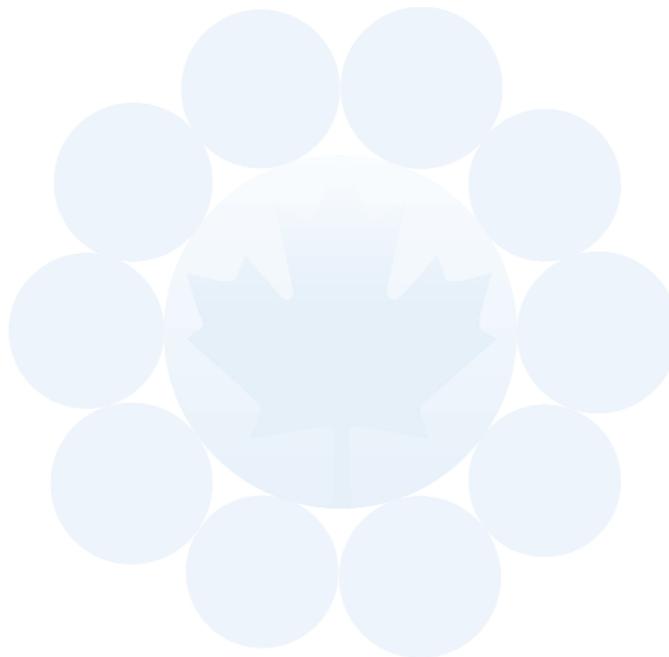
Les facultés de médecine canadiennes innovent constamment et ont beaucoup à s'offrir mutuellement. Une plus grande collaboration entre les facultés est nécessaire, incluant le partage des ressources pédagogiques et d'apprentissage, des cadres d'évaluation, des outils pour élaborer un curriculum commun, des innovations et des technologies de l'information.

Recommandation habilitante D : Améliorer l'utilisation de la technologie

Compte tenu des changements technologiques rapides et en évolution reliés à la façon dont les personnes communiquent et apprennent, le corps professoral et les apprenants doivent mieux comprendre et utiliser la technologie dans tous les établissements d'enseignement médical prédoctoral.

Recommandation habilitante E : Renforcer le perfectionnement professoral

Reconnaissant que l'enseignement, la recherche et le leadership sont des rôles fondamentaux des médecins, le perfectionnement, le soutien et la reconnaissance du corps professoral doivent compter parmi les priorités pour permettre aux professeurs et aux apprenants de donner suite efficacement aux recommandations présentées dans ce rapport.



Introduction

La dernière étude exhaustive sur le système canadien d'éducation médicale a été entreprise par Abraham Flexner en 1910¹. Depuis, une multitude de changements dans la pratique de la médecine et une grande variété d'influences sociétales se sont traduits par un état de constante évolution.

Les changements sociétaux – comme la disparité socioéconomique grandissante, l'urbanisation, la diversité, la mobilité et la connectivité planétaires – ont contribué considérablement au façonnement de l'éducation médicale. À ces réalités s'ajoutent d'autres complexités comme l'explosion des découvertes scientifiques et des nouvelles connaissances, le fardeau croissant des maladies chroniques, les disparités sur le plan de la santé entre des sous-groupes de la population et les défis constants de desservir les gens dans les collectivités rurales et éloignées. Des dossiers émergents entourant la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins de santé influencent aussi le profil des compétences requises des médecins canadiens.

Le présent rapport présente les résultats du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) financé par Santé Canada. Ce projet avait pour but d'étudier en profondeur les études médicales prédoctorales au Canada, d'évaluer les besoins sociétaux actuels et futurs et d'identifier les changements nécessaires pour mieux faire concorder ces deux éléments. Dans cette vision collective, les grands thèmes enchâssés dans les 10 recommandations et les cinq recommandations habilitantes visent à préparer le système canadien d'éducation médicale pour le siècle à venir.

Autrement dit, ce rapport identifie à la fois les défis des études médicales prédoctorales généralement acceptés et ceux particuliers au Canada et offre une vision transformatrice pour aller de l'avant. Il départage les impératifs pour un changement, ce qui est présentement en train d'être accompli et ce qu'il reste à faire.

Les 17 facultés de médecine du Canada ont contribué à l'élaboration de cette vision collective et sont aussi son principal public. De nombreux intervenants-clés ont aussi participé à ces travaux, incluant d'autres professionnels de la santé, des membres du public, des étudiants, des administrateurs du système de santé, des représentants gouvernementaux, des organismes d'agrément, le Comité directeur et le Groupe de travail sur la stratégie de mise en œuvre de l'AEMC. Les personnes concernées espèrent que les intervenants se pencheront sur ces recommandations et joueront un rôle actif dans leur mise en œuvre et comptent sur eux pour le faire.

¹ Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin n° 4. New York: Carnegie Foundation; 1910.



Réalités complexes

On décrit souvent le système de santé canadien comme étant complexe. En réalité, le Canada n'a pas un système de santé unique, mais plutôt un amalgame de plusieurs. Le gouvernement fédéral, 10 provinces et trois territoires jouent un rôle important dans ce système.

Le gouvernement fédéral établit et administre des principes nationaux s'appliquant au système de santé en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, effectue des transferts financiers pour les services de santé provinciaux et territoriaux, offre de tels services à des groupes particuliers (Inuit, Métis, Premières nations [Indigènes], anciens combattants, détenus) et s'occupe d'autres fonctions, comme les programmes de santé publique, de protection de la santé et de recherche en santé. Les provinces et les territoires sont responsables de la prestation des services de santé.

En ce qui a trait à l'éducation médicale au Canada, la situation est tout aussi complexe, en ce sens que les études postsecondaires sont administrées par les provinces et les territoires. Ainsi, la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé, en particulier l'effectif de médecins, n'est pas encore guidée par une stratégie nationale claire.

L'éducation médicale canadienne : Un chef de file mondial

En dépit de la complexité de son système de santé, le Canada est un chef de file mondial de l'innovation en éducation médicale. Les exemples abondent, qu'il s'agisse de l'apprentissage fondé sur les problèmes de l'Université McMaster, conçu pour aider les étudiants à suivre le rythme d'un ensemble de connaissances en constante expansion ou de la nouvelle Faculté de médecine du Nord de l'Ontario, créée spécialement pour desservir les collectivités rurales, éloignées et indigènes.

Les projets Educating Future Physicians for Ontario (EFPO)² et CanMEDS³ incitent des changements ciblés et novateurs dans les curricula d'éducation médicale, incluant l'élaboration de nouvelles stratégies de mesure et d'évaluation, sans compter les facultés canadiennes qui produisent des curricula fondés sur les compétences.

Dans tous les campus, on insiste sur le professionnalisme : on l'enseigne davantage, on encourage son apprentissage par l'observation de modèles appropriés et on élabore des outils pour l'évaluer. Dans certains programmes d'études médicales prédoctorales canadiens, on voit de plus en plus émerger l'apprentissage interprofessionnel. De nouveaux outils d'enseignement, incluant des simulations, des patients virtuels et diverses techniques d'apprentissage en ligne, sont intégrés dans les milieux d'apprentissage traditionnels. Les innovations au Canada exercent aussi une influence considérable sur le plan international.

² Educating Future Physicians for Ontario Project. What people of Ontario need and expect from physicians. Hamilton: McMaster University; 1993.

³ Frank, JR. (rédacteur). The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_e.pdf). Révisé en 2005. Accédé le 13 novembre 2009.



Le médecin de l'avenir

Les médecins ont besoin d'une vaste base de connaissances et de solides compétences cliniques pour commencer à exercer la médecine. Grâce à l'apprentissage continu, le médecin du XXI^e siècle sera un clinicien compétent, capable de s'adapter au nouveau savoir et aux présentations changeantes des maladies, ainsi qu'aux nouvelles interventions, à la thérapeutique individualisée et à l'évolution rapide des sciences médicales et des systèmes de santé.

Il se dégage déjà un fort consensus entourant le rôle du médecin de l'avenir, tel que l'ont défini le projet EFPO au Canada, le cadre CanMEDS des compétences essentielles pour les médecins (expert médical, communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel) et les quatre principes de la médecine familiale (clinicien compétent, ressource pour la communauté, population de pratique définie, centralité de la relation patient-médecin), formulés par le Collège des médecins de famille du Canada. Les thèmes de ces initiatives se retrouvent dans le « médecin cinq étoiles⁴ » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et, plus récemment, dans la déclaration consensuelle sur le rôle du médecin au Royaume-Uni⁵.

On reconnaît que le plus haut niveau de professionnalisme est un attribut essentiel du médecin, un concept qui englobe l'expertise médicale, une compréhension approfondie du patient, de la famille et de la population, une excellente communication, des soins empreints de compassion et des interactions constructives avec les médecins, ses autres collègues et le public.

On s'attend aussi des médecins qu'ils travaillent selon des modes nouveaux et innovateurs avec les autres professionnels de la santé, tant comme membres de l'équipe pour explorer le champ de leurs pratiques et maximiser les retombées pour la communauté que comme chefs de file partenaires dans l'administration et le changement du système de santé.

Enfin, il faudra aux futurs médecins des habiletés en apprentissage continu pour être capables de pratiquer pendant 30 ou 40 ans dans un environnement en transformation constante.

Le système d'éducation médicale de l'avenir

Si le rôle du médecin évolue, l'éducation médicale doit aussi le faire. Reconnaisant l'envergure des rôles qu'exercent les médecins, le système d'éducation doit assurer que chaque médecin acquiert les compétences-clés, tout en offrant simultanément une diversité de cheminements et de technologies d'apprentissage pour préparer les étudiants à des rôles différents dans leurs carrières futures. Dans un système souple et adaptable, l'éducation médicale peut établir les bases requises pour que les médecins soient des cliniciens compétents, des scientifiques, des chercheurs dans le domaine de la santé et des défenseurs de la réforme du système de santé.

⁴ Boelen, C. The Five-Star Doctor: An Asset to Health-Care Reform? (http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf). Publié en 1996. Accédé le 13 novembre 2009.

⁵ Medical Schools Council. The Consensus Statement on the Role of the Doctor. (<http://www.medschools.ac.uk/AboutUs/Projects/Documents/Role%20of%20Doctor%20Consensus%20Statement.pdf>). Publié en 2008. Accédé le 13 novembre 2009.

Pour établir ces bases, le système d'éducation médicale doit être assez flexible et réceptif pour s'adapter aux contextes universitaires, professionnels et personnels spécifiques des apprenants – y compris de ceux qui souhaitent poursuivre en même temps des études menant à des diplômes complémentaires (p. ex., maîtrise en santé publique, en administration des affaires, Ph.D.) ou d'autres formations spécialisées. Il doit aussi s'efforcer de suivre le rythme des progrès dans les technologies de l'information et utiliser ces technologies, lorsqu'elles sont bénéfiques, pour l'apprentissage et la pratique.

Repenser l'éducation médicale

Le projet sur l'AEMC a été lancé en 2007 en réponse à une reconnaissance généralisée qu'il fallait réexaminer l'éducation médicale au Canada. Il a pris naissance au sein des multiples contextes des systèmes de santé uniques et complexes au Canada et a pris de l'expansion en s'appuyant sur les données probantes tirées de la recherche internationale croissante en éducation médicale et les fructueuses initiatives de l'Association des facultés de médecine du Canada. Le projet est centré sur les études médicales prédoctorales, mais il est toutefois reconnu que les connaissances et les compétences spécifiques à un domaine sont développées et perfectionnées durant la formation médicale postdoctorale et au-delà.

Le continuum de l'éducation d'un médecin dure toute une vie, commençant avant l'admission à la faculté de médecine pour se poursuivre pendant toute la formation prédoctorale, la résidence, les programmes de formation des boursiers (« fellowships ») et jusque dans la pratique (développement professionnel continu). L'examen systématique des études prédoctorales représentait la première étape dans la définition d'une vision pour l'avenir de l'éducation médicale au Canada. Les prochaines étapes seront l'examen en profondeur de la formation médicale postdoctorale, ce qui devrait commencer en 2010, et enfin, l'analyse du développement médical continu.

