THE FUTURE OF MEDICAL EDUCATION IN CANADA

POSTGRADUATE PROJECT



L'AVENIR DE L'ÉDUCATION MÉDICALE AU CANADA

PROJET POSTDOCTORAL

UNE VISION COLLECTIVE POUR LES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES AU CANADA



2012









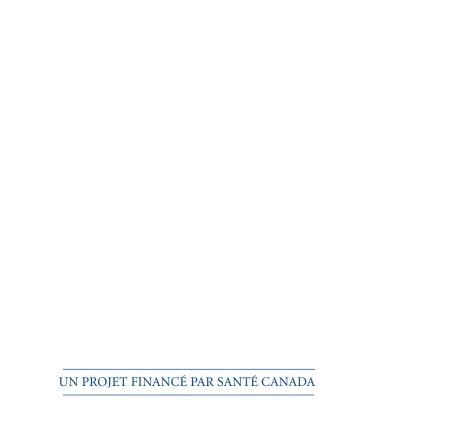


TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE2
Principes directeurs
Recommendations
INTRODUCTION8
Le volet prédoctoral du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada9
Le volet postdoctoral du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada9
Une vision collective pour l'éducation médicale10
Le milieu de l'éducation médicale postdoctorale au Canada10
De la faculté de médecine à la résidence11
De la résidence à l'exercice actif au Canada11
Les rôles uniques du résident comme étudiant, enseignant et fournisseur de soins11
Intervenants du système canadien d'éducation médicale postdoctorale11
D'une vision commune à une action collective12
RECOMMANDATIONS13
Assurer un mélange judicieux, une répartition appropriée et un nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins de la société
2. Cultiver la responsabilité sociale par le biais de l'expérience acquise dans divers milieux d'apprentissage et de travail16
3. Créer des milieux positifs propices à l'apprentissage et au travail
4. Intégrer des programmes de formation fondés sur les compétences dans les programmes postdoctoraux
5. Assurer une intégration et des transitions efficaces tout au long du continuum pédagogique20
continuum pedagogique20

6. Mettre en œuvre des systèmes d'évaluation efficaces	22
7. Former, appuyer et reconnaître	
les enseignants-cliniciens	24
8. Encourager le développement	21
du leadership	26
9. Établir une gouvernance collaborative	
et efficace au sein de l'EMPo	27
10. Harmoniser les normes d'agrément	28
CONCLUSIONS ET PROCHAINES ÉTAPES	29
MÉTHODOLOGIE	
Groupe de consultants en analyse	
contextuelle (CAC)	29
Groupe de consultants en liaison et	
engagement (CLE)	
Sondage d'opinion publique	30
Sondage national des directeurs de	
programmes	
Consultations internationales	
Panel de représentants du public	
Évaluation des informations recueillies	31
REMERCIEMENTS	32
COMITÉS ET INTERVENANTS	34
Comité directeur	34
Comité consultatif des doyens de l'EMPo	35
Groupe de mise en œuvre stratégique	36
Panel de représentants du public	37
Groupe de consultants en liaison et	
engagement	38
Groupe de consultants en analyse	
contextuelle	38
GLOSSAIRE	40
RECOMMANDATIONS DÉGAGÉES	
DANS LE CADRE DU PROJET	
PRÉDOCTORAL SUR L'AEMC	41

SOMMAIRE

e volet postdoctoral du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC EMPo) présente une vision de la formation médicale requise pour former le type de médecins dont a et aura besoin le Canada. Cette vision prévoit en partie que tous les médecins posséderont, au terme de leur formation, l'expertise clinique nécessaire pour exercer la médecine en équipes, en prodiguant des soins axés sur le patient, dans le respect des principes de qualité, de sécurité, de professionnalisme.

Le système canadien d'éducation médicale est reconnu partout dans le monde. Cependant, nous pouvons et nous devons en faire plus. Reconnaissant cela, les partenaires d'un consortium formé de quatre organisations, soit l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), le Collège des médecins du Québec (CMQ), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), se sont réunis, en compagnie d'autres intervenants clés, afin de revoir le système canadien d'éducation médicale postdoctorale (EMPo) et d'élaborer des recommandations fondamentales en matière de changement.

Sur la base du travail accompli dans le cadre du volet prédoctoral du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC EMPr), le projet sur l'AEMC EMPo s'est penché sur l'éducation médicale postdoctorale en examinant le sujet dans le cadre du continuum d'apprentissage des médecins, en mettant l'accent sur le cheminement des étudiants en médecine vers la formation postdoctorale et par la suite, l'exercice de leur profession. Plusieurs des réformes recommandées dans le cadre de ce projet font écho à celles identifiées dans le cadre du volet prédoctoral du projet sur l'AEMC et mettent l'accent sur l'importance d'apporter des changements cohérents dans l'ensemble du continuum éducatif.

Le projet sur l'AEMC EMPo s'est articulé autour de l'identification d'une base exhaustive de données probantes, incluant une analyse documentaire, des entrevues avec les intervenants et un examen des meilleures pratiques internationales. Nous avons ensuite procédé à l'élaboration de recommandations et de plans d'action qui ont ensuite été peaufinés dans le cadre d'un processus itératif impliquant des consultations approfondies avec plusieurs intervenants.

Le projet a abouti à l'élaboration de dix recommandations de changement, chacune étant appuyée par une mesure transformatrice clé et d'autres mesures connexes qui pourront être mises en œuvre grâce à une volonté collective. Ces changements sont nécessaires pour permettre de transformer plus efficacement notre système d'EMPo et pour servir de point d'ancrage pour les autres changements à venir.

Les mesures à prendre sont associées à des intervenants clés (énumérés en ordre alphabétique), dont l'implication en tant que leaders est essentielle. Le leadership de ces intervenants clés implique une collaboration et un dialogue constants de même que l'élaboration de plans précis pour la mise en œuvre de ce projet. Dans tous les cas, une invitation ouverte est lancée aux autres personnes désireuses de participer, lorsque l'intérêt ou le besoin le justifie.

Ce rapport est à considérer globalement car pour que des changements efficaces et durables soient mis en place, chacune des dix recommandations qui en découlent doit être mise en œuvre. On ne peut atteindre cet objectif qu'avec l'engagement de tous les intervenants, y compris des résidents et des organismes nationaux qui les représentent.

PRINCIPES DIRECTEURS

Les recommandations s'articulent autour de quatre principes directeurs qui trouvent leurs origines dans les orientations bien définies qui se dégagent des volets prédoctoral et postdoctoral du projet sur l'AEMC et fournissent la lentille à travers laquelle les recommandations du présent rapport doivent être interprétées :

- 1. Modeler la formation des médecins en fonction de la santé et du mieux-être des patients et des collectivités
- 2. Assurer la sécurité des patients et la qualité des soins qui leur sont prodigués
- 3. Valoriser, incarner et intégrer l'interprofessionnalisme et l'intraprofessionnalisme à l'apprentissage et la pratique des résidents
- 4. Intégrer une technologie de pointe

RECOMMENDATIONS

Assurer un mélange judicieux, une répartition appropriée et un nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins de la société

Énoncé de la recommandation:

Dans le contexte d'un système de soins de santé en pleine évolution, le système d'EMPo doit continuellement ajuster ses programmes de formation de manière à favoriser un juste équilibre sur le plan de la diversité, de la répartition et du nombre de généralistes et de spécialistes, notamment en ce qui a trait aux cliniciens-chercheurs, aux enseignants et aux leaders, afin de répondre aux besoins de la population canadienne et de s'acquitter de ses responsabilités envers elle. Travaillant en partenariat avec tous les fournisseurs de soins de santé et les intervenants du domaine, les médecins doivent traiter des divers besoins des particuliers et des collectivités de l'ensemble du Canada en matière de santé et de mieux-être.

Cette recommandation et le concept voulant que nous rajustions nos effectifs médicaux pour répondre aux besoins futurs sont considérés comme fondamentaux. Nous devons être en mesure d'offrir aux quatre coins du pays des médecins possédant les compétences requises et d'assurer un juste équilibre entre généralistes et

spécialistes, notamment en ce qui a trait aux clinicienschercheurs, aux éducateurs et aux leaders. En déterminant le juste équilibre sur le plan de la diversité, de la répartition et du nombre de médecins requis au pays à la lumière des besoins sociétaux, nous devons garder à l'esprit plusieurs facteurs clés. Ces facteurs comprennent l'importance croissante des soins prodigués en équipe, les modifications aux champs d'activité des médecins et des autres professionnels de la santé et la manière dont interagissent les professions pour dégager et diffuser l'information.

MESURES TRANSFORMATRICES CLÉ

Créer une approche nationale, fondée sur des données solides, afin d'établir et d'ajuster selon les besoins le nombre de postes de résidence requis dans les différentes spécialités de manière à répondre aux besoins sociétaux.

et

Mettre sur pied une stratégie nationale pour la formation et l'engagement à long terme des cliniciens-chercheurs.

La mise en œuvre de cette recommandation doit être menée par l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU), l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS), l'AFMC (Comité sur l'EMPo, Système informatisé des stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER)), le CMFC, le CMQ, le CRMCC et les gouvernements fédéral / provinciaux / territoriaux (F/P/T).

#2

Cultiver la responsabilité sociale par le biais de l'expérience acquise dans divers milieux d'apprentissage et de travail

Énoncé de la recommandation:

Répondre aux divers besoins, actuels et émergents, des Canadiens en matière de soins de santé implique un engagement à la fois individuel et collectif envers l'imputabilité sociale. Les programmes d'EMPo devraient procurer une expérience d'apprentissage et de travail dans divers milieux afin de cultiver l'imputabilité sociale chez les résidents et orienter leur choix de pratique future.

Les soins de santé se caractérisent de plus en plus par leur nature ambulatoire et communautaire. Durant leur formation, les résidents doivent être exposés à différents types et contextes d'exercice, y compris, mais de façon non limitative, a des centres universitaires de santé. L'exposition à différents milieux aidera les résidents à faire un choix de carrière éclairé.

MESURE TRANSFORMATRICE CLÉ

Offrir à tous les résidents des milieux d'apprentissage diversifiés comprenant des milieux d'exercice variés et les exposer à une vaste gamme de modèles de prestation de services.

La mise en œuvre de cette recommandation doit être menée par l'ACISU, l'AFMC (Comité sur l'EMPo), le CMFC, le CMQ, le Conseil médical du Canada (CMC) et le CRMCC.

#3 Créer des milieux positifs propices à l'apprentissage et au travail

Énoncé de la recommandation:

L'apprentissage doit se dérouler dans des milieux collaboratifs et positifs, centrés sur le patient et fondés sur le principe voulant que l'on fournisse des soins de la plus haute qualité dans le contexte de l'enseignement et de l'apprentissage des compétences requises.

Il faut mettre l'accent sur le professionnalisme et les soins dispensés en équipe. On doit également insister sur le privilège d'être médecin et les responsabilités qui en découlent. Il convient d'assurer un juste équilibre pour veiller à ce que les futurs médecins combinent le meilleur du savoir scientifique et de ses applications à des soins exemplaires centrés sur le patient.

MESURE TRANSFORMATRICE CLÉ

Offrir aux résidents suffisamment de possibilités d'apprendre et de travailler dans des milieux qui encouragent le respect entre les professions et au sein de celles-ci et reflètent une approche collaborative et centrée sur le patient en matière de soins.

La mise en œuvre de cette recommandation doit être menée par l'ACISU et les facultés de médecine (doyens de l'EMPo et programmes d'EMPo).

#4

Intégrer des programmes de formation fondés sur les compétences¹ dans les programmes postdoctoraux

Énoncé de la recommandation:

Développer, mettre en œuvre et évaluer une formation fondés sur les compétences et centrée sur l'apprenant afin de répondre aux divers besoins d'apprentissage des résidents et aux besoins changeants des Canadiens en matière de soins de santé.

La formation fondée sur les compétences² n'en est encore qu'à ses premiers balbutiements. Il nous faut délaisser un modèle de formation strictement fondé sur le temps au profit d'un modèle qui détermine les connaissances spécifiques, les compétences et les habiletés nécessaires à l'exercice de la profession. Certaines de ces compétences seront génériques et devront être maîtrisées par tous les médecins alors que d'autres seront propres à des spécialités ou groupes de spécialités. D'autres encore seront propres aux besoins de communautés précises. Chacune doit être identifiée, explicitement enseignée et évaluée.

- I La notion de compétence est définie comme une « capacité observable d'un professionnel de la santé intégrant de multiples composantes telles que les connaissances, les compétences, les valeurs et les attitudes. Comme les compétences sont observables, elles peuvent être mesurées et évaluées afin d'en garantir l'acquisition. » (traduction) Frank JR, Snell L, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. Med Teacher. 2010;32:638-45.
- La formation axée sur les compétences est une approche visant à préparer les médecins à l'exercice qui est fondamentalement orientée vers les capacités des diplômés et qui s'articule autour des compétences dérivées d'une analyse des besoins de la société et des patients. Elle minimise l'accent mis sur la formation fondée sur le temps et promet une plus grande responsabilité, une souplesse accrue et une formation davantage axée sur l'apprenant. Med Teacher: 2010; 32: 631–637

MESURE TRANSFORMATRICE CLÉ

Élaborer et mettre en œuvre des programmes de formation fondés sur les compétences.

La mise en œuvre de cette recommandation doit être menée par l'AFMC (Comité sur l'EMPo), le CMFC, le CMQ et le CRMCC.

#5

Assurer une intégration et des transitions efficaces tout au long du continuum pédagogique

Énoncé de la recommandation:

Le système canadien d'EMPo prépare les médecins à l'exercice de leur profession. Ce processus de préparation se réalise par la prise en charge de responsabilités progressives, tout au long du continuum de l'éducation médicale avec des transitions efficaces de l'EMPr à l'EMPo, durant l'EMPo et de l'EMPo à l'exercice de la profession.

Les transitions de la faculté de médecine à la résidence puis à l'exercice de la profession constituent des occasions d'apprentissage clés, mais elles doivent être gérées et utilisées plus efficacement. En particulier, le passage à la résidence et la dernière année de résidence doivent être mieux structurés pour maximiser l'apprentissage et le degré de préparation à l'exercice. Les différentes phases de la formation doivent également être mieux intégrées.

MESURE TRANSFORMATRICE CLÉ

Prévoir des transitions plus harmonieuses et plus efficaces de la faculté de médecine à la résidence et de la résidence à l'exercice clinique:

- a. Revoir et restructurer les pratiques et systèmes actuels (p. ex., le processus d'entrée en résidence).
- b. Lier les compétences acquises par chaque apprenant durant la formation prédoctorale aux objectifs pédagogiques fixés pour les résidents.
- c. Revoir et établir le moment idéal, durant la résidence, pour passer les examens nationaux.

d. Élaborer des stratégies permettant de changer plus facilement de discipline durant la formation ou au moment de réintégrer un programme de résidence.

La mise en œuvre de cette recommandation doit être menée par l'ACISU, l'Association canadienne des médecins résidents (ACMR), l'AFMC (Comités sur l'EMPo, l'EMPr), le CMC, le CMFC, le CMQ, le CRMCC, les facultés de médecine, la Fédération des étudiants et étudiantes en médecine du Canada (FEMC), la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ), la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) et le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS).

#6

Mettre en œuvre des systèmes d'évaluation efficaces

Énoncé de la recommandation :

Évaluer la compétence et le niveau de préparation à l'exercice à l'aide d'une combinaison d'outils permettant une rétroaction et des évaluations formatives et sommatives.

La science de l'évaluation est en constante évolution et on reconnaît de plus en plus que de nouveaux outils d'évaluation sont nécessaires alors que nous progressons dans le développement d'une éducation médicale fondée sur les compétences. Les évaluations doivent se dérouler au moment propice pour fournir une rétroaction continue aux apprenants et maximiser toutes les occasions d'apprentissage au sein d'un programme de résidence.

MESURE TRANSFORMATRICE CLÉ

Fournir aux résidents une rétroaction formative régulière et appropriée provenant de sources multiples, tant sur leur rendement individuel qu'en équipe, incluant notamment l'identification des points forts et des défis, afin de favoriser l'acquisition progressive des compétences tout au long du continuum d'apprentissage.