Le projet sur l'AEMC a commencé par un examen rigoureux des bases de connaissances, des compétences-clés et des habiletés générales dont ont besoin les étudiants pour poursuivre leur formation postdoctorale. On s'est efforcé de miser sur les acquis du système d'éducation médicale existant, qui continue d'équiper les experts spécialistes et généralistes de manière à ce qu'ils puissent travailler dans les milieux les plus complexes et difficiles.

Les changements recommandés dans les études médicales prédoctorales, qui doivent être pris en compte collectivement par toutes les facultés de médecine canadiennes pour produire la meilleure expérience d'apprentissage possible à l'intention des étudiants, se fondent sur la recherche et les consultations effectuées dans le cadre du projet. Prenant acte des forces uniques de ces facultés dans le milieu canadien de la formation, les recommandations prévoient une certaine flexibilité dans leur mise en œuvre; par ailleurs, toutes sont réalisables dans un cadre national intégré.

Une vision collective

Le projet sur l'AEMC a pris naissance en tandem avec un certain nombre de stratégies internationales concernant la façon de former les médecins. Semblable aux travaux réalisés au R.-U. et par l'OMS, l'initiative américaine pour transformer l'éducation médicale⁶ présentait des recommandations spécifiques de changements, tandis que, dans le projet européen Tuning⁷, on a défini des résultats d'apprentissage et des compétences pour le diplôme de base en médecine.

Des constatations importantes ont aussi été signalées dans le rapport de la Macy Foundation en 2009, intitulé « *Revisiting the Medical School Educational Mission at a Time of Expansion*⁸ » et celui bientôt à venir de la Carnegie Foundation, sous le titre « *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency*⁹ ». Toute cette information a éclairé le processus du projet sur l'AEMC.

Miser sur la réussite : L'AFMC et les facultés de médecine

On constate comme point de départ dans la mise en œuvre de cette vision les efforts des facultés de médecine canadiennes pour adapter l'éducation médicale aux réalités en évolution. Conformément à sa conviction fondamentale à l'endroit de l'imputabilité sociale, l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et les facultés de médecine canadiennes ont agi collectivement au cours des cinq dernières années. Elles ont notamment :

- élaboré des modèles d'éducation médicale décentralisée
- abordé les besoins en matière de santé des collectivités rurales et éloignées
- encouragé plus d'étudiants indigènes à poursuivre des études de médecine
- amélioré les compétences en santé publique des futurs médecins
- créé un curriculum en soins palliatifs/soins en fin de vie
- agi comme secrétariat pour un projet en collaboration de huit organismes d'agrément de la formation menant à un permis d'exercice pour six disciplines de la santé. Cette activité en particulier s'est traduite par la mise en commun des principes et des ressources pour l'implantation de normes d'agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé.

Les facultés de médecine canadiennes ont aussi répondu à la pénurie nationale de médecins de la dernière décennie en doublant le nombre d'étudiants admis en médecine. Elles ont, entre autres, ouvert un nouvel établissement dans le Nord de l'Ontario et élargi considérablement le réseau d'établissements d'éducation médicale décentralisée.

⁶ American Medical Association. Initiative to Transform Medical Education. (www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/16/itme_final_rpt.pdf). Publié en juin 2007. Accédé le 13 novembre 2009.

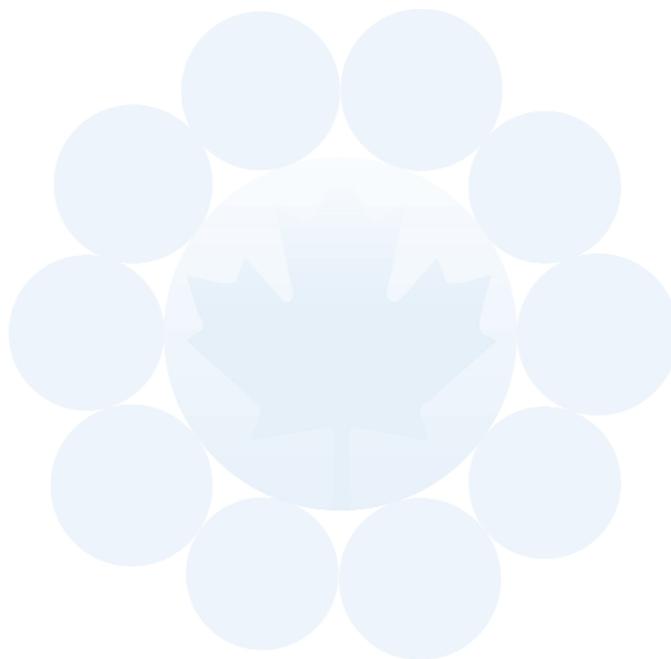
⁷ Cumming AD et MT Ross. The Tuning Project (medicine) – learning outcomes / competences for undergraduate medical education in Europe. Edinburgh: The University of Edinburgh. (<http://www.tuning-medicine.com/pdf/booklet.pdf> Published 2008). Publié en 2008. Accédé le 13 novembre 2009.

⁸ Cohen JJ. Chairman's Summary of the Conference. Dans : Hager M, rédacteur. *Revisiting the Medical School Educational Mission at a Time of Expansion*; Charleston, SC. Josiah Macy, Jr. Foundation. (www.josiahmacyfoundation.org/documents/Macy_MedSchool_Mission_10_08.pdf). Publié en 2008. Accédé le 13 novembre 2009.

⁹ Cooke M, DM Irby et BC O'Brien. *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency*. San Francisco: Jossey-Bass. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 2010.

Le projet sur l'AEMC est la poursuite de ces initiatives et se produit à un moment particulièrement opportun, étant donné le 100^e anniversaire du rapport Flexner qui a lieu en 2010. Les recommandations du présent rapport ne sont pas présentées en vase clos. Elles doivent plutôt être considérées dans le contexte du vaste continuum d'apprentissage, car elles auront d'importantes répercussions sur les études médicales postdoctorales et le développement médical continu.

La mise en œuvre de ces recommandations améliorera considérablement la formation médicale prédoctorale, la prestation des soins de santé et, en définitive, la santé de tous les Canadiens.



Recommandations*

Durant le projet sur l'AEMC, les données probantes recueillies ont permis de cerner dix éléments prioritaires. Ces éléments sont enchâssés dans les dix recommandations décrites dans les pages qui suivent. Chaque recommandation est accompagnée d'un bref énoncé de sa raison d'être et de quelques exemples choisis pour stimuler une réflexion à l'appui de sa mise en œuvre. Les cinq recommandations habilitantes qui suivent identifient les facilitateurs nécessaires pour permettre les changements transformateurs proposés dans cette vision collective.



* Les dix recommandations dans ce rapport ne sont présentées dans aucun ordre particulier.

Recommandation I : Répondre aux besoins individuels et communautaires

La responsabilité sociale et l'imputabilité sont des valeurs fondamentales sur lesquelles reposent les rôles des médecins et des facultés de médecine au Canada. Cet engagement signifie que, sur les plans individuel et collectif, les médecins et les facultés doivent répondre aux besoins diversifiés des individus et des collectivités partout au Canada, ainsi que s'acquitter des responsabilités internationales envers la communauté mondiale.

Raison d'être

Le lien avec l'imputabilité sociale existe non seulement depuis longtemps, mais il est aussi le fondement de la pratique de la médecine et de l'éducation médicale. Cette notion est enchâssée dans le Serment d'Hippocrate que prononcent les médecins et a été identifiée par Flexner, il y a 100 ans, dans son étude sur l'éducation médicale au Canada et aux États-Unis. Il n'est pas surprenant que l'importance de l'imputabilité sociale ait émergé comme un thème transversal dans le cadre de ce projet. Universellement considérée comme étant fondamentale, l'imputabilité sociale connecte l'éducation médicale aux divers besoins de la société et exige de la vigilance pour assurer la disponibilité de soins de grande qualité pour tous les Canadiens. Ces besoins diversifiés sont souvent influencés par des facteurs comme la géographie, la situation socioéconomique, les maladies et les contextes médicaux spécifiques des populations, y compris les plus vulnérables d'entre nous.

L'Organisation mondiale de la Santé a publié la déclaration suivante en 1995 :

« [Les facultés de médecine ont] l'obligation d'axer leurs activités d'enseignement, de recherche et de services sur les préoccupations prioritaires en matière de santé de la communauté, de la région et de la nation qu'elles ont le mandat de servir. Ces préoccupations doivent être déterminées conjointement par les gouvernements, les organismes de santé, les professionnels de la santé et le public. »

Peu après cette déclaration, l'AFMC a entrepris un projet conçu pour renforcer et expliciter davantage les activités existantes reliées à l'imputabilité sociale au sein de nos facultés. Conséquemment, des initiatives relatives à l'imputabilité sociale sont devenues l'une des pierres angulaires des activités de l'AFMC au cours des cinq dernières années.

Voici quelques exemples de questions contemporaines urgentes que continuent d'aborder collectivement les facultés de médecine canadiennes : l'élaboration de modèles d'éducation médicale décentralisée, la réponse aux besoins en matière de santé des Canadiens vivant dans des collectivités rurales et éloignées, l'incitation d'un plus grand nombre d'étudiants indigènes à choisir la médecine, l'amélioration des compétences en santé publique des futurs médecins et la création d'un curriculum en soins palliatifs/en fin de vie, pour n'en nommer que quelques-unes. Au cœur de ces initiatives reliées à l'imputabilité sociale se trouve la prestation d'une formation complète des médecins pour

qu'ils soient capables de répondre directement aux besoins en matière de santé en constante mouvance des collectivités qu'ils desservent.

Le rôle particulier de la faculté de médecine sur le plan de l'imputabilité sociale est d'appuyer les médecins dans le développement des habiletés spécifiques dont ils ont besoin pour répondre aux besoins variés et changeants de collectivités diversifiées. Plus précisément, ceci veut dire que les diplômés exercent en tant qu'apprenants permanents, assumant en médecine des rôles comme cliniciens, chercheurs, professeurs et leaders dans le système de santé. Il doit se produire une culture de « professionnalisme civique » dans laquelle les médecins ne ressentent pas seulement une obligation individuelle envers leurs patients, mais aussi une obligation collective envers les communautés locales et mondiales.

Même si les facultés de médecine travaillent souvent de manière relativement indépendante, ce projet témoigne d'un plus grand esprit de collaboration, qui s'appuie sur les initiatives actuelles en matière d'imputabilité sociale. Ensemble, les facultés de médecine vont examiner les initiatives et les mandats locaux, en vue de déterminer ce que chacune d'entre elles peut apporter comme contributions aux efforts nationaux et internationaux de collaboration. Ce processus sera déterminant pour mettre en œuvre cette recommandation primordiale.

Pour aller de l'avant*

Voici des exemples de stratégies pour donner suite à cette recommandation :

- Fonder le curriculum en médecine sur une approche de plus en plus centrée sur le patient, la famille et la collectivité.
- Consulter les intervenants communautaires et les autres professions dans la conception du curriculum au sein de chaque faculté.
- Relier les objectifs en matière d'imputabilité sociale avec des résultats mesurables sur le plan des soins de santé et des ressources humaines dans ce milieu et élaborer une stratégie nationale pour articuler les principaux rôles dans la réalisation de ces résultats.
- Mieux appuyer les étudiants en médecine et le corps professoral dans leur travail en tant que défenseurs des intérêts de la collectivité et dans l'établissement de relations plus étroites avec les collectivités qu'ils servent.
- Offrir aux étudiants des possibilités d'apprentissage dans des collectivités à faibles ressources et marginalisées, ainsi que dans des milieux internationaux. Afin d'assurer la sécurité des étudiants et des patients dans un cadre d'imputabilité sociale et éthique, il faudrait former et préparer les étudiants de manière adéquate avant qu'ils travaillent dans ces collectivités et bien les soutenir durant toute cette expérience.
- Appuyer les membres du corps professoral dans leur rôle de modèles d'imputabilité sociale en exerçant du leadership dans la restructuration du curriculum des études médicales pour le relier plus étroitement avec les besoins locaux, nationaux et internationaux.