La mise en œuvre de cette recommandation doit être menée par l'AFMC (Comité sur l'EMPo), le CMC, le CMFC, le CMQ, le CRMCC et la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC).

#7

Former, appuyer et reconnaître les enseignants-cliniciens

Énoncé de la recommandation:

Appuyer les enseignants-cliniciens par le biais de la formation professorale et du développement professionnel continu (DPC) et reconnaître la valeur de leur travail.

L'enseignement offert aux résidents se déroule maintenant dans une vaste gamme d'emplacements cliniques et est dispensé par une variété de médecins et d'autres professionnels de la santé qui ne possèdent pas tous le même niveau de compétences en matière d'enseignement. Les enseignants-cliniciens devraient bénéficier d'un appui afin d'être en mesure de dispenser un excellent enseignement, de constituer un modèle de rôle responsable et de procéder à une rétroaction et à une évaluation efficaces. Les enseignants doivent bénéficier d'un soutien au développement facultaire/professionnel efficace et pertinent afin d'optimiser les résultats pédagogiques et la reconnaissance (p. ex., rémunération, mérite/avancement universitaire, prix).

MESURE TRANSFORMATRICE CLÉ

Élaborer une stratégie nationale de DPC qui soit accessible et exhaustive et qui appuie l'ensemble des activités d'enseignement clinique, notamment l'enseignement et l'évaluation des rôles CanMEDS et CanMEDS-MF, avec un accent accru sur l'importance des modèle de rôle qui incarnent ces compétences.

La mise en œuvre de cette recommandation doit être menée par l'ACISU, l'AFMC (Comités sur l'EMPo, le perfectionnement professoral et la FPC), l'Association canadienne pour l'éducation médicale (ACÉM), l'Association médicale canadienne (AMC), le CMFC, le CMQ et le CRMCC.

#8

Encourager le développement du leadership

Énoncé de la recommandation:

Encourager le développement de compétences en leadership collaboratif chez les futurs médecins afin qu'ils puissent travailler plus efficacement avec d'autres intervenants pour aider à façonner un système de soins de santé qui sert mieux la société.

Les volets EMPr et EMPo du projet sur l'AEMC reconnaissent tous deux le caractère essentiel d'un leadership collaboratif des médecins. Le développement du leadership doit débuter à la faculté de médecine pour être ensuite développé tout au long de la résidence et de l'exercice de la profession.

MESURE TRANSFORMATRICE CLÉ

Élaborer, en étroite collaboration avec les programmes d'EMPr, un programme national de leadership fondamental pour tous les résidents mettant l'accent sur les responsabilités professionnelles, la conscience de soi, la capacité à recevoir et à formuler des commentaires de rétroaction, la résolution de conflits, la gestion du changement et le fait de travailler comme leader, animateur ou membre au sein d'une équipe.

La mise en œuvre de cette recommandation doit être menée par l'ACMR, l'AFMC (Comités sur l'EMPr et l'EMPo), l'AMC, le CMFC, le CMQ, le CRMCC et la FMRQ.

Établir une gouvernance collaborative et efficace au sein de l'EMPo

Énoncé de la recommandation:

Tout en reconnaissant la complexité de l'EMPo et du système de prestation des soins de santé au sein duquel elle évolue, intégrer les multiples organismes (organismes de réglementation et de certification, établissements d'éducation et institutions de soins de santé) qui jouent un rôle en matière d'EMPo dans une structure de gouvernance collaborative afin d'être efficace, de réduire les dédoublements et de clarifier les orientations et décisions stratégiques.

On reconnaît généralement que le système canadien d'EMPo est complexe et parfois, quelque peu inefficace. Il y a plusieurs intervenants, points de décision, défis de gouvernance et intérêts directs impliqués. Certains de ces intérêts doivent être reconnus et appuyés alors que d'autres doivent faire l'objet d'une réévaluation et d'une restructuration pour créer une gouvernance plus efficace.

MESURE TRANSFORMATRICE CLÉ

Identifier les organismes détenant une autorité décisionnelle en EMPo et définir des modalités qui pourraient simplifier et améliorer leur collaboration par le biais de l'étude de différents modèles de gouvernance et de la mise en œuvre de celui susceptible d'être le plus efficient et efficace.

La mise en œuvre de cette recommandation doit être menée par l'ACISU, l'ACMR, l'AFMC, le CMC, le CMFC, le CMQ, le CRMCC, la FMRQ, la FOMC, les gouvernements F/P/T et les hôpitaux.

Harmoniser les normes d'agrément

Énoncé de la recommandation:

Les normes d'agrément devraient être harmonisées tout au long du continuum d'apprentissage (de l'EMPr à la résidence et à l'exercice de la profession), être conçues dans une perspective d'imputabilité sociale et être orientées vers la satisfaction des besoins en santé des Canadiens.

Les mêmes renseignements sont recueillis plusieurs fois. Les normes d'agrément peuvent être fixées par l'organisme approprié, mais la tenue de l'agrément peut être partagée et harmonisée. Des normes de formation et des systèmes d'agrément ont été mis en place pour veiller à la formation de médecins de qualité. Il incombe à ces systèmes de veiller à ce que les futurs médecins soient prêts à exercer et demeurent compétents tout au long de leur carrière.

MESURE TRANSFORMATRICE CLÉ

Favoriser et permettre un système d'EMPo plus intégré en harmonisant les normes d'agrément et les processus tout au long du continuum d'apprentissage dans les milieux de l'EMPr, de l'EMPo et de la FPC.

La mise en œuvre de cette recommandation doit être menée par l'AMC, l'AFMC, le CMFC, le CMQ, le CRMCC, la FOMC et les organismes d'agrément de l'EMPr, de l'EMPo et de la FPC.

Le défi consiste pour nous à atteindre une vision collective englobant non seulement les apprenants et les enseignants, mais également les gouvernements provinciaux et l'ensemble de la population canadienne. Nous espérons que ce rapport et les recommandations qui en découlent nous permettront d'atteindre cet objectif.

INTRODUCTION

u cours des cent dernières années, des changements majeurs ont suscité des demandes croissantes relativement à la prestation des soins de santé au pays. Les Canadiens vivent plus longtemps. Plusieurs sont aux prises avec de multiples maladies chroniques qui sont à l'origine d'un besoin croissant en matière de services communautaires. Les défis constants sur le plan des soins de santé et de nouvelles menaces envers la santé publique continuent d'émerger alors que les découvertes scientifiques et la rapide évolution des technologies médicales influencent la façon dont s'exerce la médecine. Les attentes des patients, de leurs familles et des collectivités évoluent continuellement et on s'attend de plus en plus à ce que le système de santé soit imputable quant à la sécurité, la qualité, la disponibilité et l'accès équitable aux services de santé. Les champs d'exercice évoluent également. Les soins dispensés en équipe deviennent la norme. On élabore de meilleurs modèles de prestation de services. Les besoins en santé des Canadiens sont plus clairement définis et les fournisseurs doivent bénéficier de la formation appropriée pour pouvoir y répondre.

« Les médecins de l'avenir « 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 XXIe 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. Ils devront être des penseurs indépendants et critiques, capables d'évaluer les données probantes, libres de tous préjugés personnels et d'influence inappropriée. »³

Afin de pouvoir répondre aux attentes et aux besoins changeants des Canadiens en matière de soins de santé, nous devons absolument nous pencher sur la formation des futurs médecins canadiens. Les gouvernements de l'ensemble du pays sont aux prises avec d'importants défis budgétaires. En conséquence, les organismes et les fournisseurs de soins de santé doivent faire face à une demande

accrue en ce qui a trait à leur capacité à faire preuve de responsabilité sur le plan fiscal. La responsabilité des provinces en matière de soins de santé doit être reconnue alors que nous allons de l'avant avec la mise en œuvre de changements à notre système de santé et à l'éducation médicale.

Afin de relever ces défis, une planification et des actions collectives s'imposent. L'éducation médicale joue un rôle essentiel dans le développement des divers types de médecins dont les Canadiens ont besoin. Les médecins, en tant que produits du système d'éducation médicale, doivent être prêts à exercer dans un système de soins de santé intégré conçu pour leur permettre de prodiguer les meilleurs soins qui soient à la population qu'ils servent.

La formation dont bénéficient les médecins canadiens est reconnue à travers le monde pour ses normes élevées. On peut attribuer l'excellente formation offerte au pays aux milliers d'éducateurs médicaux et aux leaders qui croient en leur responsabilité collective quant à la formation des médecins d'aujourd'hui et de demain. Afin de veiller à ce que l'éducation médicale continue à répondre aux exigences des Canadiens à l'égard de leurs médecins, il semblait opportun de procéder à un examen exhaustif de la formation des médecins au Canada.

Le volet prédoctoral du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC EMPr) a constitué la première initiative de ce type au cours des dernières années. Sur la base du travail accompli dans le cadre du projet sur l'AEMC EMPr, le volet postdoctoral du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC EMPo) s'est penché sur l'éducation médicale postdoctorale en la considérant dans le contexte du continuum d'apprentissage des médecins, en mettant l'accent sur le cheminement des étudiants en médecine vers la formation postdoctorale et plus tard, l'exercice de leur profession. Plusieurs des réformes recommandées dans le cadre de ce projet font écho à celles identifiées dans le cadre du volet prédoctoral du projet sur l'AEMC et mettent l'accent sur l'importance d'apporter des changements cohérents dans l'ensemble du continuum éducatif.

³ L'Association des facultés de médecine du Canada. L'Avenir de l'éducation médicale au Canada : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales. Ottawa, ON : L'Association; 2010.

LE VOLET PRÉDOCTORAL DU PROJET SUR L'AVENIR DE L'ÉDUCATION MÉDICALE AU CANADA

Dirigé par l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), le projet sur l'AEMC EMPr a été initié par des éducateurs en médecine et des leaders du domaine. Ce projet se voulait une actualisation du rapport réalisé par Abraham Flexner⁴ en 1910 qui examinait l'éducation médicale au Canada et aux États-Unis. Mené entre 2007 et 2010, le projet était axé sur l'amélioration de la prestation de l'éducation médicale au niveau prédoctoral (c.-à-d. la formation menant à l'obtention d'un diplôme en médecine) au Canada.

Au total, dix recommandations principales et cinq recommandations habilitantes ont été présentées dans le cadre du rapport du projet intitulé *L'Avenir de l'éducation médicale au Canada : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales.*⁵ Les recommandations, qui établissent comment on peut améliorer l'éducation médicale prédoctorale (EMPr) afin de former le type de médecins que l'on envisage collectivement pour l'avenir ont suscité l'intérêt régional, national et international depuis la parution du rapport. Les dix recommandations principales et les cinq recommandations habilitantes sont reproduites intégralement à la fin du présent rapport.

RECOMMENDATIONS:

- 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

RECOMMANDATIONS HABILITANTES:

- A. Rajuster les normes d'agrément
- B. Développer la capacité de changer
- C. Accroître la collaboration nationale
- D. Améliorer l'utilisation de la technologie
- E. Renforcer le perfectionnement professoral

LE VOLET POSTDOCTORAL DU PROJET SUR L'AVENIR DE L'ÉDUCATION MÉDICALE AU CANADA

Financé par Santé Canada, le projet sur l'AEMC EMPo a été entrepris en février 2010 par un consortium formé de quatre organismes, soit l'AFMC (qui a assumé le secrétariat du projet), le Collège des médecins du Québec (CMQ), le Collège des médecins de famille du Canada (CFPC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). L'initiative mettait l'accent sur l'amélioration de l'éducation médicale postdoctorale (c.-à-d. la formation jusqu'à l'exercice indépendant de la profession) au Canada.

Le projet sur l'AEMC EMPo est rattaché au projet sur l'AEMC EMPr sur lequel il s'appuie. Alors que la vision du médecin de l'avenir avait été définie lors de la première phase du projet, cette deuxième phase constitue la synthèse de la sagesse collective et des aspirations du public canadien, des leaders du domaine de la formation des professionnels de la santé et des décideurs sur la manière dont doit évoluer l'EMPo au Canada pour concrétiser cette vision.

Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin No. 4. New York: Carnegie Foundation; 1910.

⁵ L'Association des facultés de médecine du Canada. L'Avenir de l'éducation médicale au Canada: Une vision collective pour les études médicales prédoctorales. Ottawa, ON: L'Association; 2010.

Le projet sur l'AEMC EMPo a été conçu pour examiner et évaluer les systèmes, programmes et procédés du milieu de l'EMPo. En misant sur le fructueux modèle utilisé dans le cadre du projet sur l'AEMC EMPr, un rigoureux examen impliquant des centaines d'intervenants a été effectué de février 2010 à mars 2012. (Vous trouverez dans la section du présent document intitulée Méthodologie une description complète du processus).

Au terme de cette initiative, dix recommandations ont été élaborées. Elles ont pour objet l'amélioration du solide système d'EMPo déjà en place. Les changements suggérés visent à consolider le rôle que jouent les enseignants et les leaders du domaine médical dans la formation du type de médecins requis pour l'avenir et se veulent un appel à l'action. Le plus grand espoir que nous nourrissons avec le projet sur l'AEMC EMPo est d'avoir la possibilité d'influencer la formation et la distribution du nombre, du type et de la composition des effectifs médicaux prêts à exercer la médecine au Canada et leur répartition dans l'ensemble du pays.

UNE VISION COLLECTIVE POUR L'ÉDUCATION MÉDICALE

Le projet sur l'AEMC EMPo partage la même vision de l'éducation médicale que son prédécesseur :

Le système d'éducation médicale au Canada doit assurer que chaque médecin acquiert les compétencesclés, 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.⁶

On doit absolument prévoir une intégration harmonieuse de la formation prédoctorale et de l'éducation médicale postdoctorale afin de répondre aux besoins changeants des Canadiens. Il n'est donc pas surprenant que plusieurs des thèmes ayant émergé du projet sur l'AEMC EMPr aient

refait surface sous forme d'enjeux importants pour l'avenir de l'EMPo. Dans ces deux milieux pédagogiques, la primauté du rôle d'imputabilité sociale de l'éducation médicale dans les soins de santé est ressortie comme sa principale raison d'être. L'imputabilité sociale doit être au cœur de la formation des médecins, la santé et le mieux-être des patients et des communautés étant sans équivoque les points focaux de l'éducation médicale. Également, il est affirmé que les médecins doivent travailler au sein d'un système de soins de santé fondé sur la qualité, la sécurité des patients et les soins axés sur les patients. Le système d'éducation médicale doit former des médecins qui s'engagent à exercer la médecine de cette manière et possèdent les compétences nécessaires pour y parvenir.

La notion de soins interprofessionnels et intraprofessionnels et la capacité des médecins à travailler efficacement au sein d'équipes de professionnels de la santé ressortent comme d'autres éléments fondamentaux concernant la manière dont les médecins doivent être formés pour offrir des soins de santé efficaces centrés sur les patients. L'accent est également mis sur la nécessité de veiller à ce que les médecins exercent leur profession de manière réfléchie.

LE CONTEXTE DE L'ÉDUCATION MÉDICALE POSTDOCTORALE

Afin de comprendre comment les recommandations énoncées dans le présent rapport sont étroitement reliées les unes aux autres et démontrer dans quelle mesure elles s'harmonisent aux recommandations produites dans le cadre du projet sur l'AEMC EMPr, il est important de comprendre le contexte dans lequel sont formés les résidents. La formation médicale se poursuit durant toute la vie. Il est utile de tenir compte des points de transition figurant dans ce que l'on décrit comme le continuum de l'éducation médicale, alors que les étudiants en médecine sont formés pour devenir des médecins actifs.

⁶ L'Association des facultés de médecine du Canada. L'Avenir de l'éducation médicale au Canada : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales. Ottawa, ON : L'Association; 2010.

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE À LA RÉSIDENCE

Durant la dernière année de leurs études de médecine, les étudiants choisissent, puis sont admis dans un programme de résidence affilié à l'une des 17 facultés de médecine canadiennes. Chacun de ces programmes, qui mène à un diplôme universitaire est tenu d'offrir une formation postdoctorale répondant aux normes d'agrément fixées soit par le CMFC et le CMQ (pour les programmes du Québec) en ce qui a trait à la spécialité de médecine familiale, soit par le CRMCC ou le CMQ (pour les programmes du Québec) pour tous les autres programmes.