* Les exemples dans les sections *Pour aller de l'avant* de ce rapport sont présentés selon l'ordre alphabétique dans la version anglaise.

Recommandation II : Améliorer les processus d'admission

Compte tenu du large éventail d'attitudes, de valeurs et d'habiletés requises des médecins, les facultés de médecine doivent améliorer les processus d'admission pour inclure l'évaluation des valeurs-clés et des caractéristiques personnelles des futurs médecins – telles que les habiletés en communication, en relations interpersonnelles et en collaboration et une gamme d'intérêts professionnels – ainsi que des aptitudes cognitives. De plus, pour atteindre la diversité souhaitée dans notre effectif médical, les facultés de médecine doivent recruter, sélectionner et appuyer une variété représentative d'étudiants en médecine.

Raison d'être

Le choix des meilleurs candidats compte au nombre des plus grands défis en éducation médicale et, même si les facultés de médecine savent depuis longtemps qu'il est nécessaire de tenir compte de facteurs qui vont au-delà du rendement scolaire dans leurs processus de sélection, la nature changeante de la pratique médicale et de la société canadienne fait en sorte que ces qualités autres que celles reliées aux capacités intellectuelles revêtent encore plus d'importance.

Selon les faits, les étudiants en médecine d'aujourd'hui sont de plus en plus souvent issus de familles bien nanties au Canada. Parallèlement, les efforts pour attirer des candidats venant de collectivités indigènes ou rurales n'ont pas beaucoup porté fruit. Cette sous-représentation existe aussi pour d'autres groupes socioculturels et économiques.

Pour vraiment bien répondre aux besoins complexes et diversifiés des Canadiens en matière de soins de santé et atteindre les objectifs sur le plan de l'imputabilité sociale, notre effectif de médecins doit se diversifier davantage. La diversification nécessaire dans les facultés de médecine comporte des dimensions comme l'ethnicité et la religion, le sexe et l'orientation sexuelle, la provenance géographique, la situation socioéconomique et un juste équilibre entre ceux qui aspirent à exercer dans une discipline généraliste ou spécialisée.

Pour que se concrétise cette diversité, il faut attirer un bassin de candidats plus représentatif de la population canadienne. Pour ce faire, il faudra, par exemple, se préoccuper des obstacles perçus ou réels comme le lourd fardeau de dettes des diplômés en médecine. Il sera aussi nécessaire d'améliorer les processus d'admission pour qu'ils valorisent les caractéristiques non scolaires comme la perspicacité interpersonnelle et émotionnelle, sans sacrifier l'excellence scientifique.

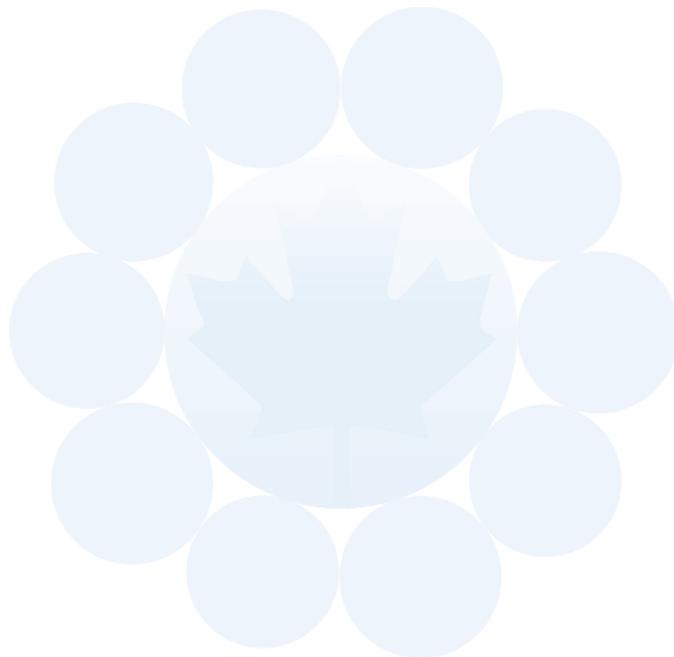
Pour aller de l'avant

Voici des exemples de stratégies pour donner suite à cette recommandation :

- Adapter les critères d'admission pour qu'ils concordent plus avec le mandat des facultés sur le plan de l'imputabilité sociale.



- Élaborer de nouveaux outils pour les admissions qui ont une valeur significative de prédiction des attributs souhaités dans la pratique médicale future et faire de la recherche à cet égard.
- Élaborer des programmes d'orientation et de recrutement (pipelines) qui mettent en contact les étudiants des collectivités sous-représentées avec le système d'éducation médicale.
- Monter un programme de recherche qui évalue les répercussions des critères d'admission modifiés en fonction de ce qui a motivé leur changement.
- Valoriser et mettre en évidence divers membres du corps professoral universitaire en tant que chefs de file et mentors de manière à attirer un bassin de candidats plus diversifié.
- Travailler avec les gouvernements fédéral et provinciaux pour surveiller la gestion de la dette étudiante et créer des politiques qui encouragent un large éventail de candidats.



Recommandation III : Miser sur les assises scientifiques de la médecine

Étant donné que la médecine repose sur des principes scientifiques fondamentaux, il faut apprendre à la fois les sciences humaines et biologiques dans des contextes cliniques pertinents et immédiats durant toute l'expérience des études médicales prédoctorales. De plus, puisque la curiosité scientifique est à la base de l'avancement des soins de santé, il faut développer les intérêts et les habiletés en recherche pour favoriser une nouvelle génération de chercheurs dans le domaine de la santé.

Raison d'être

La pierre angulaire de la pratique médicale est sa base scientifique; la recherche dans le domaine de la santé doit faire partie de la culture de la médecine, tant sur le plan de sa contribution à une pratique fondée sur des données probantes (médecine factuelle) que comme composante de la carrière des médecins. Traditionnellement, on organisait l'éducation médicale en fonction d'années précliniques et cliniques, les sciences humaines et biologiques étant enseignées dans les premières et les habiletés cliniques dans les dernières. Cette approche a sans le vouloir limité les possibilités pour les professeurs de médecine d'intégrer des objectifs d'apprentissage des sciences fondamentales dans des contextes applicables aux soins de santé.

Tout en souhaitant souligner l'importance des assises scientifiques de la médecine, cette recommandation reconnaît la valeur à la fois des sciences fondamentales et celle de la formation clinique. Ces deux domaines complémentaires doivent être intégrés de plus en plus pour que les étudiants réfléchissent aux applications cliniques quand ils apprennent les sciences fondamentales et aux principes scientifiques quand ils apprennent les habiletés cliniques. En rendant ces deux domaines réciproquement pertinents, on s'attend à ce que les médecins de demain mettent les deux à contribution quand ils pratiquent la médecine factuelle et font de la recherche.

Pour aller de l'avant

Voici des exemples de stratégies pour donner suite à cette recommandation :

- Faire participer et collaborer des experts des sciences fondamentales, des professeurs cliniciens et des spécialistes de la pédagogie médicale à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre en collaboration du curriculum des études médicales prédoctorales.
- Réduire les barrières départementales au sein des facultés pour permettre l'intégration optimale des sciences fondamentales et cliniques.
- Appuyer les programmes existants et nouveaux qui intègrent la formation en recherche dans l'éducation médicale.
- Pour permettre l'apprentissage contextualisé, organiser un forum national pour discuter où et comment dans le curriculum les sciences qui sont fondamentales à la pratique de la médecine seraient les mieux enseignées.

Recommandation IV : Promouvoir la prévention et la santé publique

La promotion d'une population canadienne en santé exige une approche multidimensionnelle qui met à contribution le continuum complet de la santé et des soins de santé. Les facultés de médecine ont un rôle essentiel à jouer pour répondre à cette exigence et doivent, par conséquent, intégrer davantage les compétences en prévention et en santé publique dans le curriculum des études médicales prédoctorales.

Raison d'être

La santé, c'est bien davantage que l'absence de maladie. La promotion d'une population canadienne en santé demande bien plus que de traiter les maladies quand elles surviennent; c'est aussi de promouvoir des modes de vie sains, de se préoccuper des déterminants sociaux de la santé et de prévenir la maladie avant qu'elle se produise.

L'épidémie de maladies chroniques potentiellement évitables, les conséquences d'un système non viable de prestation des soins de santé et la nécessité d'améliorer la préparation et la capacité d'intervention en cas de catastrophe comptent parmi les multiples exemples des défis exigeant des médecins d'avoir plus que des habiletés cliniques sur le plan individuel.

Les facultés de médecine jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé des Canadiens. L'intégration de compétences en prévention et en santé publique dans le curriculum des études médicales prédoctorales permettra aux médecins de mieux comprendre l'importance (i) du travail en équipes multidisciplinaires et interprofessionnelles, (ii) du rôle des médecins dans la promotion de la santé, l'évaluation des politiques et des systèmes de santé, la prestation de soins sécurisants sur le plan culturel et la prévention « réfléchie en amont », (iii) de la prise en compte des déterminants sociaux de la santé (incluant l'éducation, l'emploi, la culture, le sexe, le logement, le revenu et le statut social) et de leur influence sur les patients et les collectivités.

La santé publique implique les efforts organisés d'une société pour améliorer la santé et le bien-être et réduire les inégalités. Selon la littérature scientifique canadienne, seulement 25 pour cent des résultats sur le plan de la santé sont attribuables au système de soins de santé lui-même, qu'importe le montant de financement qu'il reçoit. Les habiletés quantitatives et le savoir contextuel qui prépareraient mieux les médecins à participer à une réforme productive du système de santé font partie des notions de base en santé publique et devraient être intégrés dans tout le continuum de l'éducation médicale.

Cette recommandation est faite en pleine connaissance des défis à venir, incluant les exigences déjà considérables du curriculum des études médicales prédoctorales, son emphase biomédicale et ses éléments cachés qui dénigrent la prévention et la santé de la population. Parmi les autres défis, on

peut mentionner le fait que tous ne comprennent pas de la même manière la prévention et la santé de la population, les limites au chapitre des capacités professorales et la sous-utilisation des possibilités d'apprentissage contextuel tout au long du curriculum.

Pour aller de l'avant

Voici des exemples de stratégies pour donner suite à cette recommandation :

- En partenariat avec une variété de collectivités, d'organismes et de disciplines de la santé, améliorer les programmes d'études médicales prédoctorales en incluant les compétences, les habiletés et les résultats souhaités qui ont trait à la santé de la population, à la prévention, à la promotion et aux déterminants sociaux de la santé.
- Promouvoir une culture d'innovation et d'érudition dans l'enseignement de la santé de la population (y compris la prévention et la santé publique) qui concorde avec le contexte de chaque faculté de médecine.
- Encourager les apprenants et le corps professoral à préconiser des interventions s'appliquant à l'ensemble de la population et les soutenir dans leurs efforts.
- Enseigner aux apprenants comment considérer les individus dans le contexte de leurs environnements, penser autant à la relation patient-médecin que population-médecin et identifier les patients qui font partie des populations « à risque ».
- Enseigner aux apprenants l'application des principes épidémiologiques et l'évaluation critique des données factuelles dans les soins à un patient en particulier. Encourager le corps professoral à intégrer de tels principes dans chaque partie du curriculum en médecine.
- Utiliser les ressources existantes, comme les rapports de l'AFMC sur les pratiques exemplaires dans l'éducation médicale postdoctorale en santé publique et les réseaux nationaux établis d'enseignants en santé publique.



Recommandation V : Exposer le curriculum caché

Le curriculum caché est un « ensemble d'influences qui se manifeste au niveau de la structure et de la culture organisationnelles¹⁰ » et qui a des incidences sur la nature de l'apprentissage, les interactions professionnelles et la pratique clinique. Par conséquent, les facultés de médecine doivent veiller à ce que le curriculum caché soit régulièrement identifié et que les étudiants, les enseignants et les professeurs s'en préoccupent à toutes les étapes de l'apprentissage.

Raison d'être

Le curriculum caché désigne ce que les étudiants apprennent en dehors du curriculum formel. Il est omniprésent, complexe et peut profondément s'insinuer dans les cultures institutionnelles. Dans le domaine de l'éducation des professionnels de la santé, le curriculum caché est présent dans toutes les disciplines, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la médecine.