Lorsque les résidents ont complété leur formation, ils doivent fournir la preuve qu'ils ont réussi leur programme de résidence et réussi les examens du CMFC ou du CRMCC afin de pouvoir être certifiés par leurs collèges respectifs. Le CMQ n'administre plus d'examens distincts et reconnaît désormais les examens du CMFC et du CRMCC. Cependant, la certification du CMQ est nécessaire pour exercer au Québec. Afin d'exercer la médecine dans une province au Canada, les diplômés doivent également réussir les examens canadiens pour l'obtention du permis d'exercice (Licencié du Conseil médical du Canada - parties I et II). Une fois ces qualifications obtenues, un résident est prêt à exercer lorsqu'il a complété son programme de résidence.

Certains résidents poursuivent leur parcours d'apprentissage dans une sous-spécialité. D'autres choisissent d'entreprendre une formation qui leur permettra de rehausser leurs compétences en obtenant un certificat ou un diplôme de compétences additionnelles. Ces qualifications supplémentaires sont reconnues de diverses manières au sein de différents organismes de soins de santé.

DE LA RÉSIDENCE À L'EXERCICE ACTIF AU CANADA

Une fois qu'ils ont commencé à exercer activement, tous les médecins doivent maintenir un niveau de compétence correspondant aux besoins de la population qu'ils servent afin de conserver leur permis d'exercer la médecine. Le développement professionnel continu est devenu une composante incontournable de l'exercice pour tous les médecins.

LES RÔLES UNIQUES DU RÉSIDENT, À LA FOIS ÉTUDIANT, ENSEIGNANT ET FOURNISSEUR DE SOINS

Les résidents sont considérés comme des apprenants tout au long de leur résidence. On les considère également comme des fournisseurs de services cliniques par l'entremise de leur lien d'emploi avec les organismes de soins de santé au sein desquels ils sont formés. Ils jouent également un rôle important en enseignant aux étudiants en médecine et aux autres stagiaires et en agissant comme modèles de rôles. Chacun de ces rôles est essentiel au développement des compétences, en particulier en ce qui a trait à la capacité des résidents de fonctionner comme des membres d'un système de prestation de soins de santé intégré. Ils sont supervisés par des médecins cliniciens, mais prodiguent également des soins directs aux patients. À ce titre, ils bénéficient d'un salaire pour les tâches cliniques qu'ils accomplissent (payé par les ministères provinciaux de la santé) et font également partie d'un syndicat d'employés ou d'une association propre aux résidents de chaque province.

INTERVENANTS DU SYSTÈME CANADIEN D'ÉDUCATION MÉDICALE POSTDOCTORALE

Les rôles multiples du résident en tant qu'apprenant, enseignant et fournisseur de services donnent lieu à un réseau divers et complexe d'intervenants impliqués dans les divers aspects de l'éducation médicale postdoctorale au Canada. Ces intervenants comprennent, sans s'y limiter, les universités, les organismes d'accréditation, les sociétés des spécialités, les organismes provinciaux de réglementation délivrant les permis d'exercice, les ministères provinciaux de l'éducation et de la santé, les organismes de soins de santé, les syndicats, les associations nationales et provinciales impliquées dans les enjeux relatifs aux soins ou à l'éducation médicale, les résidents, les membres du corps professoral, les fournisseurs cliniques, les patients, le gouvernement et les décideurs.

L'inter-connectivité qui existe entre ces groupes aide à définir un système d'intervenants qui jouent tous un rôle dans la prestation de l'éducation médicale postdoctorale. Les recommandations énoncées dans le présent rapport visent tous les intervenants car une approche coordonnée, soutenue par une vision collective de l'éducation médicale au Canada, est essentielle au succès.

D'UNE VISION COMMUNE À UNE ACTION COLLECTIVE

Le projet sur l'AEMC EMPo reflète la collaboration à son meilleur. Les idées de ceux qui évoluent à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la médecine et de l'éducation médicale ont été recueillies par l'entremise d'un processus de consultation exhaustif et d'une rigoureuse analyse documentaire. Le présent rapport se veut la synthèse d'une multitude d'idées, d'aspirations et d'engagements des Canadiens, qui sont directement et indirectement liés à l'éducation médicale et aux soins de santé. Les dix recommandations figurant dans le présent rapport sont le reflet de la sagesse collective des membres et des leaders de l'éducation de l'ensemble du Canada.

En raison de la nature hautement itérative du projet, on s'attend à recevoir d'autres commentaires de la collectivité à mesure que les recommandations seront mises de l'avant et qu'on discutera de la manière dont elles seront mises en œuvre. Afin que cette mise en œuvre soit fructueuse, on devra obtenir l'engagement de la totalité des intervenants. On demandera aux organismes d'agrément, aux organismes de réglementation, aux gouvernements, aux hôpitaux, à l'AFMC, au Conseil médical du Canada (CMC) ainsi qu'aux organismes canadiens d'étudiants et de résidents en médecine de faire preuve de leadership. L'établissement d'échéanciers réalistes pour la mise en œuvre des recommandations constitue une étape critique.

Chaque recommandation identifie au moins une mesure transformatrice clé ainsi que d'autres mesures qui doivent être mises en œuvre pour améliorer efficacement le système. Les mesures à prendre identifient également des intervenants clés (énumérés en ordre alphabétique), dont l'implication en tant que leaders est essentielle. Le leadership de ces intervenants critiques implique une collaboration et un dialogue constant de même que l'élaboration de plans précis relativement à la phase de mise en œuvre de ce projet. Dans tous les cas, une invitation ouverte est lancée aux autres personnes désireuses de participer, lorsque l'intérêt ou le besoin le justifie.

Ce rapport est à considérer globalement car pour que des changements efficaces et durables soient mis en place, chacune des dix recommandations qui en découlent doit être mise en œuvre. On ne peut atteindre cet objectif qu'avec l'engagement de tous les intervenants, y compris les résidents et les organismes nationaux qui les représentent.

Les partenaires du consortium et les membres des comités ayant participé à l'initiative sont enthousiasmés à l'idée des possibilités que recèlent ce rapport et ses recommandations connexes. Nous partageons l'enthousiasme avec tous ceux qui ont un rôle à jouer dans l'avenir de l'éducation médicale au Canada.

RECOMMANDATIONS

Au total, dix secteurs prioritaires sont ressortis des données probantes recueillies dans le cadre du volet postdoctoral du projet sur l'AEMC. Ces zones de priorité sont contenues dans les dix recommandations présentées dans les pages suivantes. Chacun de ces secteurs comprend également des mesures transformatrices et une courte justification.

1. ASSURER UN MÉLANGE JUDICIEUX, UNE RÉPARTITION APPROPRIÉE ET UN NOMBRE SUFFISANT DE MÉDECINS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA SOCIÉTÉ

RECOMMANDATION

Dans le contexte d'un système de soins de santé en pleine évolution, le système d'EMPo doit continuellement ajuster ses programmes de formation de manière à favoriser un juste équilibre sur le plan de la diversité, de la répartition et du nombre de généralistes et de spécialistes, notamment en ce qui a trait aux cliniciens-chercheurs, aux enseignants et aux leaders, afin de répondre aux besoins de la population canadienne et de s'acquitter de ses responsabilités envers elle. Travaillant en partenariat avec tous les fournisseurs de soins de santé et les intervenants du domaine, les médecins doivent traiter des divers besoins des particuliers et des collectivités de l'ensemble du Canada en matière de santé et de mieux-être.

MESURES À PRENDRE:

- 1. Créer ou recueillir des données probantes permettant d'évaluer les besoins au niveau provincial et en matière de ressources humaines en santé (RHS).
- 2. Créer une approche nationale, fondée sur des données solides, afin d'établir et d'ajuster selon les besoins le nombre de postes de résidence requis dans les différentes spécialités de manière à répondre aux besoins sociétaux. Leadership: Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU), AFMC (Comité sur l'EMPo, Système informatisé des stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER)), CMFC, CMQ, CRMCC, gouvernements fédéral/provinciaux/territoriaux (F/P/T).⁷
- 3. Mettre sur pied une stratégie nationale pour la formation et l'engagement à long-terme des cliniciens-chercheurs. *Leadership : Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS), AFMC, CMFC, CMQ, CRMCC.*
- 4. Élaborer et mettre en œuvre, en prenant assise sur l'expérience d'autres pays et du Québec, une stratégie pancanadienne de RHS qui reconnaisse et respecte les enjeux juridictionnels F/P/T et qui permette aux différentes instances de répondre efficacement aux besoins en santé et de mieux-être de la société. Leadership : AFMC (Comité sur l'EMPo), CMFC, CMQ, CRMCC, gouvernements F/P/T.

⁷ Vous trouverez une liste complète d'abréviations dans le Glossaire figurant à la page 40. Les organismes identifiés sous la section « Leadership » de chacune des mesures à prendre sont énumérés en ordre alphabétique. Les groupes énumérés ne sont pas considérés comme seuls responsables de la mise en œuvre de la mesure. On suggère plutôt qu'ils mènent la discussion à cet égard, en collaboration avec d'autres intervenants pertinents.

- 5. Continuellement rajuster les programmes de formation et les ressources des facultés de médecine au niveau de la résidence pour anticiper les besoins locaux, provinciaux et nationaux en matière de RHS et y répondre. *Leadership : CMFC, CMQ, CRMCC, facultés de médecine, gouvernements F/P/T.*
- 6. Intégrer efficacement les diplômés internationaux en médecine (DIM) dans le cadre de la stratégie canadienne sur les RHS. *Leadership : AFMC (Comité sur l'EMPo), CMFC, CMQ, CRMCC, gouvernements F/P/T.*
- 7. Fournir aux étudiants en médecine et aux résidents des renseignements sur la planification de la carrière et de la main-d'œuvre de manière à assurer une meilleure harmonisation avec les besoins en matière de RHS. Leadership: AFMC (Comités sur l'EMPr et l'EMPo), gouvernements F/P/T.

JUSTIFICATION:

Les Canadiens méritent un système de santé réceptif qui réponde à leurs besoins de santé divers et changeants. Cependant, nous savons qu'il existe des lacunes dans les services de santé, par exemple en ce qui a trait aux individus marginalisés, à ceux qui vivent dans des collectivités éloignées, aux populations autochtones et aux communautés de réfugiés, aux sans-abris des grandes villes et au nombre croissant de personnes âgées qui doivent surmonter d'importants obstacles pour accéder aux soins de santé dont ils ont besoin.

Les médecins de famille sont formés pour prodiguer des soins de santé de première ligne répondant à la majorité des besoins des Canadiens. Bien que nous aurons toujours besoin de spécialistes, ces médecins sont requis en moins grand nombre que les généralistes. Malgré le fait que les généralistes puissent prodiguer des soins à des populations mal desservies et combler les lacunes actuelles en matière de services, nous n'arrivons pas à former suffisamment de médecins désireux de continuer à exercer comme généralistes au terme des programmes de résidence. L'équilibre entre le nombre requis de généralistes et de

spécialistes n'est pas atteint. Un autre élément est encore plus important que le nombre réel de médecins cliniciens. Il s'agit du champ d'activité effectif du spécialiste. La résidence doit sensibiliser le résident à l'importance de maintenir un champ d'activité de généraliste dans sa discipline (peu importe la spécialité) et le doter des compétences nécessaires pour remplir ce mandat.

Afin de s'acquitter de son devoir d'imputabilité sociale, le système canadien d'EMPo doit être en mesure de former un nombre adéquat de médecins répartis équitablement selon une combinaison appropriée pour l'ensemble du Canada afin de répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé. Cette imputabilité sociale requiert que nous soyons de bons gestionnaires des RHS et des ressources financières afférentes aux soins de santé. En s'engageant envers un processus de planification coordonnée et stratégique, les leaders du système d'EMPo peuvent mettre de l'avant ce devoir d'imputabilité. La planification stratégique, combinée à une gestion collaborative entre les intervenants, est un élément vital. Le Canada doit également demeurer à l'avant-plan des percées scientifiques et, à ce titre, doit continuer à former des médecins en recherche à titre de cliniciens-chercheurs. Il doit également former des enseignants-cliniciens et des leaders.

Alors que nous faisons la promotion de l'élaboration d'un programme pancanadien visant à favoriser des soins de santé socialement responsables, nous reconnaissons également que l'adaptation et la mise en œuvre d'un tel programme dans les diverses juridictions canadiennes doivent bénéficier de souplesse. Alors qu'on pourra atteindre un consensus national sur les principes du programme, la mise en application de ces principes devra nécessairement prendre en compte les capacités et les besoins locaux. Nous espérons que par le biais d'un dialogue national, les intérêts communs à l'égard de l'éducation médicale postdoctorale seront abordés de manière à traiter de sujets tels que la mobilité des médecins d'une province à l'autre, les structures de rémunération, les besoins différents des services de soins de santé ruraux et urbains, la sécurité d'emploi et la transformation des champs de pratique (sous-spécialités et programmes menant à des diplômes) juxtaposés à des changements géographiques et démographiques. Il faudra faire preuve de souplesse et d'adaptabilité, non seulement pour ajuster les types et les milieux de formation, le nombre de programmes et de postes de résidence, mais également pour faciliter les changements de choix de carrière. Il convient de s'assurer de la disponibilité d'occasions de transfert durant la résidence, de même que de recyclage professionnel en cours de carrière et de réorientation professionnelle.

Les facultés de médecine canadiennes sont la principale source de médecins au pays. Elles ont augmenté le nombre d'inscriptions d'environ 50 % au cours des dix dernières années de manière à combler nos pénuries de médecins. Les diplômés internationaux en médecine (DIM) continueront à jouer un rôle important au sein du système de santé canadien. L'intégration efficace des DIM dans le système de santé canadien, pourrait contribuer de manière fondamentale à l'atteinte de l'objectif d'une répartition optimale du nombre, de la distribution et de la disponibilité des médecins. Cette démarche nécessitera une action concertée de la part des gouvernements, incluant des services d'immigration, des organismes de réglementation des médecins (ordres de médecins des provinces et territoires canadiens), des universités et des autres partenaires du systèmes de santé. Le système canadien d'éducation médicale postdoctorale (EMPo) offre une formation à plusieurs DIM (au cours des dix dernières années, le nombre de DIM qui ont intégré l'EMPo a augmenté de 400 %). Tous les résidents doivent connaître le système de soins de santé, la culture et la réglementation. Les candidats qui ont achevé leur formation en médecine (MD) dans une autre juridiction peuvent être désavantagés à cet égard. Par conséquent, on devrait développer des programmes d'intégration pour ces personnes afin qu'elles puissent accéder à un programme d'EMPo et y progresser en étant en mesure de profiter pleinement des occasions d'apprentissage.

2. CULTIVER LA RESPONSABILITÉ SOCIALE PAR LE BIAIS DE L'EXPÉRIENCE ACQUISE DANS DIVERS MILIEUX D'APPRENTISSAGE ET DE TRAVAIL

RECOMMANDATION

Répondre aux divers besoins, actuels et émergents, des Canadiens en matière de soins de santé implique un engagement à la fois individuel et collectif envers l'imputabilité sociale. Les programmes d'EMPo devraient procurer une expérience d'apprentissage et de travail dans divers milieux afin de cultiver l'imputabilité sociale chez les résidents et orienter leur choix de pratique future.

MESURES À PRENDRE:

- 1. Offrir à tous les résidents des milieux d'apprentissage diversifiés comprenant des milieux d'exercice variés et les exposer à une vaste gamme de modèles de prestation de services. *Leadership : AFMC (Comité sur l'EMPo), ACISU, CMFC, CMQ, CMC, CRMCC.*
- 2. Offrir et supporter des expériences pour tous les résidents axées sur l'amélioration de la santé et les soins de santé des populations mal desservies et désavantagées. Amener les résidents à comprendre et respecter les écarts sur le plan de la santé, du mieuxêtre et des besoins des divers patients et collectivités. Leadership: AFMC (Comité sur l'EMPo), CMFC, CMQ, CRMCC.
- 3. Développer des ressources et des appuis en matière de planification de carrière, notamment des mentors et des modèles de rôles positifs. *Leadership : CMFC, CMQ, CRMCC, facultés de médecine (programmes d'EMPo).*

JUSTIFICATION:

Les soins de santé du 21e siècle sont de plus en plus caractérisés par leur nature ambulatoire et communautaire. Par conséquent, ils ne peuvent être offerts efficacement que par des équipes multidisciplinaires bien rodées. Les résidents devront être exposés à diverses expériences d'apprentissage qui reflètent la multiplicité des réalités changeantes, démontrant notamment la nécessité d'augmenter le nombre de généralistes.

Les populations désavantagées doivent bénéficier d'une attention spéciale de la part du système de santé et les résidents doivent être formés pour mieux comprendre les déterminants de la santé et les besoins divers des patients, des communautés et des modèles de prestation des services de santé. L'implication des résidents dans des projets visant à améliorer la santé et les soins de santé des populations mal desservies et désavantagées peut avoir un impact immédiat sur les soins de santé et peut inspirer les résidents pour le service futur. On constate aussi la présence de nouveaux modèles de prestation des soins de santé: équipes de santé familiale en Ontario, centre de soins médicaux primaires du CMFC, recours à des assistantsmédecins dans les milieux de soins primaires et spécialisés de même que des plans de financement de remplacement pour les centres universitaires pour n'en nommer que quelques-uns. Les apprenants doivent être exposés à ces modèles et comprendre leur impact potentiel sur l'accès et la qualité des soins et services médicaux.

Compte tenu de la complexité des besoins et des incertitudes relatives aux besoins futurs du Canada quant au type de médecins recherchés, la planification de la carrière est décourageante, non seulement pour les résidents, mais également pour les enseignants en médecine et les planificateurs du système de santé. Ce secteur nécessite une planification et une analyse collective accrues afin de fournir des ressources et appuis plus appropriés, notamment du mentorat pour les résidents, alors qu'ils font leurs choix de carrière.

3. CRÉER DES MILIEUX POSITIFS PROPICES À L'APPRENTISSAGE ET AU TRAVAIL

RECOMMANDATION

L'apprentissage doit se dérouler dans des milieux collaboratifs et positifs, centrés sur le patient et fondés sur le principe voulant que l'on fournisse des soins de la plus haute qualité dans le contexte de l'enseignement et de l'apprentissage des compétences requises.

MESURES À PRENDRE:

- 1. Offrir aux résidents des modèles de rôle et une formation qui soient le reflet d'un modèle de soins centré sur le patient et assure la qualité, la sécurité et l'imputabilité. *Leadership : ACISU, AFMC (Comité sur l'EMPo)*.
- 2. Offrir aux résidents suffisamment de possibilités d'apprendre et de travailler dans des milieux qui encouragent le respect entre les professions et au sein de celles-ci et reflètent une approche collaborative et centrée sur le patient en matière de soins. Leadership: ACISU, facultés de médecine (doyens de l'EMPo et programmes d'EMPo).
- 3. Promouvoir et appliquer les connaissances de manière à parvenir à mieux comprendre les facteurs qui optimisent le rendement, l'apprentissage et le mieux-être. Leadership: AFMC (Comité sur l'EMPo), CMFC, CMQ, facultés de médecine, CRMCC.
- 4. Étudier et traiter les questions liées à la fatigue des résidents, au manque de sommeil et aux autres facteurs influant sur la sécurité des patients, la qualité des soins, l'apprentissage et la santé des résidents. Leadership: ACISU, Association canadienne des médecins résidents (ACMR), AFMC (Comités sur l'EMPo et la Santé des médecins et des étudiants), CMFC, CMQ, CRMCC, Fédération des étudiants et étudiantes en médecine du Canada (FEMC), Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ), Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ).
- 5. Identifier et traiter tant les aspects positifs que négatifs du curriculum caché dans les milieux d'apprentissage et de travail. *Leadership : CMFC, CMQ, CRMCC, facultés de médecine.*

JUSTIFICATION:

Le principal milieu d'apprentissage et de travail des résidents est une composante de notre tres complexe système de soins de santé. En plus de contribuer aux soins aux patients, les services dispensés par les résidents constituent une source d'apprentissage fondamental et expérientiel qui les prépare à devenir les médecins de demain. Les soins centrés sur les patients dispensés dans le but d'assurer la qualité, la sécurité et l'imputabilité revêtent une importance vitale tant en ce qui a trait aux soins eux-mêmes qu'à leur rôle dans la préparation des résidents à l'exercice de leur profession.

Bien que les soins prodigués aux patients soient un service fondamental offert par les résidents et un élément clé de leur apprentissage, la fatigue des résidents est un phénomène important qui peut avoir un effet négatif sur la sécurité des patients, l'apprentissage et la santé des résidents. Il est nécessaire d'approfondir la recherche pour contribuer au développement de programmes de formation qui équilibrent les heures de service avec d'autres modalités d'apprentissage, notamment la simulation, qui sont nécessaires au développement des compétences.

La notion de « curriculum caché » est définie dans la recommandation 5 du rapport portant sur le volet prédoctoral de l'Avenir de l'éducation médicale au Canada comme étant 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. » Les modèles de rôles, les attitudes et les conversations exercent tous une influence sur les conditions de travail quotidiennes et ont également une importante incidence à long terme sur l'approche face à la vie, la pratique et les choix de carrière des jeunes professionnels. Un examen critique de l'influence du curriculum caché dans les milieux d'apprentissage et de travail des résidents constitue une première étape pour traiter de la question.

Des milieux d'apprentissage et de travail positifs contribueront à un meilleur apprentissage et à la prestation de meilleurs soins aux patients.

4. INTÉGRER DES PROGRAMMES FORMATION FONDÉS SUR LES COMPÉTENCES⁸ DANS LES PROGRAMMES POSTDOCTORAUX

RECOMMANDATION

Développer, mettre en œuvre et évaluer une formation fondés sur les compétences et centrée sur l'apprenant afin de répondre aux divers besoins d'apprentissage des résidents et aux besoins changeants des Canadiens en matière de soins de santé.

MESURES À PRENDRE:

- Effectuer un examen exhaustif fondé sur des données probantes des options relatives au modèle de formation axé sur les compétences qui développe le plus efficacement possible l'état de préparation à l'exercice de la profession par spécialité. Leadership : CMFC, CMQ, CRMCC.
- Élaborer et mettre en œuvre des programmes de formation fondés sur les compétences. Leadership : AFMC (Comité sur l'EMPo), CMFC, CMQ, CRMCC.
- 3. Démontrer que les normes de formation et les compétences des résidents répondent aux besoins changeants de la société en matière de soins de santé. *Leadership : ACMR, AFMC, CMFC, CMQ, CRMCC, FMRQ*.
- 4. Partager les innovations et les bonnes pratiques, qu'elle aient été développées localement ou sur une base nationale, entre les facultés de médecine et les programmes de résidence. *Leadership : ACMR*, *AFMC*, *FMRQ*.

JUSTIFICATION:

Selon les dernières données du recensement, près de 80 % des Canadiens vivent dans des secteurs urbains. Cependant, pour répondre aux besoins en santé de tous les Canadiens, nous devons adapter la formation que nous prodiguons aux médecins afin qu'ils puissent répondre aux besoins de santé spécifiques des minorités tout autant qu'aux besoins de la majorité de la population. Afin de répondre adéquatement aux besoins des collectivités rurales et éloignées, ainsi que des clientèles vulnérables, les programmes de formation doivent être adaptés pour permettre aux résidents d'être exposés à différentes populations et à différents modèles de prestation de services, tout autant dans les établissements de soins tertiaires des grands centres urbains qu'à l'extérieur de ces milieux.

Les compétences⁹ fondamentales des médecins doivent pouvoir s'adapter aux besoins changeants des Canadiens en matière de soins de santé. Alors que nous assistons à une transformation des besoins en santé de la société, les compétences requises des médecins doivent également évoluer. En d'autres termes, les compétences doivent être définies sur la base des besoins en santé de la collectivité et de l'individu. Sur la base d'une action concertée, les facultés de médecine, le CMFC, le CMQ et le CRMCC

- 8 La notion de compétence est définie comme une « capacité observable d'un professionnel de la santé intégrant de multiples composantes telles que les connaissances, les compétences, les valeurs et les attitudes. Comme les compétences sont observables, elles peuvent être mesurées et évaluées afin d'en garantir l'acquisition. » (traduction) Frank JR, Snell L, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. Med Teacher. 2010;32:638-45.
- 9 La notion de compétence est définie comme « la gamme d'habiletés dans plusieurs domaines ou aspects du rendement du médecin dans un certain contexte...multidimensionnelles et dynamiques... changent au fil du temps et selon l'expérience et le milieu. » (traduction) (Frank JR, Snell L, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. Med Teacher. 2010;32:638-45.)

peuvent établir un processus par lequel ces compétences seront périodiquement revues et actualisées pour permettre la formation de médecins généralistes et spécialistes possédant les compétences appropriées afin que les patients bénéficient de soins de qualité dans tous les milieux.

La résidence devrait offrir des expériences d'apprentissage qui appuient le développement de compétences clairement définies. Nous reconnaissons également qu'un programme d'études souple et centré sur l'apprenant est essentiel à la formation de médecins compétents. Pour atteindre cette souplesse, nous devons utiliser un mélange d'étapes clés et d'évaluation des compétences structurées en fonction du temps afin d'orienter l'apprentissage et la progression tout au long de la résidence.

Nous avons fait d'importants progrès en intégrant les cadres CanMEDS¹⁰ et CanMEDS-MF¹¹ dans les programmes d'EMPo. Les programmes prédoctoraux et de formation professionnelle continue incorporent également les CanMEDS, ce qui leur permet d'offrir une plus grande fluidité et une meilleure utilisation des compétences identifiées. Le niveau de préparation à la pratique est un repère essentiel de la réussite de la résidence. Le programme d'études et l'évaluation devraient s'articuler autour de cet objectif et les étapes fondées sur une période de temps et la démonstration des compétences devraient être des indicateurs complémentaires du succès. La résidence doit doter les étudiants d'outils leur permettant de procéder à une autoréflexion et à une auto-évaluation afin de demeurer compétents tout au long de leur carrière.

¹⁰ Frank, JR. (Ed). Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (http://crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_f.pdf). Révisé en 2005. Date d'accès : le 5 janvier 2012.

¹¹ CanMEDS – Médecine familiale. Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral. Le Collège des médecins de famille du Canada. (http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Series.aspx?id=1101&langType=3084). Date d'accès : le 5 janvier 2012.

5. ASSURER UNE INTÉGRATION ET DES TRANSITIONS EFFICACES TOUT AU LONG DU CONTINUUM PÉDAGOGIQUE

RECOMMANDATION

Le système canadien d'EMPo prépare les médecins à l'exercice de leur profession. Ce processus de préparation se réalise par la prise en charge de responsabilités progressives, tout au long du continuum de l'éducation médicale avec des transitions efficaces de l'EMPr à l'EMPo, durant l'EMPo et de l'EMPo à l'exercice de la profession.

MESURES À PRENDRE:

- 1. Prévoir des transitions plus harmonieuses et plus efficaces de la faculté de médecine à la résidence et de la résidence à l'exercice clinique :
 - a. Revoir et restructurer les pratiques et systèmes actuels (p. ex., le processus d'entrée en résidence).
 - b. Lier les compétences acquises par chaque apprenant durant la formation prédoctorale aux objectifs pédagogiques fixés pour les résidents.
 - c. Revoir et établir le moment idéal, durant la résidence, pour passer les examens nationaux.
 - d. Élaborer des stratégies permettant de changer plus facilement de discipline durant la formation ou au moment de réintégrer un programme de résidence

Leadership: ACISU, ACMR, AFMC (Comités sur l'EMPr, l'EMPo), CMC, CMFC, CMQ, CRMCC, facultés de médecine, FEMC, FMEQ, FMRQ, Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS).

- Revoir et déterminer la durée et le contenu idéaux de la formation en EMPo, en fonction des compétences requises pour être prêt à exercer, notamment les compétences requises pour demeurer compétent dans le domaine de spécialisation, plutôt que dans les modèles traditionnels à durée déterminée. Leadership: AFMC (Comité sur l'EMPo), CMFC, CMQ, CRMCC.
- 3. Fournir aux étudiants et aux résidents des renseignements à jour concernant les choix de carrière avant qu'ils déposent leur demande d'admission dans un programme de résidence par l'intermédiaire de CaRMS. Leadership : AFMC (Comités sur l'EMPr et l'EMPo), facultés de médecine, gouvernements F/P/T.

- 4. Faciliter la collaboration entre les programmes d'EMPo et d'EMPr pour veiller à ce que ces derniers préparent adéquatement les étudiants à la résidence (p. ex., grâce à une utilisation à la fois rigoureuse et souple de la dernière année à la faculté de médecine, durant laquelle on mettrait l'accent sur l'acquisition des compétences nécessaires pour la résidence). Leadership: AFMC (Comités sur l'EMPr, l'EMPo).
- 5. Élaborer une approche pancanadienne relativement à l'orientation des résidents, comprenant une évaluation et, si nécessaire, des modules d'apprentissage supplémentaires pour les diplômés internationaux en médecine (DIM) pour assurer leur préparation à l'EMPo. *Leadership : ACMR, AFMC (Comité sur l'EMPo), FEMC, FMEQ, FMRQ.*

JUSTIFICATION:

Le mandat global de l'éducation médicale postdoctorale est de préparer les médecins – sur le plan intellectuel, technique et émotionnel – à l'exercice professionnel à titre de membres d'équipes interprofessionnelles. Cependant, le développement des résidents débute avant l'éducation postdoctorale et se poursuit au-delà de cette période. L'EMPo joue un rôle essentiel en appuyant les progrès des résidents tout au long de leur formation postdoctorale, un rôle qui implique une planification collaborative avec d'autres leaders de l'éducation médicale afin de faciliter des transitions plus efficaces et plus harmonieuses. Afin d'améliorer les transitions, il existe un certain nombre de points charnières, qui méritent notre attention, au niveau systémique tout autant qu'au niveau des programmes.

La planification collaborative entre les intervenants du milieu de l'éducation médicale est un préalable pour une transition plus efficace vers la résidence et à partir de celleci. La durée de la formation et le moment optimal, durant la résidence, pour passer les examens nationaux sont des facteurs critiques que les facultés de médecine, le CMC, le CMFC, le CMQ, le CRMCC et autres intervenants doivent revoir. Les examens nationaux, qui ne sont qu'un des outils permettant d'évaluer la compétence, doivent être envisagés dans le contexte d'un processus d'évaluation global. Les systèmes d'éducation prédoctorale et postdoctorale doivent également collaborer pour prévoir un plan dans le cadre duquel les étudiants en médecine qui obtiendront leur diplôme seront préparés de manière optimale à la résidence. De la même manière, il convient de porter attention et d'affecter des ressources au développement d'outils d'évaluation fiables et valides et d'assurer l'intégration efficace des diplômés internationaux en médecine (DIM) dans les programmes de résidence canadiens. La mise en place d'un programme national d'orientation pour tous les étudiants qui obtiennent leur diplôme de MD et pour les DIM pourrait fournir l'infrastructure nécessaire à la normalisation du processus d'entrée en résidence. Le système canadien d'EMPo doit également améliorer son système de promotion indiquant que les résidents sont prêts à exercer, de manière à ce que la confirmation de la promotion des résidents finissants soit un gage à la fois de compétence et de responsabilité au sein de leur spécialité. Il convient de développer et de promouvoir le rôle de mentorat des nouveaux diplômés.

6. METTRE EN ŒUVRE DES SYSTÈMES D'ÉVALUATION EFFICACES

RECOMMANDATION

Évaluer la compétence et le niveau de préparation à l'exercice à l'aide d'une combinaison d'outils permettant une rétroaction et des évaluations formatives et sommatives.