Certains éléments du curriculum caché sont positifs; par ailleurs, il est aussi démontré que de nombreux autres ont des effets contre-productifs sur l'apprentissage. Le curriculum caché favorise souvent la hiérarchisation de domaines cliniques ou avantage un groupe au détriment d'un autre. Il renforce parfois les éléments négatifs du système actuel de reconnaissance et de rémunération et décourage les étudiants d'entreprendre certaines carrières en médecine, comme la médecine familiale. C'est pourquoi il sera difficile mais essentiel que les facultés de médecine canadiennes exposent et clarifient ce curriculum caché.

La mise en œuvre de cette recommandation met à contribution l'implication des apprenants et des professeurs pour qu'ils identifient et reconnaissent le curriculum caché. Cette recommandation est faite dans l'esprit d'améliorer la socialisation des médecins et pour faire en sorte que les étudiants et les professeurs reconnaissent l'existence du curriculum caché et son influence. Elle incitera à une réflexion et à une analyse personnelles et, en définitive, donnera la possibilité de renouveler et de revigorer continuellement la culture et le système de valeurs de l'éducation médicale.

Pour aller de l'avant

Voici des exemples de stratégies pour donner suite à cette recommandation :

- Créer des façons sécurisantes sur le plan culturel permettant aux étudiants et au corps professoral de rendre le curriculum caché explicite et pertinent au curriculum formel.
- Encourager des programmes de mentorat continu (étudiant-étudiant et professeur-étudiant) pour offrir des conseils aux apprenants sur des activités comme choisir des stages optionnels, entreprendre de la recherche, s'impliquer dans la collectivité et faire des choix de carrière.
- Réunir des étudiants et des professeurs de différentes facultés pour discuter des problèmes reliés au curriculum caché et échanger sur des façons de les régler de manière constructive.
- Démontrer aux étudiants et au corps professoral les effets du curriculum caché sur les apprenants, à l'aide de données et de résultats de recherche.

¹⁰ Hafferty, F.W. (1998) Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73: 403-407.

Recommandation VI : Diversifier les contextes d'apprentissage

Dans la prestation du continuum des soins, les médecins canadiens exercent dans une grande diversité de milieux institutionnels et communautaires. Pour les préparer à ces réalités, les facultés de médecine doivent offrir à tous les étudiants des expériences d'apprentissage durant toutes les études médicales prédoctorales dans divers milieux allant des petites collectivités rurales jusqu'aux centres hospitaliers de soins tertiaires complexes.

Raison d'être

Durant la période post-Flexner, l'éducation médicale s'est profondément enracinée dans les milieux universitaires et les centres hospitaliers. Par ailleurs, des études ont confirmé à nouveau qu'un très petit pourcentage de patients se retrouvent dans les hôpitaux d'enseignement et ce, habituellement, quand ils sont atteints de maladies complexes déjà investiguées et diagnostiquées. Cette situation ne permet pas aux étudiants au niveau prédoctoral de voir et de développer une compréhension des problèmes indifférenciés et courants.

Étant donné la nature mouvante de la société canadienne et la nécessité de répondre aux besoins diversifiés des Canadiens en matière de santé, il faut que les étudiants soient exposés à un plus large éventail de contextes d'apprentissage. Ils doivent avoir accès à une vaste gamme de maladies complexes, indifférenciées et chroniques, au continuum complet des soins, à des populations diversifiées de patients, à différents professionnels de la santé, ainsi qu'à des milieux plus variés sur les plans géographique, socioéconomique et culturel.

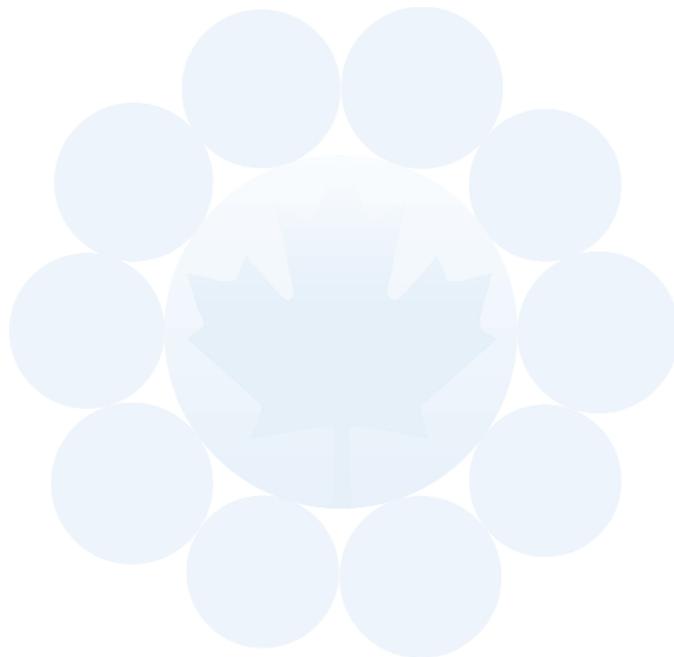
L'expérience de travail d'un apprenant dans une clinique indigène, par exemple, lui offre la possibilité de comprendre différemment les problèmes de santé des Indigènes que s'il traite des patients indigènes dans un milieu urbain. De la même manière, les étudiants comprendront mieux et valoriseront davantage les omnipraticiens et les médecins de famille à la suite de leurs expériences en milieux communautaires, tout en étant exposés à une grande variété de modèles de pratique à imiter.

Cette recommandation reconnaît qu'on améliorera l'éducation médicale en donnant aux étudiants l'expérience directe des milieux communautaires dont ils ont besoin pour les préparer à leur pratique future. Si les avantages de la diversité des milieux d'apprentissage sont évidents, cette diversité comporte aussi des défis inhérents. Par exemple, les modèles d'éducation décentralisée et dans la collectivité doivent prévoir un soutien approprié en matière de perfectionnement professoral et l'identification de précepteurs volontaires. De plus, en élargissant les contextes d'apprentissage, il ne faut pas oublier la nécessité d'atteindre les objectifs d'apprentissage et d'assurer la qualité de l'éducation. Il faut convaincre les étudiants de la pertinence et de l'utilité des contextes d'apprentissage variés, quels que soient leurs plans de carrière future.

Pour aller de l'avant

Voici des exemples de stratégies pour donner suite à cette recommandation :

- Créer, tôt dans la formation, des possibilités d'apprentissage exhaustif dans divers milieux communautaires, y compris des stages longitudinaux et intégrés.
- Élaborer des objectifs d'apprentissage spécifiques pour la formation en milieux communautaires tout au long des études médicales prédoctorales.
- Favoriser une culture organisationnelle qui renforce positivement l'utilité de milieux d'apprentissage multiples durant les études médicales prédoctorales.
- Promouvoir la recherche sur l'apprentissage dans des contextes communautaires.



Recommandation VII : Valoriser le généralisme

Reconnaissant que le généralisme est fondamental pour tous les médecins, les études médicales prédoctorales doivent se centrer sur un contenu largement généraliste, incluant les soins complets en médecine familiale. De plus, des médecins de famille et d'autres omnipraticiens doivent participer à part entière à toutes les étapes des études médicales prédoctorales.

Raison d'être

Il existe une tendance bien connue en médecine vers la spécialisation et la surspécialisation. Cette réalité s'est traduite, entre autres, par une explosion de connaissances scientifiques et de savoir sur les processus physiologiques humains complexes. Il va sans dire que la spécialisation a entraîné l'amélioration des soins pour des problèmes spécifiques, mais on peut soutenir que ces progrès se sont réalisés au détriment d'une perspective et d'une appréciation plus globales du rôle du généralisme et de la pratique familiale.

De plus en plus de données probantes font valoir qu'un bon système de soins de santé primaires engendre une meilleure santé de la population¹¹ et le système d'éducation médicale prédoctorale doit s'ajuster à cette réalité. L'exercice de la médecine repose sur une compréhension des besoins, des contextes et des environnements des patients.

L'intégration des médecins de famille et des omnipraticiens comme composante importante de l'éducation médicale, même dans les domaines spécialisés, assurera que les étudiants continueront de perfectionner leurs aptitudes au raisonnement clinique dans un contexte généraliste avec des patients indifférenciés. Cette approche favorisera une vision plus holistique du patient et de la famille et mettra en évidence la continuité des soins comme principe directeur de la relation patient-médecin.

La mise en œuvre de cette recommandation exigera de se préoccuper des éléments du curriculum caché qui dénigrent le généralisme et la médecine familiale. Il faudra cerner et éliminer les obstacles existants qui entravent la participation entière à l'éducation médicale des omnipraticiens et des médecins de famille. De plus (en lien avec la Recommandation VI), il faut revoir la structure actuelle dans laquelle l'éducation se donne dans les centres hospitaliers universitaires dans le but d'assurer que les étudiants sont exposés à un large éventail de contextes cliniques.

Pour aller de l'avant

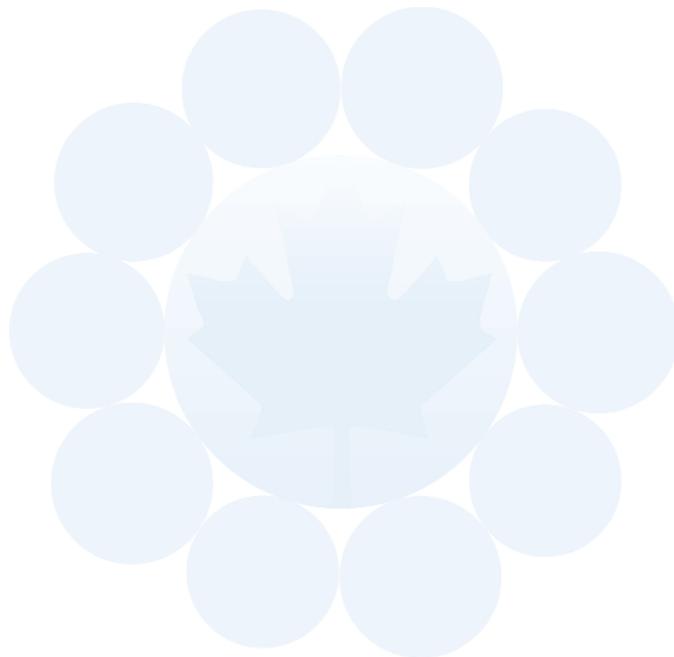
Voici des exemples de stratégies pour donner suite à cette recommandation :

- Assurer que, dans la planification des ressources humaines du domaine de la santé, on adapte aux besoins des populations la répartition de l'effectif médical entre les généralistes et les spécialistes.



¹¹ Starfield B, L. Shi L et J. Mancinko J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Care Systems and Health. *Millbank Quarterly*. 83: 457-502.

- Identifier et régler les éléments du curriculum caché qui dénigrent le généralisme et la médecine familiale.
- Augmenter la représentation des généralistes dans les facultés et chez les précepteurs.
- Offrir aux étudiants des possibilités d'apprentissage permettant d'acquérir de l'expérience avec des patients indifférenciés et la présentation initiale des maladies dans des contextes naturels.



Recommandation VIII : Faire progresser la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle

Pour améliorer les soins en collaboration centrés sur le patient, les études médicales prédoctorales doivent tenir compte des changements constants dans les champs de pratique et la prestation des soins de santé. Les facultés de médecine doivent faire en sorte que les apprenants au niveau prédoctoral acquièrent les compétences leur permettant de fonctionner efficacement en tant que membres d'équipes interprofessionnelles et intraprofessionnelles.

Raison d'être

La nature de la pratique médicale n'est pas statique. Les changements dans les champs de pratique de nombreux professionnels de la santé et l'émergence de nouvelles professions, comme les adjoints au médecin et les infirmières en pratique avancée, exigent un curriculum axé sur la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle.

À mesure que les équipes de prestation de soins de santé deviennent plus complexes, les médecins devront être capables de fonctionner en collaboration pour assurer de meilleurs résultats chez les patients, améliorer la sécurité et la qualité des soins. Les nouveaux modèles de soins en collaboration, quand ils sont coordonnés de manière appropriée, peuvent entraîner une plus grande efficacité et améliorer l'accès aux professionnels de la santé. Les habiletés reliées aux soins efficaces en collaboration doivent être intégrées dans toutes les disciplines et dans tout le spectre de l'éducation en sciences de la santé.

Cette recommandation exige un important changement de culture au sein des facultés de médecine et des autres professions de la santé. Il faudra cultiver davantage les attitudes positives à l'endroit de l'éducation interprofessionnelle et intraprofessionnelle au sein de la profession et chez les étudiants en médecine. Cette recommandation nécessitera aussi la renégociation des frontières départementales traditionnelles.

Pour aller de l'avant

Voici des exemples de stratégies pour donner suite à cette recommandation :

- Reconnaître les relations de pouvoir et les hiérarchies traditionnelles qui nuisent à la mise en œuvre d'une éducation et d'une pratique interprofessionnelles et intraprofessionnelles efficaces et transiger avec cette situation.
- Cerner et faire connaître les pratiques exemplaires en éducation interprofessionnelle et intraprofessionnelle.
- Encourager plus de recherche et de transposition du savoir pour aider à façonner des politiques en éducation médicale qui appuient l'apprentissage interprofessionnel et intraprofessionnel.
- Revoir les structures existantes dans les facultés et les départements en gardant à l'esprit le soutien à l'apprentissage interprofessionnel et intraprofessionnel.
- Enseigner et évaluer les compétences relatives au travail en équipe et à la collaboration dans tous les milieux d'apprentissage.

Recommandation IX : Adopter une approche flexible et fondée sur les compétences

Les médecins doivent être capables de mettre en pratique les connaissances, les habiletés et les valeurs professionnelles. Par conséquent, à cette première étape du continuum de l'éducation médicale, les études prédoctorales doivent se fonder principalement sur le développement des compétences fondamentales de base et un vaste apprentissage expérientiel complémentaire. En plus des exigences prédéfinies, les études médicales prédoctorales doivent offrir des possibilités flexibles permettant aux étudiants de poursuivre leurs intérêts particuliers en médecine qui vont au-delà du curriculum.

Raison d'être

Le système canadien d'éducation médicale doit constamment promouvoir l'excellence, tout en permettant aux apprenants de perfectionner leurs compétences. Les compétences sont d'importantes combinaisons observables de connaissances, d'attitudes et d'habiletés^{12, 13}. Les compétences fondamentales de base représentent celles dont tous les étudiants en médecine devraient pouvoir faire preuve au moment où ils obtiennent leur doctorat en médecine et commencent leur formation postdoctorale.

La raison d'être de cette approche fondée sur les compétences comporte trois volets. D'abord, les pressions se font multiples pour élargir notre actuel curriculum d'études médicales prédoctorales, mais il y a peu de tolérance pour des programmes de plus de quatre ans. Deuxièmement, il y a un besoin reconnu en cette période de spécialisation et surspécialisation rapides de définir un ensemble de compétences fondamentales exigées d'un médecin indifférencié qui obtient son doctorat en médecine et commence un programme de résidence. Troisièmement, il faut que le système d'éducation médicale soit assez flexible pour s'adapter aux styles d'apprentissage spécifiques des étudiants, à leurs intérêts et à leur rythme d'apprentissage.

On s'attend maintenant à ce que les études médicales prédoctorales préparent les apprenants à maîtriser une multitude de domaines de savoir contemporain comme la santé publique, le professionnalisme, les compétences culturelles, l'interprofessionnalisme, la communication efficace, les technologies nouvelles et émergentes, ainsi que des problèmes de santé de plus en plus prédominants comme l'obésité, les dépendances et la nature planétaire des maladies. Toutes ces pressions exercées sur le curriculum se produisent à un moment où les facultés de médecine sont appelées à augmenter de plus en plus le nombre de diplômés dans des programmes de mêmes durées. Une approche fondée sur les compétences est essentielle pour veiller à ce que tous les domaines d'apprentissage soient adéquatement couverts durant le curriculum de l'éducation médicale.

¹² Frank, JR. (rédacteur). The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2005.

¹³ Parboosing J, R Bankey, T Horsley, L Perrier et I Silver. Environmental scan in support of the teaching of lifelong learning qualities and abilities in the undergraduate medical curriculum. Dans : The Future of Medical Education in Canada: National Literature Reviews. Ottawa: L'Association des facultés de médecine du Canada; 2008.

Une approche fondée sur les compétences aidera les concepteurs de curriculum à déterminer les résultats d'apprentissage de base pour différents champs de la médecine autant que les compétences fondamentales exigées d'un étudiant qui obtient son doctorat en médecine – le médecin indifférencié. Il est essentiel que les étudiants apprennent un éventail aussi large que possible de contenu. De façon similaire, il est impératif que tous les diplômés démontrent des compétences dans des sujets comme l'anamnèse, l'examen physique et les diagnostics différentiels, la collaboration et la communication. Le but ultime de la définition des compétences fondamentales est d'assurer que notre effectif médical est bien muni pour répondre aux besoins de la population en matière de santé.

Si les compétences fondamentales identifient les habiletés essentielles requises d'un médecin indifférencié, le but n'est pas de créer un effet d'homogénéisation. Au contraire, un approche fondée sur les compétences offrira aux étudiants la possibilité de progresser à leur propre rythme dans les différentes composantes de leur apprentissage et d'avoir plus d'occasions d'approfondir et de développer leurs propres intérêts, tout en étant assurés qu'ils auront acquis les compétences fondamentales nécessaires attendues d'un médecin. Cette approche donnera aussi la possibilité aux étudiants de poursuivre d'autres activités d'érudition et de service (p. ex., recherche, travail à l'étranger), répondant ainsi aux attentes des étudiants du XXI^e siècle en matière de flexibilité et d'accessibilité dans leur éducation.

Il ne sera pas facile de mettre en œuvre une approche fondée sur les compétences en éducation médicale. Les spécialistes en pédagogie médicale réfléchissent déjà aux implications de ce changement transformateur. Ils ont identifié qu'il est nécessaire d'avoir divers genres d'évaluations des compétences qui respectent le fait que les compétences sont intégratives et se développent durant tout le continuum de l'éducation et de la pratique. La communauté médicale commence à réfléchir aux conséquences de cette approche pour les ordres de médecins, les organisations responsables des examens, le Service canadien de jumelage des résidents¹⁴, les normes d'agrément et les autorités responsables de la délivrance des permis d'exercice. La réalisation de cette recommandation exigera un leadership perspicace des plus hautes instances et dans tout le continuum de l'éducation médicale.

Pour aller de l'avant

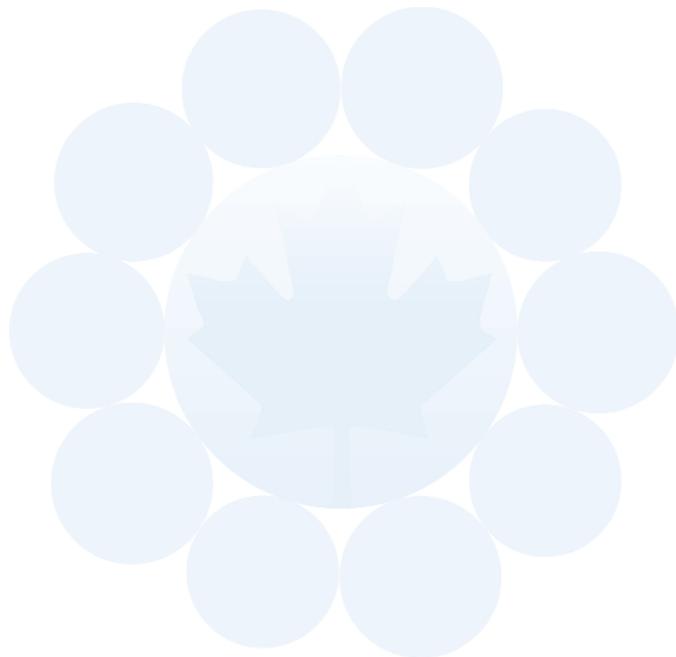
Voici des exemples de stratégies pour donner suite à cette recommandation :

- Former un groupe de travail national d'intervenants concernés pour orienter le cheminement vers une approche fondée sur les compétences.
- Élaborer un système d'évaluation fondé sur les compétences (accompagné du perfectionnement professoral approprié) qui prévoit une évaluation continue.
- Élargir le cadre des compétences CanMEDS aux critères d'admission.



¹⁴ Le Service canadien de jumelage des résidents est un organisme sans but lucratif qui travaille en étroite collaboration avec le milieu de l'enseignement de la médecine, les facultés de médecine et les étudiants pour offrir un service de demande électronique de formation médicale postdoctorale et de jumelage informatisé à l'échelle du Canada. Service canadien de jumelage de résidents. (2009). À propos de CaRMS. Accédé le 12 août 2009 à <http://carms.ca/fre/index.shtml>.

- Identifier les compétences au niveau des études médicales prédoctorales.
- Faire des liens plus étroits avec les études postdoctorales pour créer un continuum dans l'apprentissage.
- Resserrer l'intégration des normes d'agrément des études médicales prédoctorales avec celles des études médicales postdoctorales.



Recommandation X : Favoriser le leadership médical

Le leadership médical est essentiel à la fois dans les soins aux patients et dans l'ensemble du système de santé. Les facultés de médecine doivent favoriser le leadership médical des professeurs et des étudiants, incluant savoir gérer la pratique médicale et le système de santé, y naviguer et contribuer à les transformer en collaboration avec d'autres.

Raison d'être

Au Canada, le système de santé transcende ses parties constituantes – il en est venu à refléter les valeurs fondamentales du peuple canadien. L'importance qu'accordent les Canadiens aux soins de santé se manifeste sous diverses formes – de la rubrique sur la santé dans le journal local aux grands principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Cette étroite connexion avec les valeurs sociétales crée une demande de leadership de la part des professionnels de la santé, des gestionnaires, des chercheurs et des autres qui travaillent au sein du système ou en collaboration avec lui.

Les facultés de médecine doivent favoriser chez les futurs médecins le développement d'une diversité d'habiletés en leadership. Par exemple, les médecins sont dans une situation propice pour exercer un leadership dans la protection de la sécurité de la population lorsque des thérapies ou dispositifs médicaux nouveaux sont élaborés et pour préconiser et élaborer de meilleurs soins pour les populations mal desservies. L'éducation médicale doit préparer les médecins à travailler comme des chefs de file compétents et convaincants dans les domaines où la société est aux prises avec la maladie et où la médecine peut atténuer la souffrance.

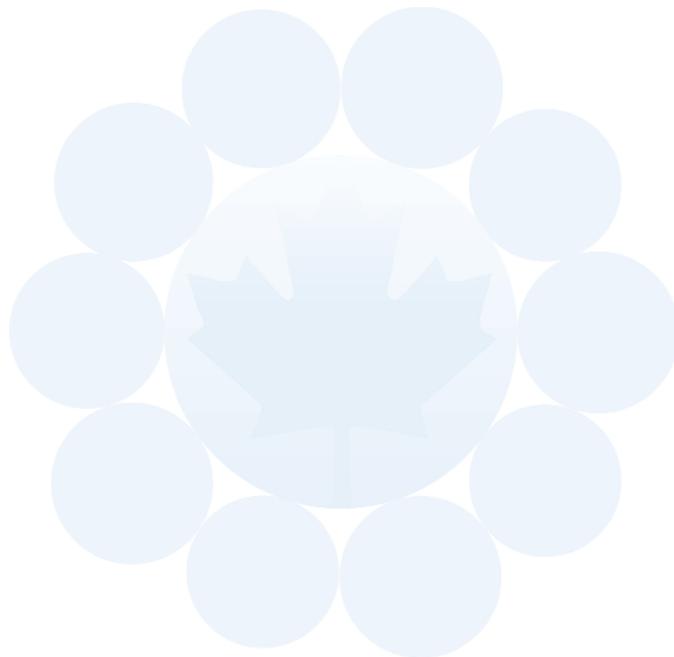
L'éducation médicale doit aussi préparer les médecins à voir les rôles constructifs qu'ils pourraient jouer au-delà des soins médicaux directs. Par exemple, la participation des médecins est nécessaire dans la gestion des soins de santé et certains poursuivront progressivement une carrière vers des fonctions importantes de leadership en administration et en gestion. Le playdoyer à l'échelle du système préconisant le changement social et le leadership exercé au sujet d'importants enjeux pour la santé des personnes et des populations doivent continuer à être considérés comme un rôle central des médecins. Enfin, dans un système de santé à multiples facettes, multidisciplinaire et en constante évolution, les médecins doivent être capables de reconnaître les domaines dans lesquels leurs rôles comportent de contribuer de manière constructive à des initiatives dirigées par d'autres.