MESURES À PRENDRE:

- 1. Fournir aux résidents une rétroaction formative régulière et appropriée provenant de sources multiples, tant sur leur rendement individuel qu'en équipe, incluant notamment l'identification des points forts et des défis, afin de favoriser l'acquisition progressive des compétences tout au long du continuum d'apprentissage. Leadership: AFMC (Comité sur l'EMPo), CMC, CMFC, CMQ, CRMCC, Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC).
- Élaborer une gamme d'outils d'évaluation et de méthodologies pouvant être utilisés pour offrir une rétroaction formative longitudinale. Leadership : AFMC (Comité sur l'EMPo), CMFC, CMC, CMQ, CRMCC.
- 3. Développer des méthodologies et des outils d'évaluation sommative pour attester d'un niveau de préparation à l'exercice qui reflète l'intégration de tous les rôles CanMEDS et CanMEDS-MF. Leadership: AFMC (Comité sur l'EMPo), CMC, CMFC, CMQ, CRMCC.
- 4. Prévoir une souplesse suffisante et un financement approprié pour les résidents qui doivent faire l'objet de mesures correctives et développer des stratégies de partage des meilleures pratiques relative à l'utilisation de mesures correctives efficaces. *Leadership : AFMC (Comité sur l'EMPo)*.

JUSTIFICATION:

On s'attend des résidents à ce qu'ils développent des compétences fondamentales tout au long de leur résidence. Le processus actuel d'évaluation en cours de formation (RECF) n'est pas nécessairement fiable pour assurer la qualité et la rigueur de l'enseignement des rôles CanMEDS autres que celui d'expert médical. L'évaluation fournit des mécanismes permettant de se concentrer pour demeurer sur la bonne voie pour former des résidents prêts à exercer. Nous ne devrions évaluer que ce qui est important. Par exemple, les rôles CanMEDS et CanMEDS-MF mettent l'accent sur l'importance des sept compétences interconnectées pour le développement d'un médecin complet. Les patients désirent être traités, et méritent de l'être, par un expert médical qui possède et intègre toutes les compétences CanMEDS et CanMEDS-MF.

L'évaluation donne souvent lieu à des résultats lourds de conséquences, qui constituent idéalement des données valides et fiables. L'évaluation est aussi un processus qui doit être entièrement équitable. Une évaluation formative et en temps opportun doit viser à développer les compétences pour améliorer les soins aux patients. Une des raisons de moindre importance qui justifie de procéder à des évaluations fiables, valides et équitables est l'augmentation des plaintes de nature juridique que présentent des résidents persuadés d'avoir fait l'objet d'une évaluation injuste. Une évaluation solide et un processus adéquat sont essentiels pour assurer l'équité entre les apprenants. Il est crucial de mener davantage de recherches et d'augmenter la formation professorale dans le domaine de l'évaluation, tant pour améliorer l'évaluation elle-même que le processus.

Les études ont démontré que des observations multiples et indépendantes augmentaient la validité de l'évaluation et que l'observation directe était le meilleur moyen d'évaluer les compétences des résidents en ce qui a trait aux soins prodigués aux patients. Bien que plusieurs outils et méthodes d'évaluation utiles soient actuellement disponibles, il y a de la place pour des nouvelles pratiques innovatrices dans le domaine. L'évaluation doit avoir lieu à la fois en situation de simulation et dans les véritables milieux cliniques. L'évaluation de compétences qui semblent intrinsèquement subjectives, comme la « collaboration efficace et appropriée » nécessite une attention spéciale. En outre, les outils et les méthodes sont utiles s'ils sont mis en œuvre d'une façon constante. Des améliorations futures aux pratiques d'évaluation devraient améliorer la rétroaction formative régulière dans un milieu sécuritaire, préalable à l'utilisation de méthodes et outils sommatifs, et encourager une mise en pratique constante. Des programmes de remédiation, souvent adaptés aux besoins précis des apprenants, méritent que l'on s'y attarde davantage. Les projets d'érudition en éducation médicale devraient développer des pratiques exemplaires en ce qui a trait à la programmation de mesures de remédiation qui peuvent être partagées par l'intermédiaire des réseaux facultaires de formation professorale.

Sur une base quotidienne, nous évaluons les résidents pour améliorer leur capacité à s'occuper des patients. Dans une perspective plus large, nous évaluons les apprenants et les membres du corps professoral pour assurer des soins de la meilleure qualité qui répondent aux besoins des Canadiens. Dans une profession auto réglementée comme la nôtre, nous nous sommes engagés auprès du public canadien à faire preuve d'expertise et de professionnalisme et à offrir des soins orientés vers les patients. Avec l'imputabilité sociale comme moteur, tous les intervenants du système canadien d'EMPo doivent transformer la culture de l'éducation médicale de manière à valoriser l'évaluation comme un outil d'amélioration continue de la qualité des apprenants individuels, des membres du corps professoral et du milieu d'apprentissage.

7. FORMER, APPUYER ET RECONNAÎTRE LES ENSEIGNANTS-CLINICIENS

RECOMMANDATION

Appuyer les enseignants-cliniciens par le biais de la formation professorale et du développement professionnel continu (DPC) et reconnaître la valeur de leur travail.

MESURES À PRENDRE:

- 1. Élaborer une stratégie nationale de DPC qui soit accessible et exhaustive et appuie l'ensemble des activités d'enseignement clinique, notamment l'enseignement et l'évaluation des rôles CanMEDS et CanMEDS-MF, avec un accent accru sur l'importance des modèle de rôle qui incarnent ces compétences. Leadership: ACISU, AFMC (Comités sur l'EMPo, perfectionnement professoral et FPC), Association canadienne pour l'éducation médicale (ACÉM), AMC, CMFC, CMQ, CRMCC.
- 2. Défendre des structures universitaires qui reconnaissent la promotion des enseignants-cliniciens sur la base de l'enseignement.
- 3. Reconnaître les enjeux auxquels font face les enseignants-cliniciens dans tous les milieux, notamment les milieux de soins communautaires non tertiaires, et leur fournir les moyens de s'acquitter de leurs nombreux rôles, y compris de s'occuper de leurs patients et d'accepter davantage de responsabilités sur le plan de l'enseignement clinique. Leadership: AFMC (Comités sur l'EMPr, l'EMPo, la FPC), CMFC, CMO, CRMCC.
- 4. Identifier des mesures incitatives efficaces pour encourager le développement professoral continu des médecins dans le cadre de leur rôle d'enseignant par le biais de mécanismes systémiques comme le maintien du droit d'exercice, la certification, l'octroi de privilèges hospitaliers et les modèles de financement). Leadership: ACISU, AFMC (Comité sur l'EMPo), AMC, CMFC, CMQ, CRMCC, FOMC, gouvernements P/T.

- 5. Développer des outils d'évaluation valides, justes et fiables avec lesquels les résidents peuvent fournir en toute sécurité une rétroaction formative aux enseignants-cliniciens pour appuyer leur développement professionnel continu. *Leadership : CMFC, CMQ, CRMCC, facultés de médecine (programmes d'EMPo).*
- 6. Reconnaître le rôle des résidents en tant qu'enseignants et futurs enseignants-cliniciens et créer et mettre en œuvre un programme national fondé sur les compétences au niveau de la résidence.

JUSTIFICATION:

Un enseignement de qualité est la condition sine qua non à la formation des résidents. Cependant, le développement et la reconnaissance de l'excellence sur le plan de l'enseignement n'ont pas été priorisés adéquatement. Un appui plus marqué envers le développement professionnel des enseignants-cliniciens est requis pour assurer l'excellence de l'enseignement et la présence de modèles de rôle responsables. Les ressources financières limitées allouées au DPC, jumelées à la pénurie de mentors dans le domaine de l'éducation médicale, suscitent des défis relativement au développement des compétences nécessaires en matière d'éducation, de leadership et de modèles de rôle pour les enseignants. Bien que plusieurs établissements au pays offrent les meilleures pratiques en DPC pour les enseignants-cliniciens, l'absence de partenariat ou de dialogue au niveau national signifie que ces pratiques exemplaires ne sont pas bien partagées, ce qui créée une variabilité entre les programmes de résidence.

Les cadres CanMEDS et CanMEDS-MF proposent des structures utiles et un éventail de ressources qui peuvent être adaptées et mises en œuvre par les milieux de formation et les universités en ce qui a trait à la formation professorale ciblée. Par le biais d'un partenariat accru avec l'AFMC, le CMFC, le CMQ et le CRMCC, un programme d'études national fondé sur les compétences et un mécanisme d'évaluation normalisé pour la formation des membres du corps professoral pourront être développés, misant sur les outils conçus par l'entremise des cadres CanMEDS et CanMEDS-MF. L'enseignement et l'évaluation des compétences du collaborateur, du promoteur de la santé et du gestionnaire, qui sont des rôles CanMEDS et CanMEDS-MF, doit faire l'objet d'activités de développement professoral. Les membres du corps professoral doivent être supportés afin d'incorporer les plus récentes technologies d'enseignement, comme la simulation et les médias basés sur le Web, aux pratiques d'enseignement plus traditionnelles, qui, si elles y sont jumelées, amélioreront l'apprentissage du résident. Les enseignants-cliniciens n'exerçant pas dans un milieu universitaire des soins tertiaires doivent également bénéficier d'un appui afin de pouvoir assurer la formation des résidents en proposant des modèles de rôle efficaces qui reflètent et influencent les normes régissant le comportement et la pratique.

L'évaluation constitue une méthode à privilégier pour encourager l'excellence en enseignement. Afin d'habiter pleinement ce double rôle d'enseignant et d'apprenant, tous les enseignants-cliniciens doivent être évalués sur leurs compétences d'enseignants et de modèles de rôles. Il est important que l'évaluation des enseignants et la rétroaction qui leur est fournie fassent l'objet d'une collaboration entre les milieux d'enseignement, les hôpitaux, les centres universitaires, les bureaux communautaires et autres endroits. L'évaluation des membres du corps professoral devrait être effectuée dans un souci d'amélioration constante de la qualité, en visant le développement professionnel de l'enseignant et en appuyant l'amélioration du milieu d'apprentissage dans son ensemble.

Comme c'est le cas avec l'évaluation des résidents, l'évaluation des membres du corps professoral doit être valide, juste et fiable, en procurant aux enseignants-cliniciens une rétroaction à la fois formative et sommative.

Pour atteindre l'excellence sur le plan de l'enseignement, il faut plus qu'un talent naturel et de l'intelligence. Il faut investir de son temps, déployer des efforts et faire preuve de patience, de conscience de soi, d'empathie et de leadership. L'excellence en enseignement constitue une contribution précieuse à la formation de nouveaux médecins, qui bénéficie également à leurs patients et à nos collectivités et à ce titre, elle devrait être reconnue. Il est particulièrement important de reconnaître l'enseignement si l'on tient compte du bénévolat que font plusieurs enseignants-cliniciens, qui enseignent parce que la formation de la prochaine génération de médecins et d'éducateurs-cliniciens leur tient à cœur. En gardant cela à l'esprit, on devrait explorer davantage la possibilité de reconnaître proportionnellement les contributions des membres du corps professoral, tant localement qu'à l'échelle nationale, comme moyen d'encourager et de récompenser l'excellence en enseignement.

Les résidents sont d'importants enseignants pour les autres résidents, les étudiants en médecine et les autres apprenants du domaine des soins de santé. Les normes d'agrément aux niveaux de l'EMPr et de l'EMPo mettent l'accent sur l'importance de ce rôle. Les programmes d'EMPo doivent se pencher sur les besoins des apprenants-enseignants en identifiant les compétences en enseignement spécifiques qui peuvent être enseignées par tous.

8. ENCOURAGER LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP

RECOMMANDATION

Encourager le développement de compétences en leadership collaboratif chez les futurs médecins afin qu'ils puissent travailler plus efficacement avec d'autres intervenants pour aider à façonner un système de soins de santé qui sert mieux la société.

MESURES À PRENDRE:

- 1. Élaborer, en étroite collaboration avec les programmes d'EMPr, un programme national de leadership fondamental pour tous les résidents mettant l'accent sur les responsabilités professionnelles, la conscience de soi, la capacité de recevoir et de formuler des commentaires de rétroaction, la résolution de conflits, la gestion du changement et le fait de travailler au sein d'une équipe comme leader, animateur ou membre. Leadership: ACMR, AFMC (Comités sur l'EMPr, l'EMPo), AMC, CMFC, CMQ, CRMCC, FMRQ.
- 2. Adapter le perfectionnement en leadership aux besoins personnels, en offrant par exemple des possibilités de formation supérieure en leadership par le biais de programmes menant à un diplôme officiel. *Leadership : AFMC (Comité sur l'EMPo).*
- 3. Veiller à ce que tous les résidents aient l'occasion de prendre part au leadership administratif, clinique, éducatif et scientifique durant la formation. Leadership: ACISU, ACMR, AFMC (Comités sur l'EMPr, l'EMPo), AMC, CMFC, CMQ, CRMCC, FMRQ, organisations provinciales de résidents.
- 4. En travaillant avec des initiatives nationales de développement professionnel continu (DPC), élaborer des programmes pour rehausser l'enseignement des notions de leadership dans le cadre des programmes d'EMPr et d'EMPo et adapter les programmes de leadership pour les offrir aux médecins en exercice. Leadership: AFMC, AMC, CMFC, CMQ, CRMCC.
- 5. Encourager les occasions de formation interprofessionnelle et intraprofessionnelle en leadership dans les milieux de l'EMPo afin d'appuyer les compétences d'équipe et l'enseignement dans diverses disciplines et professions. Leadership: ACISU, ACMR, AFMC (Comités sur l'EMPr, l'EMPo), AMC, CMFC, CMQ, CRMCC, FMRQ, organisations provinciales de résidents.

JUSTIFICATION:

Il existe diverses perspectives sur le leadership et le dénominateur commun entre les diverses définitions comprend un processus d'influence intentionnelle entre les leaders et les autres afin de travailler vers l'atteinte d'un ou plusieurs objectifs communs. Dans notre société, les médecins sont perçus comme des leaders. Chaque résident doit comprendre que le leadership est une composante habilitante pour tous les rôles CanMEDS et CanMEDS-MF et qu'il se rapporte aux soins prodigués aux patients, à l'éducation, à la recherche et à l'administration. Les résidents doivent avoir accès à des possibilités leur permettant d'acquérir les compétences afférentes au leadership collaboratif. De nos jours, la formation en leadership doit être axée sur le milieu actuel au sein duquel travaillent les résidents dans le cadre d'équipes interprofessionnelles comme animateurs, membres ou chefs d'équipe. Les résidents devraient apprendre à exercer des choix de leadership dans leur travail quotidien, peu importe s'ils occupent ou non des postes de leadership officiels. Ils doivent également avoir l'occasion de faire l'objet d'une rétroaction concernant leur rendement au sein d'équipes collaboratives interprofessionnelles. Tous les résidents devraient participer au processus d'amélioration des soins de santé des patients, des populations et du système de santé en général. À cette fin, les résidents doivent bénéficier d'un appui pour les aider à développer leurs compétences en leadership collaboratif durant la formation et avoir l'occasion de créer un changement positif dans notre système de santé.

9. ÉTABLIR UNE GOUVERNANCE COLLABORATIVE ET EFFICACE AU SEIN DE L'EMPO

RECOMMANDATION

Intégrer les nombreux organismes (organismes de réglementation, organismes de certification, établissements d'enseignement, établissements de santé, etc.) qui jouent un rôle en matière d'EMPo dans une structure de gouvernance collaborative afin d'être efficace, de réduire les dédoublements et de clarifier les orientations et décisions stratégiques, tout en reconnaissant la complexité de l'EMPo et du système de santé dans lequel l'EMPo intervient.

MESURES À PRENDRE:

- 1. Identifier les organismes détenant une autorité décisionnelle en EMPo et définir les modalités qui pourraient simplifier et améliorer leur collaboration par le biais de l'étude de différents modèles de gouvernance et de la mise en œuvre de celui qui susceptible d'être le plus efficient et efficace. Leadership: ACISU, ACMR, AFMC, CMC, CMFC, CMQ, CRMCC, FMRQ, FOMC, gouvernements F/P/T, hôpitaux.
- Établir un mandat, harmoniser les orientations stratégiques et mettre sur pied un processus de gouvernance collectif. Leadership: ACISU, ACMR, AFMC, CMFC, CMQ, CRMCC, FMRQ, FOMC, gouvernements F/P/T, hôpitaux.