Pour aller de l'avant

Voici des exemples de stratégies pour donner suite à cette recommandation :

- Cultiver des habiletés de leadership en collaboration chez les apprenants en utilisant des mentors et des modèles à imiter venant de multiples disciplines.

- Élaborer et enseigner un ensemble de valeurs et de compétences fondamentales en relation avec les habiletés de leadership en collaboration pertinentes à la fois aux apprenants et aux professeurs.
- Élaborer dans le curriculum des possibilités de base et avancées d'exercice du leadership pour les étudiants.
- Approfondir la compréhension qu'ont les apprenants du système de santé et de leurs responsabilités en tant que médecins de participer au processus de transformation du système de santé.



Rendre les changements possibles

Durant la formulation des 10 recommandations de changements présentées dans ce rapport, on a cerné plusieurs facilitateurs et moteurs importants de transformation. Ces leviers, qui sont expliqués ci-dessous, accroîtront grandement la capacité des facultés de médecine canadiennes de mettre en œuvre ces recommandations.

Recommandation habilitante A : Rajuster les normes d'agrément

Reconnaissant que l'agrément est un puissant levier, les dirigeants médicaux canadiens doivent revoir et rajuster les normes existantes du Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada et du Liaison Committee on Medical Education et en élaborer de nouvelles, au besoin, pour répondre aux recommandations présentées dans ce rapport. Ceci peut impliquer l'ajustement des normes s'appliquant aux études prédoctorales et postdoctorales.

Recommandation habilitante B : Développer la capacité de changer

Pour donner suite de manière constructive à ces recommandations, chaque faculté de médecine devrait revoir ses systèmes, ses processus et ses structures organisationnels afin d'identifier sa capacité d'implanter des changements et la renforcer, au besoin.

Recommandation habilitante C : Accroître la collaboration nationale

Les facultés de médecine canadiennes innovent constamment et ont beaucoup à s'offrir mutuellement. Une plus grande collaboration entre les facultés est nécessaire, incluant le partage des ressources pédagogiques et d'apprentissage, des cadres d'évaluation, des outils pour élaborer un curriculum commun, des innovations et des technologies de l'information.

Recommandation habilitante D : Améliorer l'utilisation de la technologie

Compte tenu des changements technologiques rapides et en évolution reliés à la façon dont les personnes communiquent et apprennent, le corps professoral et les apprenants doivent mieux comprendre et utiliser la technologie dans tous les établissements d'enseignement médical prédoctoral.

Recommandation habilitante E : Renforcer le perfectionnement professoral

Reconnaissant que l'enseignement, la recherche et le leadership sont des rôles fondamentaux des médecins, le perfectionnement, le soutien et la reconnaissance du corps professoral doivent compter parmi les priorités pour permettre aux professeurs et aux apprenants de donner suite efficacement aux recommandations présentées dans ce rapport.

Conclusions et prochaines étapes

Les recommandations pour les études médicales prédoctorales du projet sur l'AEMC font la synthèse et corroborent une bonne partie des ouvrages spécialisés qui ont foisonné durant la période post-Flexner concernant l'éducation médicale au Canada et dans le monde. *Une vision collective de l'AEMC* est conçue comme un mandat de changement axé sur l'action et elle est le fruit d'un dialogue exhaustif et d'un engagement qui commence déjà à se traduire par des changements concrets dans la façon de former les médecins au pays. Une étude des résultats permettra une évaluation scientifique de l'adoption des recommandations pour l'AEMC et habilitera les facultés de médecine canadiennes à examiner réciproquement leurs expériences dans la mise en œuvre et d'en bénéficier.

Un examen du milieu postdoctoral revêt une importance cruciale dans la mise en œuvre de ces recommandations axées sur les études prédoctorales, étant donné l'étroite interrelation entre les deux. Au moment de la rédaction du rapport, on procédait à l'examen d'un projet portant sur l'AEMC visant les études postdoctorales et l'on s'attendait à ce que ces travaux commencent en 2010. On projette aussi un examen et une analyse du contexte du développement professionnel continu, ce qui constituera la prochaine étape dans l'exploration du continuum de l'éducation médicale canadienne. L'examen et l'analyse en profondeur de chacun de ces environnements sont en eux-mêmes des exercices productifs et importants et, dans leur ensemble, ils produiront une étude complète et complémentaire du continuum de l'éducation médicale au Canada.

Une vision collective de l'AEMC est une ordonnance pour le changement. Chaque faculté se penchera certainement à sa façon sur chacune de ces recommandations, établissant ses priorités en fonction des besoins de la collectivité, de ses forces actuelles, des points à améliorer et d'orientations stratégiques visionnaires pour le XXI^e siècle. Cependant, ce sera la vision *collective* et sa mise en œuvre qui se traduiront véritablement par des changements transformateurs.



Méthodologie

Les recommandations présentées dans ce document se fondent sur une large assise de données probantes recueillies durant l'année civile 2008. Voici les méthodes employées pour obtenir ces données probantes :

a) Recensions des ouvrages spécialisés

Une équipe de recherche du Wilson Centre for Research in Education de l'Université de Toronto et du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de l'Université de Montréal a entrepris une recension complète des ouvrages spécialisés. Le Comité directeur de l'AEMC et l'équipe de recherche ont conjointement dégagé 30 sujets principaux. Ils ont cerné cinq thèmes dominants, comportant chacun de quatre à douze sujets, et ont retenu les services d'experts de toutes les régions du Canada pour faire une recherche documentaire sur chacun des sujets. À la suite de ces recensions, ils ont aussi demandé plusieurs analyses additionnelles portant sur d'apparentes lacunes. L'équipe de recherche a produit un document complet sur les 34 recensions d'ouvrages comme contribution finale à l'exercice. (<http://www.afmc.ca/fmec/pdf/National%20Literature%20Reviews.pdf>).

b) Entrevues avec les principaux intervenants

Pour assurer une diversité d'opinions, on a choisi 30 principaux intervenants en éducation médicale ayant une expertise dans un large éventail de domaines reliés à la santé, incluant des dirigeants universitaires (6), des dirigeants d'établissements et de programmes de soins de santé et de formation (7), des représentants de ministères de la Santé et/ou de l'Éducation (3), des dirigeants universitaires dans des professions de la santé autres que la médecine (5) et des représentants d'ordres professionnels et de publications médicales, ainsi que des commentateurs publics (9).

On a procédé aux entrevues de chaque participant en personne ou par téléphone. Dans tous les cas, les entrevues ont fait l'objet d'un enregistrement sonore et d'une transcription. Les transcriptions imprimées ont été envoyées aux personnes interviewées pour qu'elles confirment leur exactitude et, au besoin, enlever des sections qu'elles jugeaient inappropriées pour divulgation publique. Ce processus s'est soldé par des révisions très mineures.

On a ensuite codé chaque transcription selon des méthodes qualitatives rigoureuses. Ces codes ont été élaborés au moyen de lectures itératives et organisés en entêtes principales et en sous-titres. Une seule personne a codé toutes les transcriptions et chaque transcription prenait environ une journée complète à coder. Un sous-ensemble de transcriptions a été codé par une deuxième personne et on a comparé et ajusté le codage afin d'assurer l'uniformité du processus.

Comme dernière étape, on a examiné l'ensemble du codage durant une séance de réflexion d'une journée et on a identifié à partir des entrevues 10 grandes priorités. Pour effectuer cette synthèse

finale, on a assigné au hasard à l'un de trois groupes 19 personnes du Wilson Centre (7), du CPASS (5), et du Comité directeur de l'AFMC (7). Chaque groupe a identifié de six à douze priorités émergentes en se fondant sur les données d'entrevues, en prenant soin, dans l'examen de ces données, de ne pas faire de projection des priorités ou perspectives particulières en lien avec leurs rôles professionnels.

À la suite de leur travail en groupe distinct, les trois groupes ont présenté en plénière la liste des priorités qu'ils avaient identifiées. On a comparé les listes puis on en a discuté. Le fort degré de cohérence dans les trois listes a permis de les fusionner en une seule liste intégrée de grandes priorités pour l'éducation médicale au Canada.

c) Consultations internationales,¹⁵ nationales¹⁶ et régionales¹⁷

Le Comité directeur a procédé à des consultations internationales en visitant des établissements aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Des entrevues se sont déroulées en personne ou par vidéoconférence avec d'importants intervenants en Australie et en Nouvelle-Zélande. On a tenu deux consultations nationales avec un large éventail d'intervenants invités ou qui se sont portés volontaires, ainsi que quatre consultations régionales avec des groupes de vice-doyens aux études médicales prédoctorales. Un guide d'entrevues pour les consultations a été adapté à partir de celui utilisé pour les entrevues avec les principaux intervenants nationaux.

d) Autres contributions

En plus de ces trois sources principales de données, on a invité trois autres groupes à exprimer leurs commentaires sur le projet.

Un groupe sur les besoins en matière de données et leur accessibilité (composé de doyens, de vice-doyens, d'administrateurs, de représentants des ministères fédéraux et de directeurs généraux d'organisations de soins de santé) a été convoqué pour identifier les besoins actuels et émergents en matière de données sur le système d'éducation médicale au Canada et en établir la priorité.

Un forum des jeunes leaders (formé de représentants d'organisations d'étudiants et de résidents et de chefs de file émergents et futurs dans le domaine de des études médicales prédoctorales de toutes les régions du pays) a été organisé pour permettre aux futurs dirigeants du système de santé canadien de contribuer à la définition d'une vision de l'avenir.

¹⁵ Association des facultés de médecine du Canada. (2008). *Activities – International Comparisons*. Accédé à <http://www.afmc.ca/fmec/activities-comparisons.php>

¹⁶ Association des facultés de médecine du Canada. (2009). *Activities–National Consultations*. Accédé à <http://www.afmc.ca/fmec/activities-consultations-nat.php>

¹⁷ Association des facultés de médecine du Canada. (2008). *Activities – Regional Consultations with Undergraduate Deans*. Accédé à <http://www.afmc.ca/fmec/activities-consultations.php>

Enfin, on a réuni un panel d'experts, composé de participants reconnus sur le plan national, incluant des présidents-directeurs généraux d'hôpitaux, d'anciens députés, des experts en économie et en droit et des commentateurs sociaux, pour connaître leurs points de vue sur les domaines à changer éventuellement dans le système d'éducation médicale canadien. Le panel s'est réuni une deuxième fois avec les doyens de facultés de médecine pour discuter à un haut niveau les principes émergents de ces changements.

e) Analyse

L'équipe de recherche des universités de Toronto et de Montréal a effectué une analyse approfondie qui prenait en compte toutes les contributions mentionnées ci-dessus. Dix grandes priorités en sont ressorties et ont fait l'objet de dix documents analytiques sur ces sujets, comportant un ensemble d'orientations fondées sur des données probantes pour guider le changement. À la suite des consultations nationales, le Comité directeur de l'AEMC a peaufiné ces orientations pour le changement. Il en résulte la série finale de recommandations contenues dans le présent document.



Remerciements

L'avenir de l'éducation médicale au Canada : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales n'aurait pas vu le jour sans les contributions de nombreuses organisations et personnes. Nous tentons ici de reconnaître et de remercier le plus grand nombre de collaborateurs que possible.