JUSTIFICATION:

Une gouvernance efficace est essentielle à la gestion du système d'EMPo, au sein duquel les normes de formation et d'agrément sont les structures fondamentales. Dans le contexte de l'EMPo, la « gouvernance » englobe les établissements, les politiques et les processus qui appuient la gestion et la prestation de la formation des résidents. Le système d'EMPo est composé d'un éventail complexe d'intervenants provenant du milieu de l'éducation, du gouvernement, des autorités sanitaires ou autres, aux prises avec des responsabilités multidirectionnelles. Au centre de cette complexité figure un défi de taille, soit découvrir les niveaux de clarté et de collaboration requis pour une gouvernance efficace. Jusqu'à ce jour, cette démarche n'a pas permis d'alignement vers une vision commune de ce qu'est la formation d'un résident. Afin d'assurer une gouvernance efficace au sein de l'EMPo, il faut veiller à clarifier les rôles et les responsabilités parmi les nombreux intervenants et mettre en place un dialogue collaboratif.

Les partenaires du système canadien d'EMPo doivent assumer un rôle de leadership en débutant un dialogue avec d'autres intervenants du milieu de l'éducation médicale pour définir une vision commune, des responsabilités et des intérêts communs de même que les imputabilités respectives de chacun afin de répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé et de mieux-être. Si on souhaite parvenir à réaliser un système de santé durable au Canada, une gouvernance efficace doit être mise en place de manière à permettre une prévision prudente du nombre et du type de médecins requis dans notre système pour prendre des décisions efficaces sur le plan de la santé et des RHS qui simplifieront le processus de formation et éviteront les dédoublements.

10: HARMONISER LES NORMES D'AGRÉMENT

RECOMMANDATION

Les normes d'agrément devraient être harmonisées tout au long du continuum d'apprentissage (de l'EMPr à la résidence et à l'exercice de la profession), être conçues dans une perspective d'imputabilité sociale et être orientées vers la satisfaction des besoins en santé des Canadiens.

MESURE À PRENDRE:

1. Favoriser et permettre un système d'EMPo plus intégré en harmonisant les normes d'agrément et les processus tout au long du continuum d'apprentissage dans les milieux de l'EMPr, de l'EMPo et de la FPC. Leadership: AMC, AFMC, CMFC, CMQ, CRMCC, FOMC, organismes d'agrément de l'EMPr, de l'EMPo et de la FPC

JUSTIFICATION:

Les normes d'agrément et les processus afférents sont exclusivement axés soit sur l'EMPr, soit sur l'EMPo ou soit sur le DPC. Les processus peuvent se ressembler et avoir des objectifs communs. Cependant, ils nécessitent beaucoup de travail et sont coûteux pour les facultés de médecine et les organismes d'agrément impliqués. Il faut trouver des moyens pour réduire la quantité de paperasserie, de temps et de ressources humaines consacrés à l'agrément. On s'intéresse de plus en plus à la possibilité d'un processus d'agrément, que ce soit au niveau de l'EMPr, de l'EMPo ou de la FPC, qui soit plus continu, qui fasse la promotion de l'amélioration continue de la qualité et qui soit moins axé sur les visites systématiques effectuées au terme de chaque cycle d'agrément.

Un examen des recommandations découlant du rapport sur l'EMPr et du présent rapport fait ressortir plusieurs secteurs qui méritent d'être modifiés, mais qui sont interdépendants entre l'EMPr et l'EMPo. Par exemple, la question du curriculum caché et la formation des enseignants-cliniciens sont des enjeux partagés par les deux milieux pédagogiques. Un système d'agrément qui reconnaît ces enjeux tout au long du continuum conviendrait parfaitement au système d'éducation médicale.

CONCLUSIONS ET PROCHAINES ÉTAPES

e rapport, orienté vers des pistes concrètes de changement du système canadien d'éducation médicale postdoctorale, découle de l'engagement de chacun et d'un dialogue soutenu avec les nombreux intervenants du système d'EMPo. Il s'appuie en grande partie sur le travail déjà entrepris dans le milieu de l'éducation médicale prédoctorale. Notre défi collectif pour aller de l'avant consiste à veiller à ce que nous mettions en œuvre les recommandations du présent rapport, de manière à améliorer notre système de soins de santé tout en conservant ses nombreuses forces.

Le leadership nécessaire à la mise en œuvre de ces recommandations sera assuré par un consortium composé de l'Association des facultés de médecine du Canada, du Collège des médecins de famille du Canada, du Collège des médecins du Québec et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Cependant, plusieurs autres intervenants devront participer à l'implantation de chacune de nos recommandations, incluant notamment des apprenants, des enseignants, des gouvernements et des membres du public.

À titre d'exemple, la mise en œuvre de plusieurs de ces recommandations est conditionnelle à la participation active de nos gouvernements provinciaux. Nous devons être au fait des réalités fiscales d'aujourd'hui, et chercher collectivement des manières d'induire des changements, tout en minimisant l'impact financier de ces changements pour nos gouvernements, les facultés de médecine, les organismes d'agrément ou les apprenants.

Au-delà de la mise en œuvre des recommandations du projet sur l'AEMC EMPo figurant dans le présent rapport, nous espérons que l'achèvement de cette initiative conduira naturellement à l'étape suivante du projet sur l'AEMC, soit un examen exhaustif du milieu du développement professionnel continu des médecins en exercice. En lien direct avec les projets sur l'EMPr et sur l'EMPo, cette démarche viendra compléter une analyse de l'ensemble du continuum de l'éducation médicale et fournira une perspective globale en ce qui a trait à ces milieux d'apprentissage fortement reliés. C'est en réformant la totalité du continuum de l'éducation médicale que nous pourrons continuer à veiller à ce que nos médecins soient en mesure de répondre aux besoins des Canadiens.

MÉTHODOLOGIE

e volet postdoctoral du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC EMPo) a recueilli et synthétisé de nombreuses informations afin de former la base des données probantes à partir desquelles les recommandations ont été développées.

GROUPE DE CONSULTANTS EN ANALYSE CONTEXTUELLE (CAC)

Le groupe de CAC a été dirigé de manière à recueillir des données de deux façons : en préparant des exposés thématiques demandés sur une liste de sujets approuvés et en menant des entrevues avec des intervenants clés. La validité méthodologique du projet a été assurée par un

Comité consultatif scientifique (CCS) composé de chercheurs du milieu de l'éducation qui ont mis à profit leur expertise sur le plan du contenu et du processus. L'approbation du comité d'éthique de la recherche pour ce qui est des entrevues a été demandée et obtenue dans les trois universités participantes (Université McGill, Université de la Colombie-Britannique et Université de Toronto).

L'inventaire initial des thèmes de recherche qui ont en bout de ligne mené aux exposés thématiques demandés a été élaboré dans le cadre d'un processus de consultation itératif comprenant une analyse documentaire, une consultation avec le Comité consultatif des doyens de l'éducation médicale postdoctorale et le Comité directeur du projet sur l'AEMC EMPo, une étude des analyses documentaires menées dans le cadre du projet sur l'AEMC EMPr ainsi qu'un examen par le groupe de CAC et le CCS.

Au terme d'une analyse des thèmes clés de l'EMPo, 24 exposés thématiques ont été demandés. Chacun d'eux comprenait un examen et une analyse des documents pertinents de la dernière décennie. En plus d'offrir une analyse documentaire, plusieurs des exposés thématiques comportaient de multiples approches méthodologiques (p. ex. des entrevues, des commentaires de rétroaction des intervenants, des groupes de travail) afin de bien cerner les enjeux actuels de l'EMPo, les données probante et l'information concernant les meilleures pratiques, les innovations et les options relatives à l'avenir de l'EMPo au Canada.

Le groupe de CAC a utilisé un cadre « Vers l'unité pour la santé » et un échantillonnage intentionnel pour analyser les éléments découlant des entrevues. Les intervieweurs ont utilisé un protocole d'entrevue courant comprenant des formulaires de consentement, des questions, l'enregistrement audio, la présentation d'un bref rapport sommaire du domaine, la révision des transcriptions et la vérification de ceux-ci avec les principaux intervenants.

Pour les 24 exposés thématiques demandés et les 27 entrevues menées avec des intervenants clés, l'équipe de chercheurs a analysé les résultats au moyen de la méthode de la théorisation ancrée au cours de deux ateliers structurés de deux jours distincts. Pour chaque thème de recherche, un vaste groupe de chercheurs, composé notamment de représentants du Comité directeur du projet sur l'AEMC EMPo, a élaboré une vision consensuelle des messages clés découlant de chacun des exposés demandés et des thèmes de ces documents de même que des entrevues avec les principaux intervenants.

Un rapport final a été soumis au secrétariat du projet sur l'AEMC EMPo en mai 2011. Les exposés thématiques demandés et le rapport de synthèse figurent sur le site Web du projet.

GROUPE DE CONSULTANTS EN LIAISON ET ENGAGEMENT (CLE)

Durant la première ronde de consultations (entreprise entre août et décembre 2010), le groupe de CLE a mené plus de 100 entrevues en personne et consultations par téléconférence avec un vaste éventail d'intervenants du milieu de l'EMPo. Ces consultations avaient pour but de sensibiliser ces intervenants au projet et de solliciter des opinions et des idées qui seraient soumises aux membres du Comité directeur du projet sur l'AEMC EMPo pour les

aider à formuler leurs recommandations. On a demandé à tous les intervenants de décrire les forces, les faiblesses, les risques et les possibilités que comportait l'EMPo et de suggérer des idées pour solidifier le système actuel d'EMPo ou l'innover. Au total, 108 consultations ont été complétées. Le groupe de CLE a développé un processus normalisé pour assurer une transmission uniforme de messages et on a utilisé des procédés courants pour toutes les consultations, y compris un guide étape par étape, la transmission d'une invitation aux intervenants clés et un modèle de présentation de rapport pour la rétroaction des intervenants.

La deuxième ronde de consultations a eu lieu en août et en septembre 2011, en réponse à la première version des recommandations préliminaires diffusées le 28 juillet 2011. Le Comité de gestion du projet sur l'AEMC EMPo a dirigé le groupe de CLE pour qu'il sollicite des impressions sur cette première ébauche auprès de 13 intervenants nationaux dans le cadre d'assemblées publiques dans les 17 facultés de médecine et par l'entremise d'un sondage sur le Web. Tous les particuliers et les organismes qui ont participé à la première ronde de consultations ont été invités à soumettre leurs commentaires sur les recommandations préliminaires par le biais d'un sondage sur le Web.

Le site Web a fourni une copie du premier rapport du groupe de CLE et une copie des recommandations préliminaires. Au total, 107 personnes ont participé aux consultations nationales et 579 ont participé aux assemblées publiques, ce qui porte à près de 700 le nombre de participants. (Ce total sous-estime le nombre de personnes impliquées, car plusieurs participants fournissaient une rétroaction au nom l'organisme qu'ils représentaient, voire au nom de la totalité des membres de cet organisme). Au total, 18 mémoires supplémentaires ont été reçus par l'entremise du sondage sur le Web ou envoyés directement au groupe de CLE.

Les rapports ont été soumis au secrétariat du projet au terme des deux rondes de consultations. Ils figurent sur le site Web du projet.

SONDAGE D'OPINION PUBLIOUE

Les Associés de recherche EKOS ont mené une étude dans le cadre de laquelle ils se sont penchés sur un certain nombre d'enjeux importants afférents aux soins de santé et au système canadien d'éducation médicale, notamment le degré de confiance du public à l'endroit du système de

santé, les priorités du public, la connaissance qu'a le public du système de santé, le degré de confiance envers le système de santé, le degré de confiance envers le système d'éducation médicale et le rôle croissant de la technologie. Cette étude a été menée entre le 24 janvier et le 4 février 2011 au moyen du panel de recherche hybride unique en ligne – hors ligne d'EKOS, Probit. Un échantillon aléatoire de 1 720 Canadiens âgés de 18 ans et plus ont participé au sondage (1 502 en ligne et 218 par sondages autoadministrés envoyés par la poste). Un échantillon de cette taille comporte une marge d'erreur de +/- 2,4 points de pourcentage, 19 fois sur 20.

SONDAGE NATIONAL DES DIRECTEURS DE PROGRAMMES

Un sondage en ligne a été distribué à chacun des 807 directeurs de programme de médecine familiale et des autres spécialités de l'ensemble du Canada en décembre 2010. On leur a demandé de noter le degré d'importance d'un certain nombre d'enjeux et de défis auxquels ils doivent faire face et sur lesquels le système postdoctoral peut exercer un impact. Des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies et analysées collectivement et par programme de spécialité/médecine familiale. On a atteint un taux de réponse global de 33 % (56 % pour les médecins de famille et 32 % pour les spécialités).

CONSULTATIONS INTERNATIONALES

Des visites de milieux et des entrevues avec des intervenants clés ont été effectuées aux États-Unis, au Royaume-Uni et en France au printemps 2011. Le Comité directeur a identifié des établissements, des lieux et des individus à l'étranger aptes à fournir des renseignements pertinents et des exemples de programmes et de procédés novateurs en matière d'EMPo. La visite de plusieurs milieux à l'extérieur du contexte canadien a contribué à une meilleure compréhension des éléments suivants : réponse de l'EMPo aux changements sociétaux dans des contextes différents, mais comparables, identification des tendances et des moteurs internationaux, et preuve des pratiques exemplaires en matière d'EMPo.

PANEL DE REPRÉSENTANTS DU PUBLIC

Ce panel était composé de représentants informés du grand public – des membres de la communauté qui ont une bonne connaissance et une expérience du milieu de l'éducation médicale, mais qui se sont pas médecins et ne sont pas directement impliqués dans le milieu de l'EMPo. Plusieurs membres du panel public sont des membres publics des conseils d'organisations représentées au sein du Comité directeur. Les membres du panel public se sont rencontrés à deux reprises, initialement en janvier 2011 pour discuter de leurs priorités à l'égard de l'EMPo et ensuite en novembre 2011 pour procéder à une rétroaction sur la deuxième version des recommandations préliminaires.

ÉVALUATION DES INFORMATIONS RECUEILLIES

Toutes les informations recueillies ont été considérées en vue de la formulation des recommandations préliminaires. Les membres du Comité directeur et du Comité consultatif des doyens de l'EMPo se sont rencontrés au début de février 2011 pour élaborer une version préliminaire des thèmes. Les membres du Comité de gestion se sont ensuite réunis à la fin mars 2011 pour revoir les données probantes et les thèmes préliminaires développés lors de la rencontre de février et pour établir une liste de secteurs thématiques clés. Lors d'une rencontre en juin 2011, tous les membres du comité se sont réunis une dernière fois avant l'ébauche de la première version des recommandations. Cette première version a été distribuée en juillet 2011 et a été revue par l'entremise du groupe de CLE et par les membres du comité. Les doyens des facultés de médecine ont fourni une rétroaction sur cette première version par l'entremise d'un webinaire. Une deuxième version des recommandations a été distribuée au début novembre 2011 dans le but d'obtenir de nouveaux commentaires. Le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines en santé (CCPSSRH), ont fourni une rétroaction sur cette version affinée, tout comme les dovens des facultés de médecine et les membres du panel de représentants du public. Au terme d'une rencontre de tous les membres des comités au début décembre 2011, une troisième version a été rédigée afin d'être soumise à l'attention d'un vaste Forum national les 30 et 31 janvier 2012.

REMERCIEMENTS

lusieurs personnes ou organisation doivent être remerciées pour leur contribution au projet sur l'AEMC EMPo, une initiative véritablement collaborative et d'une très grande portée.

Tout d'abord, nous désirons remercier Santé Canada pour son généreux financement durant cette période de 25 mois. Nous remercions tout particulièrement M^{me} Margo Craig Garrison pour sa présence et sa participation à titre de membre du Comité directeur du projet. Nous remercions également les membres du personnel administratif de Santé Canada pour leur patience, leur soutien et leur collaboration tout au long du projet.