Avant tout, nous tenons à exprimer notre gratitude à Santé Canada pour son engagement à l'endroit de ces travaux et le généreux financement de ce projet. Son appui à la prolongation du projet initial de 18 à 30 mois est vivement apprécié. Nous remercions tout spécialement Helen McElroy et Julie Gravel de leur appui, de leur travail diligent et de leur collégialité durant tout ce projet.

Nous exprimons notre reconnaissance au Wilson Centre for Research in Education de l'Université de Toronto et au Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de l'Université de Montréal de leurs importantes contributions à l'analyse contextuelle. Leur équipe de recherche de classe mondiale, brillamment dirigée par le Dr Brian Hodges, a travaillé diligemment pendant plus d'un an pour produire une analyse environnementale exceptionnelle en trois volumes qui comporte des recensions exhaustives des ouvrages spécialisés, des douzaines d'entrevues avec des intervenants clés et une analyse qui forment la base de la vision collective de l'AEMC. Les recommandations pour l'AEMC s'appuient solidement sur ces données probantes.

Le Comité directeur a exercé un leadership inspirant depuis les tout débuts du projet jusqu'à la formulation des principes proposés pour les changements. Les membres ont consacré de leur temps précieux pour participer aux nombreuses téléconférences, rencontres, consultations et réunions de comités de planification. Ils ont contribué sans relâche leur expertise, leur enthousiasme et leur passion pour l'amélioration de l'éducation médicale canadienne : ils ont travaillé ensemble et avec les membres du panel d'experts, interviewé des professeurs de médecine au Canada et à l'étranger, formulé les principes directeurs du changement se dégageant de toutes les données probantes, pour enfin rédiger, peaufiner et réviser les versions initiales de ce rapport.

Le panel d'experts regroupait des Canadiens de renom, tous des experts reconnus dans leurs domaines respectifs, pour apporter une importante perspective communautaire dans les principes directeurs du changement à mesure qu'ils ressortaient de l'analyse contextuelle. Les membres du panel ont exprimé leurs réactions aux premières versions de l'ébauche des recommandations et nous leur sommes reconnaissants de leur engagement, de leur détermination et de leurs contributions.

De nombreux autres professeurs de médecine et apprenants ont fourni leurs précieux commentaires durant le projet et ont aidé à façonner les recommandations pour l'AEMC en participant au Forum des jeunes leaders, au groupe sur les besoins en matière de données et leur accessibilité et à deux importantes consultations nationales.

Plusieurs professeurs de médecine aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux Pays-Bas ont généreusement ouvert leurs portes au projet sur l'AEMC, nous faisant connaître leurs réussites et leurs innovations ainsi que les défis rencontrés et les leçons apprises. Nos collègues internationaux ont eu la gentillesse d'organiser pour les membres du Comité directeur chargés de la recherche à l'étranger des visites d'une journée de leurs établissements, qui

comportaient des interactions avec leurs apprenants, leur corps professoral et leurs administrateurs. Ces perspectives internationales uniques ont renforcé et enrichi ces travaux.

Les membres du Groupe de travail sur la stratégie de mise en œuvre de l'AEMC ont contribué leur temps, leur énergie, leur expertise et leur engagement à la lecture et au peaufinage des versions plus récentes de la vision collective de l'AEMC et, par la suite, à l'élaboration des stratégies pour la transposition et la diffusion du savoir et la planification de la mise en œuvre. De plus, quatre doyens ont participé activement à toutes les étapes de l'élaboration de ce rapport en tant que membres du groupe de travail.

Les doyens de facultés de médecine et leurs équipes décanales ont joué un rôle central dans ces travaux. Ils ont exprimé leurs commentaires à plusieurs versions des principes proposés pour le changement et de la vision collective de l'AEMC. Ils ont aussi fourni leurs commentaires dans le contexte de consultations régionales pancanadiennes, du Forum national et de la participation sur une base continue au Conseil des doyens. Collectivement, les contributions des facultés ont façonné véritablement la vision collective de l'AEMC, assurant qu'elle est à la fois rigoureuse sur le plan scientifique et fondée sur les réalités des 17 programmes d'études médicales prédoctorales canadiens. L'engagement incessant des facultés représentera une composante importante dans la réalisation de cette vision collective.

Le personnel affecté au projet, Catherine Moffatt et Claire de Luovich, ainsi que les membres de la haute direction de l'AFMC, Susan Maskill, Irving Gold et Steve Slade, méritent notre gratitude pour leur dévouement et leur travail très consciencieux durant tout le projet. Ils ont établi des relations avec les intervenants et les consultants, recueilli les commentaires de tous les groupes mentionnés ci-dessus, organisé la logistique des envois postaux et des réunions et participé à la rédaction et à la révision des nombreuses versions de la *Vision collective de l'AEMC*.

Nous vous remercions,

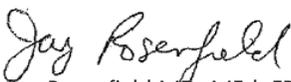


Nick Busing, MD

Président-directeur général, Association des facultés de médecine du Canada

Président, Comité directeur, Avenir de l'éducation médicale au Canada

Coprésident, Groupe de travail sur la stratégie de mise en œuvre, Avenir de l'éducation médicale au Canada

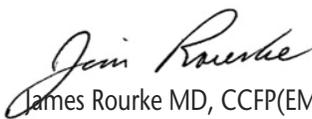


Jay Rosenfield MD, MEd, FRCPC

Vice-doyen, Éducation médicale prédoctorale

Faculté de médecine, Université de Toronto

Coprésident, Groupe de travail sur la stratégie de mise en œuvre, Avenir de l'éducation médicale au Canada



James Rourke MD, CCFP(EM), MCISc(FM), LLD

Doyen, Faculté de médecine

Université Memorial de Terre-Neuve

Coprésident, Groupe de travail sur la stratégie de mise en œuvre, Avenir de l'éducation médicale au Canada

Président du Conseil d'administration, Association des facultés de médecine au Canada

COMITÉ DIRECTEUR

Nick Busing, président

Président-directeur général
L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

Deborah Danoff

Représentant Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (le Collège royal)
Médecin-conseil en gestion des risques
Programme de formation médicale
Association canadienne de protection médicale (ACPM)

Jonathan DellaVedova

Président
Fédération d'étudiants en médecine du Canada (FEMC)

David Gass

Représentant le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)
Médecin-chef de district
Régie de la santé de Cumberland

Marie-Andrée Girard

Trésorière
Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)

Anne-Marie MacLellan

Secrétaire adjointe
Directrice
Direction des études médicales
Collège des Médecins du Québec (CMQ)

Mathieu Moreau

Conseil d'administration
Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)

Jay Rosenfield

Vice-doyenne
Éducation médicale prédoctorale
Faculté de médecine
Université de Toronto

Roona Sinha

Présidente
Association canadienne des internes et des résidents (ACIR)

Angela Towle

Vice-doyenne
Éducation médicale prédoctorale
Faculté de médecine
Université de la Colombie-Britannique

W. Todd Watkins

Directeur
Bureau des affaires professionnelles
Direction générale des affaires professionnelles
Association médicale canadienne (AMC)

Membres d'office

Irving Gold

Vice-président
Relations gouvernementales et affaires externes
L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

Susan Maskill

Vice-présidente
Éducation et projets spéciaux
L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

Steve Slade

Vice-président
Recherche et analyse (CAPER/ORIS)
L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

Personnel responsable du projet

Catherine Moffatt

Gestionnaire de projets
L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

Claire de Lucovich

Adjointe aux projets
L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE

Bill Albritton

Doyen
Faculté de médecine
Université de la Saskatchewan

Nick Busing, coprésident

Président-directeur général
L'Association des facultés de médecine du Canada
(AFMC)

Pierre Gagné

Vice-doyen
Responsable du Campus Mauricie
Faculté de médecine
Université de Montréal

Marie-Andrée Girard

Trésorière
Fédération des médecins résidents du Québec
(FMRQ)

Irving Gold

Vice-président
Relations gouvernementales et affaires externes
L'Association des facultés de médecine du Canada
(AFMC)

Kenneth Harris

Directeur, Éducation
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du
Canada

Carol Herbert

Doyenne
Faculté de médecine et de chirurgie dentaire Schulich
Université Western Ontario

David Irby

Vice-doyen de l'Éducation
Faculté de médecine
Université de la Californie, San Francisco

David Levine

Président-directeur général
Régie régionale de la santé de Montréal

Cathy MacLean

Présidente
Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)

Anne-Marie MacLellan

Secrétaire adjointe
Directrice
Direction des études médicales
Collège des Médecins du Québec (CMQ)

Roger Strasser

Doyen fondateur
Faculté de médecine du Nord de l'Ontario

Joshua Tepper

Coprésident
Comité consultatif sur la prestation des soins de santé
et les ressources humaines (CCPSSRH)
Sous-ministre adjoint, Division des stratégies des
ressources humaines en santé
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Angela Towle

Vice-doyenne
Éducation médicale prédoctorale
Faculté de médecine
Université de la Colombie-Britannique

Antonia Maioni

Directrice
Institut d'études canadiennes de McGill
Professeure agrégée de sciences politiques
Chaire de recherche William Dawson

Susan Maskill

Vice-présidente
Éducation et projets spéciaux
L'Association des facultés de médecine du Canada
(AFMC)

Danielle Martin

Présidente du Conseil d'administration
Médecins québécois pour le régime public

Kathryn McDade

Coprésidente
Comité consultatif sur la prestation des soins de santé
et les ressources humaines (CCPSSRH)
Directrice générale
Direction des politiques de soins de santé
Santé Canada

Shaheed Merani

Membre du Conseil d'administration de l'AFMC
Ancien président
Fédération des étudiants et des étudiantes en
médecine du Canada (FEEMC)

Jay Rosenfield, coprésident

Vice-doyen
Éducation médicale prédoctorale
Faculté de médecine
Université de Toronto

Jim Rourke, coprésident

Doyen
Faculté de médecine
Université Memorial de Terre-Neuve

Sharon Sholzberg-Gray

Avocate, conseillère en politiques en matière de
santé, membre du Conseil d'administration
Associated Medical Services

Yvonne Steinert

Vice-doyenne
Perfectionnement professoral
Directrice
Centre d'enseignement médical
Faculté de médecine
Université McGill

Experts-conseils

Bernard Millette

Professeur de médecine familiale
Université de Montréal
Ancien directeur
Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la
santé (CPASS)
Faculté de médecine
Université de Montréal

Brian Hodges

Directeur
Wilson Centre for Research in Education
Professeur agrégé et vice-directeur
Département de psychiatrie
Président, Comité d'évaluation
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du
Canada



PANEL D'EXPERTS

Pat Atkinson

Députée
Saskatoon-Nutana

Penny Ballem

Professeure clinicienne de médecine
Faculté de médecine
Université de la Colombie-Britannique

L'honorable James K. Bartleman

Ancien lieutenant-gouverneur de l'Ontario
Bureau du lieutenant-gouverneur de l'Ontario

Claude Castonguay

Associé invité
CIRANO

Hélène Desmarais

Présidente-directrice générale
Centre d'entreprises et d'innovation de Montréal

Robert A. Gordon

Professeur émérite
Humber College Institute of Technology
and Advanced Learning

Mary Jo Haddad

Présidente-directrice générale
The Hospital for Sick Children

Judith G. Hall

Professeure émérite
Pédiatrie et Génétique médicale
Université de la Colombie-Britannique
Children's and Women's Health Centre de la
Colombie-Britannique, Département de pédiatrie
Children's Hospital de la Colombie-Britannique

Malcolm King

Professeur
Département de médecine (Pneumologie)
Université de l'Alberta

A. Wayne MacKay

Professeur de droit
Faculté de droit Dalhousie

Rob McLean

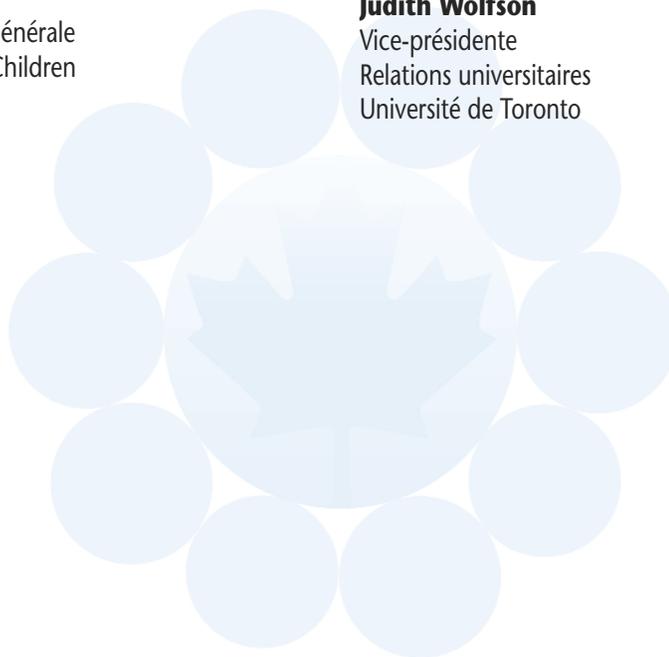
Président
MatrixLinks International Inc.

Stephen Owen

Vice-président
Relations extérieures, juridiques et communautaires
Université de la Colombie-Britannique

Judith Wolfson

Vice-présidente
Relations universitaires
Université de Toronto



GROUPE SUR LES BESOINS EN MATIÈRE DE DONNÉES ET LEUR ACCESSIBILITÉ – 2008

Ginette Arsenault

Gestionnaire administrative
Éducation médicale postdoctorale
Université McGill

Nahid Azad

Société canadienne de gériatrie

Sandra Banner

Directrice générale et chef de la direction
Service canadien de jumelage des résidents (SCJR)

Ian Bowmer

Directeur général
Conseil médical du Canada (CMC)

Nick Busing

Président-directeur général
L'Association des facultés de médecine du Canada
(AFMC)

Lynda Buske

Chef
Information sur les effectifs médicaux et planification
Association médicale canadienne (AMC)

Lori Connors

Membre du Conseil d'administration
Association canadienne des internes et des résidents
(ACIR)

Deborah Danoff

Directrice, Éducation
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du
Canada

Patrice de Broucker

Centre de la statistique sur l'éducation
Statistique Canada

Silvana Di Lollo

Gestionnaire administrative
Éducation médicale prédoctorale
Université McGill

Paul Grand'Maison

Vice-doyen
Éducation médicale prédoctorale
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

Steve Slade

Vice-président
Recherche et analyse
L'Association des facultés de médecine du Canada
(AFMC)

Leanne Tran

Coprésidente
Bien-être des résidents
Association canadienne des internes et des résidents
(ACIR)

Robert Haché

Vice-doyen
Recherche
Faculté de médecine
Université d'Ottawa

Sheila Harding

Doyenne (par intérim)
Faculté de médecine
Université de la Saskatchewan

Carol Herbert

Doyenne
Faculté de médecine et de chirurgie dentaire Schulich
Université Western Ontario

Jerry Maniate

Consultant
Projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada

Helen McElroy

Division des stratégies des ressources humaines en
santé, Santé Canada

Shaheed Merani

Président
Fédération des étudiants et des étudiantes en
médecine du Canada

Catherine Moffatt

Gestionnaire de projets
L'Association des facultés de médecine du Canada
(AFMC)

Alan Neville

Vice-doyen
Éducation médicale prédoctorale
Faculté de médecine Michael G. DeGroot
Université McMaster

Libby Posgate

Ministère de la Santé
Gouvernement de la Colombie-Britannique

Jim Rourke

Doyen
Faculté de médecine
Université Memorial

Kristin Sivertz

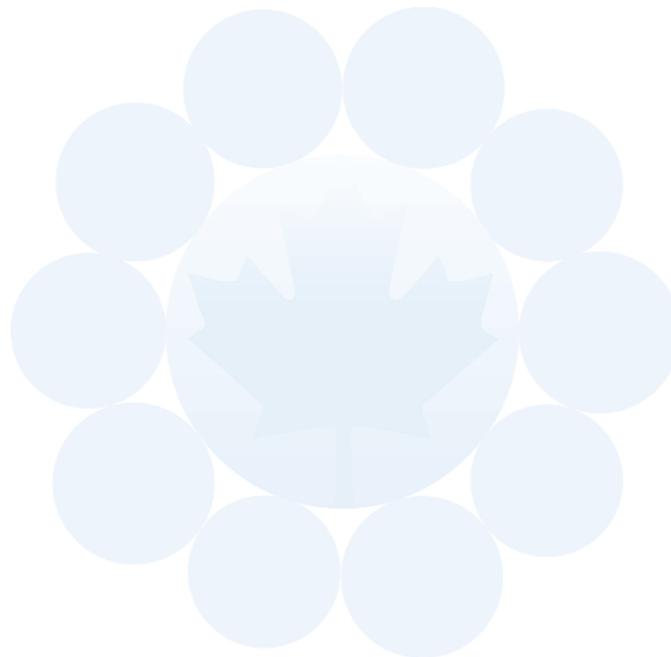
Vice-doyenne
Éducation médicale postdoctorale
Faculté de médecine
Université de la Colombie-Britannique

Sarita Verma

Vice Dean
Éducation médicale postdoctorale
Faculté de médecine
Université de Toronto

Verna Yiu

Vice-doyenne
Éducation médicale prédoctorale
Faculté de médecine
Université de l'Alberta



GROUPE SUR LES BESOINS EN MATIÈRE DE DONNÉES ET LEUR ACCESSIBILITÉ – 2009

Ginette Arsenault

Agente principale, Affaires des étudiants
Éducation médicale postdoctorale
Faculté de médecine
Université McGill
Adjointe au doyen
Faculté de médecine
Université Queen's

Linda Chenard

Gestionnaire, Opérations
Faculté de médecine
Université d'Ottawa

Murray Diduck

Directeur de programme
Éducation médicale prédoctorale
Faculté de médecine et de chirurgie dentaire
Université de l'Alberta

Yannick Fortin

Gestionnaire, Données et analyse
L'Association des facultés de médecine du Canada
(AFMC)

Denis Hughes

Directeur
Admissions aux études médicales prédoctorales
Faculté de médecine
Université de la Colombie-Britannique

Mady Hymowitz

Consultante principale, Bureau de la recherche
Faculté de médecine et de chirurgie dentaire
Schulich, Université Western Ontario

Judy Irvine

Registraire de la faculté
Faculté de médecine
Université de Toronto

Melissa Knock

Gestionnaire, Services éducatifs
Faculté de médecine
Université McGill

Marielle Lapointe

Coordonnatrice aux opérations
Faculté de médecine
Université Laval

Carla Zorn

Coordonnatrice administrative
Faculté de médecine
Université de la Saskatchewan

Mark Lauzière

Directeur du cabinet
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

Bruce Martin

Vice-doyen
Éducation médicale prédoctorale
Faculté de médecine
Université du Manitoba

Catherine Moffatt

Gestionnaire de projets
L'Association des facultés de médecine du Canada
(AFMC)

Alan Neville

Vice-doyen
Éducation médicale prédoctorale
Faculté de médecine Michael G. DeGroot
Université McMaster

Ahmad Qazi

Analyste-programmeur
Faculté de médecine
Université de Montréal

Wes Robertson

Directeur de l'informatique administrative
Faculté de médecine
Université de Toronto

Steve Slade

Vice-président
Recherche et analyse
L'Association des facultés de médecine du Canada
(AFMC)

Carol Ann Walker

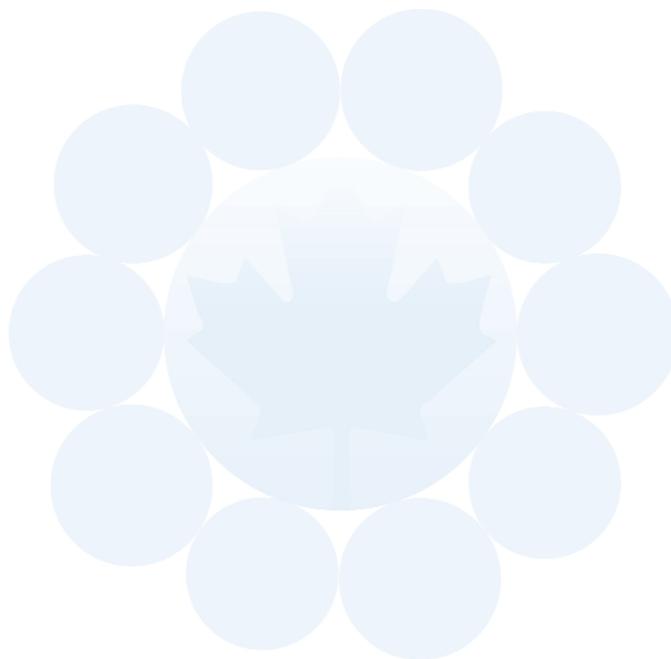
Adjointe au doyen
Faculté de médecine
Université Memorial de Terre-Neuve

Anne Weeden

Directrice, Services administratifs
Faculté de médecine
Université Dalhousie

Wayne Woloschuk

Évaluateur de programmes
Éducation médicale prédoctorale
Faculté de médecine
Université de Calgary



ÉQUIPE DE RECHERCHE SUR L'ANALYSE ENVIRONNEMENTALE

Brian Hodges

Directeur
Wilson Centre for Research in Education
Professeur agrégé et vice-directeur
Département de psychiatrie
Président, Comité d'évaluation
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du
Canada

Spogmai Akseer

Adjoint à la recherche
Wilson Centre for Research in Education
Université de Toronto

Mathieu Albert

Collaborateur du chercheur principal
Wilson Centre for Research in Education
Université de Toronto

Delphine Arweiler

Adjointe à la recherche
Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la
santé (CPASS)
Faculté de médecine
Université de Montréal

Glen Bandiera

Urgentologue-traumatologue
Professeur adjoint
Faculté de médecine
Université de Toronto

Niall Byrne

Professeur émérite
Faculté de médecine
Université de Toronto
Coordonnateur
Relations internationales et professeurs invités
Wilson Centre for Research in Education
Université de Toronto

Bernard Charlin

Professeur et directeur
Recherche et développement
Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la
santé (CPASS)
Faculté de médecine
Université de Montréal

Philippe Karazivan

Professeur adjoint
Département de médecine familiale
Université de Montréal

Ayelet Kuper

Interniste général
Professeur adjoint
Département de médecine
Université de Toronto

Jerry Maniate

Oncologiste médical
Boursier associé
Wilson Centre for Research in Education and the
Centre du perfectionnement professoral
St. Michael's Hospital

Bernard Millette

Professeur de médecine familiale
Université de Montréal
Ancien directeur
Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la
santé (CPASS)
Faculté de médecine
Université de Montréal

Emilie Noyeau

Adjointe à la recherche
Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la
santé (CPASS)
Faculté de médecine
Université de Montréal

Sandy Parker

Gestionnaire de projets
Wilson Centre for Research in Education
Université de Toronto

Scott Reeves

Sociologue et scientifique
Wilson Centre for Research in Education.
Directeur de la recherche
Centre du perfectionnement professoral
Scientifique
Li Ka Shing Knowledge Institute
St. Michael's Hospital

FORUM DES JEUNES LEADERS

Keith Ahamad

Étudiant en médecine
Université de la Colombie-Britannique

Susan Dalton

Membre du Conseil d'administration
Association canadienne des internes et des résidents
(ACIR)

Adrienne Hagen

Gestionnaire
Bureau des services professionnels
Association médicale canadienne (AMC)

Robert Huish

Aspirant au doctorat
Fondation Trudeau

Kamini Kalia

Vice-présidente, Communications
Association des étudiants en sciences de la santé au
Canada (AESSCa)

Josée Larochelle

Présidente
Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)

Danielle Martin

Présidente
Médecins québécois pour le régime public

Kevin McLaughlin

Professeur agrégé de médecine
Faculté de médecine
Université de Calgary

Shaheed Merani

Président
Fédération des étudiants et des étudiantes en
médecine du Canada (FEMC)

Janet Tworek

Directrice des concepts pédagogiques
Éducation médicale prédoctorale
Faculté de médecine
Université de Calgary

Nadine Valk

Spécialiste principale des programmes
Conseil canadien sur l'apprentissage