Le projet sur l'AEMC EMPo est une véritable initiative pancanadienne. Sa réalisation n'aurait pu être rendue possible sans le dévouement et l'engagement de plusieurs enseignants en médecine de l'ensemble du pays. Nous tenons à reconnaître officiellement le travail accompli par les quatre organismes partenaires ayant formé le consortium, soit l'Association des facultés de médecine du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège des médecins du Québec et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui ont chacun prodigué un important soutien en participant à titre de principaux représentants du projet et en mettant à profit d'autres de leurs membres qui ont siégé au sein du Comité directeur ou du Groupe de mise en œuvre stratégique ou qui ont participé au projet de diverses autres manières. Cette contribution non monétaire, sous forme de temps de leadership de haut niveau, est loin d'être insignifiante.

Plusieurs groupes clés ont contribué à la tâche. Les 33 membres du Comité directeur composé de représentants des associations d'éducation médicale, des équipes décanales des programmes canadiens d'éducation médicale, du gouvernement, des groupes d'apprenants et de résidents, des organismes de certification nationaux et provinciaux et des organismes de réglementation ont donné de leur temps et fourni des idées dans le cadre de leur participation à de nombreuses rencontres en personne.

Le Comité consultatif des doyens de l'EMPo, comprenant les doyens de l'EMPo des 17 facultés de médecine de l'ensemble du pays, a travaillé en étroite collaboration avec le Comité directeur tout au long du projet de manière à apporter des perspectives tant philosophiques que de première ligne à cette initiative.

Le Comité de gestion du projet se composait des quatre soussignés ainsi que des docteurs Pierre Leblanc, Geneviève Moineau et James Rourke. Le Comité a guidé le travail quotidien du projet, collaborant étroitement avec le personnel du Secrétariat. Ce groupe a également travaillé en étroite collaboration avec notre rédactrice-conseil afin de façonner les recommandations préliminaires. Il s'agissait d'un engagement de taille nécessitant des téléconférences mensuelles, la présidence de réunions, un travail de collaboration titanesque de rédaction et d'édition en ligne des nombreuses versions préliminaires du présent rapport.

Le Groupe de mise en œuvre stratégique, composé de membres du Comité de gestion ainsi que des docteurs Mathieu Dufour, Tom Feasby, Kevin Imrie, Cathy MacLean, Jay Rosenfield et Mark Walton, a aidé à éditer les dernières versions du rapport et a mis à profit une réflexion stratégique à mesure que le projet progressait vers sa phase finale de rédaction.

Les 20 membres d'un Panel de représentants du public se sont rencontrés à deux reprises durant cette initiative. Leur niveau élevé d'engagement et les commentaires critiques qu'ils ont émis en revoyant le travail préliminaire du point de vue du public/des patients ont été indispensables pour ce projet. Les doyens des facultés de médecine et plusieurs autres groupes nationaux d'intervenants clés ont tenu plusieurs discussions ciblées sur le projet et les recommandations préliminaires à mesure qu'elles étaient produites. Nous vous remercions pour la considération dont vous avez fait preuve et pour votre contribution au projet.

Des consultations internationales ont révélé des innovations de grande valeur et ont permis de mettre en lumière le fonctionnement de l'EMPo dans des milieux comparables. Nous remercions les docteurs Mathieu Dufour et Joshua Tepper, membres du Comité directeur, qui ont mené les consultations en France ainsi que les docteurs Maureen Topps et Jerry Maniate qui ont visité de nombreux emplacements aux États-Unis et au Royaume-Uni. Un merci tout particulier aux nombreux enseignants en médecine qu'ils ont rencontrés et qui ont pris le temps de partager leurs impressions et leurs expériences.

Le projet sur l'AEMC EMPo a énormément bénéficié de la participation d'un certain nombre de consultants hautement qualifiés dont les contributions ont servi à grandement enrichir ce travail et à faciliter l'élaboration du présent rapport.

Une équipe chargée de l'analyse contextuelle composée de membres de trois établissements, soit l'Université de la Colombie-Britannique, l'Université de Toronto et l'Université McGill, a fourni une base de données probantes exhaustive et rigoureuse sur le plan universitaire dans le cadre de ce travail. Dans un travail de collaboration de haut niveau, ces éminents penseurs du domaine de l'éducation médicale procédé à un examen approfondi de la documentation, ont mené 27 entrevues avec des intervenants

clés à l'échelle nationale et ont rédigé rapport de synthèse, contribuant de façon marquée à la solide base de données probantes à partir desquelles ont été élaborées les recommandations. Le projet est redevable aux docteurs Sarita Verma, Sarkis Meterissian, Salvatore Spadafora, Joanna Bates, Kamal Rungta, Jean Jamieson et Susan Glover Takahashi ainsi que leurs collègues pour les efforts exhaustifs qu'ils ont déployés pour produire les solides éléments de recherche qui ont aidés à orienter le projet.

Sous la direction de la D^{re} Sarita Verma, un Groupe de consultation en liaison et engagement des trois mêmes universités a complété deux rondes de consultations exhaustives à l'échelle nationale sur les recommandations préliminaires à mesure qu'elles étaient élaborées. Ce groupe a joué un rôle essential en contribuant à maintenir le milieu canadien de l'EMPo au fait des développements afférents au projet et a donné l'occasion à tous les intervenants du projet d'émettre leurs opinions et de réagir face au travail accompli jusqu'à maintenant.

Nous remercions Frank Graves et ses collègues de chez EKOS qui ont recueilli et analysé les données d'opinion publique hautement pertinentes qui ont été utilisées dans le cadre du présent rapport.

Bernard Gauthier et ses associés de chez Delta Media ont coordonné la publication des bulletins et des bilans électroniques réguliers pour le site Web du projet de manière à ce que tous les intervenants et le grand public puissent être uniformément au courant des derniers développements. Ils ont également aidé à la création d'une vidéo du projet sur l'AEMC EMPo et ont fourni des conseils et des services professionnels sur les communications en vue de la tenue du lancement national en mars 2012.

Lori Charvat de la firme Sandbox Consulting, en sa qualité de rédactrice-conseil, a fait un travail fantastique en intégrant les commentaires et suggestions de provenances multiples en un tout cohérent. Collaborant étroitement avec le Comité de gestion durant les trois saisons, Lori a rédigé l'ébauche des trois premières versions de ce rapport qui ont été essentielles à son achèvement dans les délais prévus.

Nick Busing, MD

Président-directeur général

L'Association des facultés de médecine du Canada

Oandasan, MD

Directrice conseil, Médecine familiale universitaire Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) Deux évaluations exhaustives du projet, préparées par Blair Stevenson et ses collègues de chez Silta Associates, ont été très utiles dans le cadre du processus.

L'équipe hautement professionnelle de chez Strachan-Tomlinson nous a fourni de précieux conseils sur l'élaboration du processus global dans le cadre de ce projet complexe et a effectué un travail de qualité supérieure en ce qui a trait à la conception des réunions, à l'animation et à la liaison avec le personnel chargé du projet, les consultants et les intervenants. Travailler avec Dorothy Strachan fut un véritable plaisir.

En ce qui a trait à l'importante question de la langue, nous tenons à remercier Leslie Jones, de chez Leslie Jones Communications, qui a documenté la totalité du projet grâce à ses fantastiques compétences sur le plan de la prise de notes et de la rédaction de rapports tout au long de cette initiative. Elle a également fait un merveilleux travail d'édition du présent rapport. Nous remercions Geneviève Denis qui nous a fourni des services de traduction d'une qualité supérieure depuis Harare, au Zimbabwe, ainsi que Sylvie Leboeuf, du CMQ, qui a généreusement revu et révisé les traductions de chacune des principales versions du présent rapport.

En dernier lieu, nous tenons à remercier sincèrement Catherine Moffatt, gestionnaire de projet, et Claire de Lucovich, assistante de projet, pour les efforts qu'elles ont déployés pour gérer ce projet multidimensionnel. Claire et Catherine ont été les piliers de cet effort d'équipe. C'est grâce à elles que nous avons pu livrer un produit de qualité. Les membres de l'équipe de direction de l'AFMC, soit M. Irving Gold, la Dre Geneviève Moineau et M. Steve Slade ont également donné du temps et mis leurs talents uniques à contribution dans le cadre de cette initiative. Nous leur en sommes très reconnaissants.

Nous espérons sincèrement que les nombreux intervenants qui ont participé à cette initiative collaborative continueront promouvoir cette vision collective et à travailler activement à l'implantation des recommandations proposées.

Sincères salutations,

Anne-Marie MacLellan, MD

Aprile Le (LAN

Secrétaire adjoint

Directrice, direction des Études médicales Le Collège des médecins du Québec

Ken Harris, MD

Directeur, Bureau de l'éducation

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

COMITÉS ET INTERVENANTS

COMITÉ DIRECTEUR

Ian Bowmer, MD

Directeur général Conseil médical du Canada (CMC)

Ford Bursey, MD

Vice-doyen des Affaires professionnelles Faculté de médecine Université Memorial de Terre-Neuve

Nick Busing, MD *

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

Margo Craig Garrison

Coprésidente fédérale, CCPSSRH Directrice principale, Direction des programmes et politiques de soins de santé Santé Canada

Frédérick D'Aragon, MD

Président – Comité des affaires pédagogiques – Spécialités La fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)

Mathieu Dufour, MD

Conseiller

L'Association canadienne des médecins résidents (ACMR)

Mr George Elleker, MD

Division de neurologie Faculté de médecine et de dentisterie Université de l'Alberta

Jason Frank, MD

Directeur associé, Normes de formation spécialisée, Politiques et développement Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)

Ken Harris, MD *

Directeur de l'éducation Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)

Noura Hassan

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

Jill Konkin

Représentante de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC)

Doyenne associée, Santé rurale et régionale

Faculté de médecine et de dentisterie Université de l'Alberta

Pierre LeBlanc, MD *

Directeur du Département de médecine Faculté de médecine Université Laval

Anne-Marie MacLellan, MD *

Secrétaire adjoint, directrice, Direction des Études médicales Le Collège des médecins du Québec (CMQ)

Jerry Maniate, MD

Représentant de l'Association canadienne pour l'éducation médicale (ACÉM)

Markus Martin, MD

Membre exécutif, Conseil d'administration Le Collège des médecins du Québec (CMQ)

Karen Mazurek, MD

Représentante de la Fédération des ordres de médecins du Canada (FOMC)
Secrétaire adjointe (Plaintes)

College of Physicians and Surgeons of Alberta (CPSA)

Shawn Mondoux

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

Glenn Monteith

Co-président, CCPSSRH Sous-ministre adjoint Division des effectifs en santé Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta

Ivy Oandasan, MD *

Directrice-conseil Médecine familiale universitaire Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)

Eric Peters

Président La Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)

Paul Rainsberry, PhD

Directeur général associé Médecine familiale universitaire Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)

Ira Ripstein, MD

Doyen associé Études médicales prédoctorales Université du Manitoba

Jay Rosenfield, MD

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

Jim Rourke, MD *

Doyen, Faculté de médecine Université Memorial de Terre-Neuve

Anurag Saxena, MD

Vice-doyen Études médicales prédoctorales Université de la Saskatchewan

Maureen Shandling, MD

Représentante de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU) Vice-présidente, Affaires médicales Hôpital Mount Sinai

Josh Tepper, MD

Vice-président, Éducation Hôpital Sunnybrook

Maureen Topps, MD

Ancienne doyenne associée Études médicales prédoctorales École de médecine du Nord de l'Ontario

J. Mark Walton, MD

Vice-doyen Études médicales postdoctorales Université MacMaster

W. Todd Watkins, MD

Directeur, Bureau des services professionnels L'Association médicale canadienne (AMC)

Bruce Wright, MD

Doyen associé, Affaires de premier cycle Université de Calgary

MEMBRES D'OFFICE

Irving Gold

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

Geneviève Moineau, MD*

Vice-présidente, Éducation Secrétaire de l'agrément L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

Steve Slade

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

PERSONNEL CHARGÉ DU PROJET

Catherine Moffatt

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

Claire de Lucovich

Assistante de projet L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

* Membre du Comité de gestion

COMITÉ CONSULTATIF DES DOYENS DE L'EMPO

Paul Bragg, MD

Vice-doyen Études médicales postdoctorales Faculté de médecine Université d'Ottawa

Josée Dubois, MD

Vicedoyenne aux études médicales postdoctorales Faculté de médecine – Direction Université de Montréal

Martin Gardner, MD

Doyen associé Études médicales postdoctorales Université Dalhousie

Mireille Grégoire, MD

Adjointe au vice-doyen aux affaires cliniques Bureau des études médicales postdoctorales Faculté de Médecine Université Laval

Ramona Kearney, MD

Doyenne associée Études médicales postdoctorales Faculté de médecine et de dentisterie Université de l'Alberta

Jill Kernahan, MD

Doyenne associée
Faculté de médecine, Bureau du doyen
Études médicales postdoctorales
Université de la ColombieBritannique

Serge Langevin, MD

ViceDoyen Études médicales postdoctorales Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke

Sarkis Meterissian, MD

Doyen associé Études médicales postdoctorales Faculté de médecine Université McGill

Asoka Samarasena, MD

Vice-doyen Études médicales postdoctorales Faculté de médecine Université Memorial de Terre-Neuve

Anurag Saxena, MD

Vice-doyen Études médicales postdoctorales Collège de médecine Université de la Saskatchewan

Sal Spadafora, MD

Vice-doyen
Bureau des études médicales
postdoctorales
Faculté de médecine
Université de Toronto

Joanne Todesco, MD

Doyenne associée Études médicales postdoctorales Faculté de médecine Université de Calgary

Maureen Topps, MD

Ancienne doyenne associée Études médicales postdoctorales École de médecine du Nord de l'Ontario

G. Ross Walker, MD

Doyen associé Études médicales postdoctorales Faculté des sciences de la santé Université Queen's

J. Mark Walton, MD

Vice-doyen Études médicales postdoctorales École de médecine Université McMaster

Chris Watling, MD

Doyen associé Études médicales postdoctorales École Schulich de médecine et de dentisterie Université de Western Ontario

Michael West, MD

Ancien doyen associé Études médicales postdoctorales Université du Manitoba

GROUPE DE MISE EN ŒUVRE STRATÉGIQUE

Nick Busing, MD

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

Mathieu Dufour, MD

Conseiller L'Association canadienne des médecins résidents (ACMR)

Tom Feasby, MD

Doyen, Faculté de médecine Université de Calgary

Ken Harris, MD

Directeur de l'éducation Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)

Kevin Imrie, MD

Médecin-chef, Centre des sciences de la santé Sunnybrook Vice-président, Éducation, Département de médecine, Université de Toronto Vice-président, Éducation, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Pierre LeBlanc, MD

Directeur du Département de médecine Faculté de médecine Université Laval

Cathy MacLean, MD

Professeure et chef Département de médecine familiale Université de Calgary Présidente sortante, Collège des médecins de famille du Canada

Anne-Marie MacLellan, MD

Secrétaire adjoint, Directrice Direction des Études médicales Collège des Médecins du Québec (CMQ)

Geneviève Moineau, MD

Vice-présidente, Éducation Secrétaire de l'agrément L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

Ivy Oandasan, MD

Directrice-conseil Médecine familiale universitaire Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)

Jay Rosenfield, MD

Vice-doyen, Études médicales prédoctorales Faculté de médecine Université de Toronto

Jim Rourke, MD

Doyen, Faculté de médecine Université Memorial de Terre-Neuve

J. Mark Walton, MD

Vice-doyen Études médicales postdoctorales Université McMaster

PANEL DE REPRÉSENTANTS DU PUBLIC

John G. Abbott, MA

Chef de la direction Conseil canadien de la santé

Tracey M. Bailey, LL.B.

Directrice exécutive Health Law Institute Law Centre Université de l'Alberta

Cheryl Cox, BSP, MBA

Faculté de pharmacie et des sciences pharmaceutiques Université de l'Alberta

Thomas Dignan, MD, PhD

Spécialiste régional en médecine communautaire Santé Canada

Pierre Durand, MD

Professeur titulaire Faculté de médecine de l'Université Laval et Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec CEVQ, CHA Hôpital du Saint-Sacrement

Nathalie Ebnoether, MA

Membre du Conseil d'administration (représentante du public) Collège des médecins du Québec

L'honorable Judith Erola P.C.

Représentante du public, CMFC Ancienne députée, ministre du cabinet (Mines, Condition féminine, Consommation et Affaires commerciales) Présidente, RxD

David A. Gass, MD, CCFP, FCFP

Professeur, (retraité), Département de médecine familiale Université Dalhousie

Hon. Gwen Haliburton E.C.N.S.

Représentant du public, CMC

Glen A. Jones, B.Ed., M.Ed., Ph.D.

Titulaire d'une chaire de recherche de l'Ontario en matière de politique d'éducation postsecondaire Université de Toronto Institut d'études pédagogiques de l'Ontario Université de Toronto

Marjolaine Lafortune, LL L

Membre du Conseil d'administration (représentante du public) Collège des médecins du Québec

Tina Martimianakis, MA, MEd, PhD

Chercheure en éducation et conférencière, Département de pédiatrie Universitaire affiliée, Wilson Centre for Research in Education Enseignante universitaire, Centre de formation professorale

Faculté de médecine, Université de

Hospital for Sick Children

Ian Parker

Toronto

Consultant en communications/Ancien journaliste télé Président, P.B. Communications Inc.

Irene Pfeiffer, CM

Présidente
Moorgate Holdings
Présidente sortante
College of Physicians and Surgeons
of Alberta

Shanthi Radcliffe

Représentant du public, CRMCC Retraité, ancien directeur exécutif Centre de santé intercommunautaire de London

Roseann O'Reilly Runte, CM, PhD

Présidente et vice-rectrice Université Carleton

Bernard Shapiro, MA, PhD

Représentant du public, CRMCC Principal et recteur émérite Université McGill

Kevin Taft, PhD

Député, Assemblée législative Edmonton Riverview

Geoff Tesson, PhD

Agrégé supérieur de recherche Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord Université Laurentienne

GROUPE DE CONSULTANTS EN LIAISON ET ENGAGEMENT

Sarita Verma, MD

(Consultante principale)
Doyenne adjointe
Faculté de médecine
Université de Toronto

Sarkis Meterissian, MD

Doyen associé, EMPo Faculté de médecine Université McGill

Kamal Rungta, MD

Ancien doyen associé EMPo Faculté de médecine Université de la Colombie-Britannique

Salvatore Spadafora, MD

Vice-doyen, EMPo Faculté de médecine Université de Toronto

GROUPE DE CONSULTANTS EN ANALYSE CONTEXTUELLE

CHERCHEURE PRINCIPALE:

Sarita Verma

CHERCHEURS ASSOCIÉS:

Kamal Rungta, Joanna Bates, Salvatore Spadafora, Susan Glover Takahashi, Sarkis Meterissian.

AUTEURS DU RAPPORT DE SYNTHÈSE SUR L'ANALYSE CONTEXTUELLE:

Susan Glover Takahashi, Joanna Bates, Sarita Verma, Sarkis Meterissian, Kamal Rungta, Salvatore Spadafora.

COMITÉ CONSULTATIF SCIENTIFIQUE:

Susan Glover Takahashi (présidente), Lilian Ardenghi, Joanna Bates, Sarah Dobson, Heather Frost, Brian Hodges, Jean Jamieson, Melissa Kennedy, Vicki LeBlanc, Sarkis Meterissian, Glenn Regehr, Mathieu Rousseau, Valerie Ruhe, Roona Sinha.

EXPOSÉS THÉMATIQUES DEMANDÉS:

- 1. Inégalités en santé, responsabilité sociale et EMPo : Auteur(s) :
 Jean Jamieson*, David Snadden*,
 Sarah Dobson, Heather Frost,
 Stephane Voyer. Collaborateur(s) :
 Joanna Bates, Jeannine Banack,
 Jane Buxton, Jean Parboosingh,
 Wayne Weston, Bob Woollard.
- Généralisme au sein de l'EMPo: Auteur(s): Kevin Imrie*, Wayne Weston*, Melissa Kennedy. Collaborateur(s): Bonnie Granata.
- 3. Tendances et enjeux relatifs à l'EMPo: intrants/extrants.
 Auteur(s): Caroline Abrahams*,
 Jean Bacon*. Collaborateur(s):
 Lawrence Loh, Danielle
 Frechette, James Ayles, Mariela
 Ruetalo.
- Former les résidents pour répondre aux besoins d'une population socialement diversifiée : Auteur(s) : Saleem Razack*, Farhan Bhanji*. Lilian Ardenghi, Marie- Renée Lajoie. Collaborateur(s) : Jeffrey Wiseman

- 5. Diplômés internationaux en médecine enjeux actuels : Auteur(s) : Allyn Walsh*, Sandra Banner*, Inge Schabort, Heather Armson, Ian Bowmer, Bonnie Granata. Collaborateur(s) : Luciana Ribeiro, Dale Dauphinee, Krista Breithaupt, Robert Lee, Steve Slade.
- 6. Tendances d'avenir en matière de soins de santé : Incidence sur l'EMPo : Auteur(s) : Jean Jamieson*, Angela Towle*. Collaborateur(s) : Carol Herbert, Dean Giustini.
- 7. Intégrer la sécurité des patients et l'amélioration de la qualtié à l'EMPo : Auteur(s) : Brian Wong*, Kaveh Shojania*, Elisa Hollenberg, Edward Etchells, Ayelet Kuper, Wendy Levinson.
- 8. Gouvernance au sein de l'EMPo au Canada : Auteur(s) : Nathalie Saad*, Alim Pardhan*. Collaborateur(s) : Bonnie Granata, Melissa Kennedy, Loreta Muharuma, Sharon Cameron.
- 9. Enjeux relatifs aux résidents à titre de travailleurs et d'apprenants : Auteur(s) : Patricia Houston*, Robert Conn*, Roona Sinha*, Maya Rajan. Collaborateur(s) : Susan Glover Takahashi, Erika Abner, Dawn Marin.

- 10. Durée de la formation en EMPo au Canada : Auteur(s) : Sarkis Meterissian*, Mathieu Rousseau*, Joyce Maman Dogma, Marion Dove, Charo Rodriguez.
- 11. Agrément de l'EMPo : Auteur(s) : Margaret Kennedy*, Paul Rainsberry*, Melissa Kennedy, Erika Abner.
- 12. Éducation décentralisée et apprentissage à distance dans le domaine de l'EMPo : Auteur(s) : Joanna Bates*, Heather Frost, Brett Schrewe, Jean Jamieson, Rachel Ellaway. Collaborateur(s) : Doug Schaad, Roy Schwarz.
- 13. Évaluation dans le cadre de l'EMPo: Tendances et enjeux en matière d'évaluation au sein du milieu de travail: Auteur(s): Glenn Regehr*, Kevin Eva, Shiphra Ginsburg, Yasmin Halwani, Ravi Sidhu.
- 14. Technologie de l'information et technologie éducative dans le cadre de l'EMPo : Auteur(s) : Rachel Ellaway*, Maureen Topps, Tamara Bahr.
- 15. Intégration des attentes et résultats relatifs à CanMEDS: Auteur(s): Cynthia Whitehead*, Andrée Boucher*, Dawn Martin, Nicolas Fernandez, Marika Younker, Remi Kouz, Jason Frank.
- 16. Innovations relatives à l'apprentissage et à l'enseignement dans les milieux cliniques en ce qui à trait à l'EMPo: Auteur(s): Lucas Murnaghan*, Milena Forte*, Ian Choy, Erika Abner.
- 17. Soins collaboratifs inter/intraprofessionnels axés sur les patients au sein de l'EMPo: Auteur(s): Lesley Bainbridge*, Louise Nasmith*. Collaborateur(s): Andrea Burton, Valerie Ball, Karen Ho.

- 18. Simulation au sein de l'EMPo :
 Auteur(s) : Vicki LeBlanc*, Dylan
 Bould*, Nancy McNaughton,
 Ryan Brydges, Dominique
 Piquette, Bharat Sharma.
- 19. Innovations, intégration et enjeux relatifs à la mise en œuvre dans le cadre de la formation axée sur les compétences au sein de l'EMPo: Auteur(s): Susan Glover Takahashi*, Brian Hodges*, Andrea Waddell, Melissa Kennedy.
- 20. Enseignement, apprentissage et évaluation du professionnalisme au niveau postdoctoral: Auteur(s): Richard Cruess*, Sylvia Cruess*, Linda Snell*, Shiphra Ginsburg, Ramona Kearney, Valerie Ruhe, Simon Ducharme, Robert Sternszus.
- 21. Formation professorale la voie qui s'offre à nous : Auteur(s) : Yvonne Steinert*.
- 22. Processus afférent au choix de carrière des étudiants en médecine et des résidents et au choix d'une spécialité et d'un lieu d'exercice:

 Quelle est la place de l'EMPo à cet égard?: Auteur(s): Nicole Leduc*,

 Alain Vanasse*, Ian Scott, Sarah Scott, Maria Gabriela Orzanco,

 Joyce Maman Dogma, Sabina

 Abou Malham. Collaborateur(s):

 Kelly Dore.
- 23. Mieux-être des résidents et équilibre travail/vie privée dans le cadre de l'EMPo : Auteur(s) : *Susan Edwards. Collaborateur(s) : Derek Puddester*, Erin Maclean, Bonnie Granata, Mariela Ruetalo.
- 24. Appuyer la formation des résidents en tant qu'enseignants: Pratiques actuelles et nouvelles tendances: Auteur(s): Sandra Jarvis Selinger*, Yasmin Halwani, Karen Joughin, Dan Pratt, Tracy Scott, Linda Snell, Kile Brokop, Yolanda Liman.

RÉUNION CONSENSUELLE SUR LES EXPOSÉS THÉMATIQUES DEMANDÉS:

Susan Glover Takahashi (co-animatrice), Joanna Bates (co-animatrice), Lilian Ardenghi, Delphine Arweiler, Joyce Dogba, Melissa Kennedy, Vicki LeBlanc, Pierre LeBlanc, Carol-Anne Moulton, Glenn Regehr, Valerie Ruhe, Marcella Sholdice, Roona Sinha, Salvatore Spadafora, James Szabo, Sarita Verma.

ÉQUIPE CHARGÉE DES ENTREVUES AVEC LES INTERVENANTS-CLÉS:

Delphine Arweiler, Joanna Bates, Heather Frost, Brian Hodges, Melissa Kennedy, Dawn Martin, Sarkis Meterissian, Carol Anne Moulton, Mathieu Rousseau, Roona Sinha.

RÉUNION CONSENSUELLE SUR LES ENTREVUES MENÉES AVEC LES INTERVENANTS-CLÉS:

Brian Hodges (animateur), Erika Abner, Lillian Ardenghi, Delphine Arweiler, Joanna Bates, Helen Caraoulanis, Sarah Dobson, Heather Frost, Susan Glover Takahashi, Irving Gold, Yasmin Halwani, Jean Jamieson, Melissa Kennedy, Dawn Martin, Carol-Anne Moulton, Mathieu Rousseau, Valerie Ruhe, Kamal Rungta, Maureen Shandling, Marcella Sholdice, Roona Sinha, James Szabo, Sarita Verma,

* Responsable / co-responsable d'un exposé thématique

GLOSSAIRE

ACÉM	Association canadienne pour l'éducation médicale				
ACISU	Association canadienne des institutions de santé universitaires				
ACMR	Association canadiennes des médecins résidents				
ACSS	Académie canadienne des sciences de la santé				
AEMC	Avenir de l'éducation médicale au Canada				
AFMC	Association des facultés de médecine du Canada				
AMC	Association médicale canadienne				
CAC	Groupe de consultants en analyse contextuelle				
CanMEDS	Canadian Medical Education Directions for Specialists				
CanMEDS-MF	Canadian Medical Education Directions for Specialists – Médecine familiale				
CAPER	Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique				
CaRMS	Service canadien de jumelage des résidents				
CCPSSRH	Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines				
CLE	Groupe de consultants en liaison et engagement				
CMC	Conseil médical du Canada				
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada				
CMQ	Collège des médecins du Québec				
CRMCC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada				
DIM	Diplômés internationaux en médecine				
DPC	Développement professionnel continu				
EMPo	Éducation médicale prédoctorale				
EMPr	Éducation médicale postdoctorale				
FEMC	Fédération des étudiants et étudiantes en médecine du Canada				
F/P/T	Fédéral/Provincial/Territorial				
FMEQ	Fédération médicale étudiante du Québec				
FMRQ	Fédération des médecins résidents du Québec				
FOMC	Fédération des ordres des médecins du Canada				
RECF	Rapport d'évaluation en cours de formation				
RHS	Ressources humaines en santé				

RECOMMANDATIONS DÉGAGÉES DANS LE CADRE DU PROJET PRÉDOCTORAL SUR L'AEMC

RECOMMANDATION I : RÉPONDRE AUX BESOINS INDIVIDUELS ET COMMUNAUTAIRES

La responsabilité sociale et la responsabilité 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 et 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 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

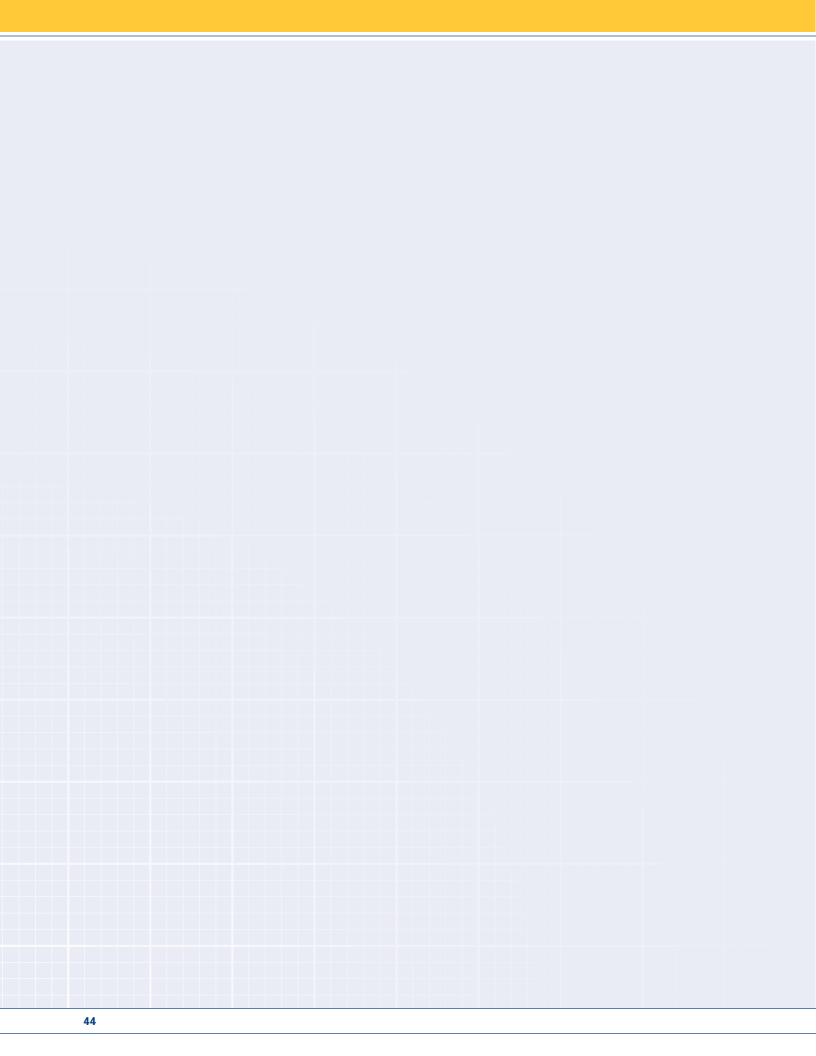
Les facultés de médecine canadiennes innovent constamment et ont beaucoup à s'offrir mutuellement. Une plus grande collaboration entre les facultés est nécessaire, incluant le partage des ressources pédagogiques et d'apprentissage, des cadres d'évaluation, des outils pour élaborer un curriculum commun,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





THE FUTURE OF MEDICAL EDUCATION IN CANADA



L'AVENIR DE L'ÉDUCATION MÉDICALE AU CANADA PROJET POSTDOCTORAL