

AEMC EMP_r

*Réflexions des
facultés de médecine
canadiennes sur les
cinq dernières années*



L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) :
Une vision collective pour les études médicales prédoctorales 2010 – 2015

TABLE DES MATIÈRES

ÉDITORIAUX

Dr Geneviève Moineau	2
Dr James Rourke	3
Dr Nick Busing	5
Dr Jay Rosenfield	8

INNOVATIONS PAR RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1 – Les besoins communautaires	10
RECOMMANDATION 2 – Les processus d'admission	19
RECOMMANDATION 3 – Les assises scientifiques de la médecine	28
RECOMMANDATION 4 – La prévention et la santé publique	35
RECOMMANDATION 5 – Le curriculum caché	44
RECOMMANDATION 6 – Les contextes d'apprentissage	51
RECOMMANDATION 7 – Le généralisme	60
RECOMMANDATION 8 – La pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle	66
RECOMMANDATION 9 – L'approche fondée sur les compétences	74
RECOMMANDATION 10 – Le leadership	82

APPENDICE – RAPPORTS FOURNIS PAR CHAQUE FACULTÉ DE MÉDECINE CANADIENNE

89

PRÉFACE

Comme l'a fait le rapport d'Abraham Flexner il y a un siècle, *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales* examine la question de savoir comment les programmes d'éducation menant au diplôme de médecin (MD) au Canada peuvent mieux répondre aux besoins en évolution de la société. Bien que les facultés de médecine du Canada soient des leaders en éducation médicale en s'adaptant constamment aux attentes et aux besoins en évolution, l'éducation du médecin de l'avenir nécessitera d'autres adaptations et réformes à notre système d'éducation médicale. Les dix recommandations de l'AEMC en matière d'études médicales prédoctorales qui sont intégrées dans la *Vision collective de l'AEMC pour les études médicales prédoctorales* se fondent sur des données probantes et sont issues d'un vaste processus de consultation rigoureux. Ces recommandations ont obtenu l'aval des doyens des facultés de médecine et ont été présentées publiquement au Lancement national de la Vision collective de l'AEMC en janvier 2010.

Vous pouvez lire *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales*, accessible en ligne à www.fmec-aemc.ca.



Réflexions médicales dans le cadre de L'AEMC

Je suis extrêmement ravie de présenter le rapport des innovations de 2015 sur la vision collective pour les études médicales prédoctorales de l'AEMC. Il est incroyable de constater que les cinq dernières années se sont déjà écoulées depuis le lancement du rapport sur la vision collective de L'Avenir de l'éducation médicale au Canada (projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales). La réussite du projet reposait sur la mobilisation de l'ensemble de la collectivité d'éducation médicale et des auteurs de propositions du grand public, sur la rigueur du processus de consultation et sur le généreux soutien de Santé Canada.

Dans ce rapport quinquennal, vous trouverez des réflexions des premiers leaders du projet : le Dr James Rourke, doyen de l'Université Memorial de Terre-Neuve, traitera de la genèse de l'idée; le Dr Jay Rosenfield, vice-doyen des études médicales de premier cycle de l'Université de Toronto, donnera son point de vue à titre de doyen du premier cycle et le Dr Nick Busing, ancien président-directeur général de l'AFMC et parrain de l'initiative de l'AEMC, abordera le succès de la mise en œuvre et de l'harmonisation avec la vision collective des études médicales postdoctorales.

Ces réflexions précéderont un recueil faisant état des travaux exhaustifs réalisés par nos 17 facultés de médecine, suivant la recommandation sur les études médicales prédoctorales, au cours des cinq dernières années. La mise à jour complète de chaque école ou faculté est accessible à la fin de ce rapport. J'aimerais profiter de l'occasion qui m'est offerte pour remercier les membres de notre corps professoral, les leaders ainsi que les doyens de leur dévouement envers ce travail et de leur réponse à cette demande de mises à jour. Vous constaterez que le projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales est bien vivant et florissant dans chacune de nos écoles.

Personnellement, je suis stupéfaite du chemin parcouru dans une période relativement courte. Les travaux vont bon train, mais ne sont pas terminés. Les recommandations qui nécessitent une collaboration nationale entre les écoles et d'autres intervenants nécessitent plus particulièrement des travaux suivis. L'AFMC s'engage à faciliter et à soutenir ces activités. En outre, nous favoriserons, conformément à la vision initiale de l'AEMC, l'harmonisation avec les recommandations sur les études postdoctorales et sur le perfectionnement professionnel continu, dans le but de mettre en place un véritable continuum d'études médicales.

L'AFMC continuera d'assurer l'intendance de l'initiative de l'AEMC et nous nous engageons à vous tenir au courant des progrès de nos écoles. J'espère que vous serez aussi impressionnés que moi des progrès significatifs qui mèneront à un système d'éducation médicale tourné vers un meilleur avenir pour nos apprenants et à son incidence possible sur la qualité de la santé et des soins de santé pour les Canadiens.

L'avenir semble prometteur!



Dr Geneviève Moineau



Dr Geneviève Moineau

Réflexions médicales dans le cadre de L'AEMC

Les origines du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales, comme la plupart des grandes découvertes, inventions et avancées, ont débuté à la suite d'un cercle croissant de conversations entre grands penseurs. Dans le présent cas, les leaders canadiens du domaine de l'éducation se préoccupaient de la complexité accrue de ce que devront savoir et faire les futurs médecins, et du fait que l'éducation médicale s'accrochait à un passé glorieux. À de nombreux égards, l'éducation des étudiants en médecine s'apparentait beaucoup à ce qu'Abraham Flexner avait recommandé il y a près de 100 ans. À l'approche du centième anniversaire, l'époque était propice à une révision en profondeur et à une nouvelle orientation.

Selon nous, la structure et le fonctionnement du système d'éducation médicale du Canada représentaient une occasion magnifique et unique. Il y avait seulement 17 facultés de médecine et elles fonctionnaient bien ensemble dans l'AFMC, leur organisation nationale de partenariat. Il s'agissait exclusivement de facultés de médecine d'universités publiques tirant la plus grande partie du financement de leur éducation médicale de leurs gouvernements régionaux respectifs (provinces du Canada). Elles étaient surtout des facultés de médecine de deuxième cycle comportant un système assez uniforme de programmes de quatre ans d'études médicales de premier cycle prédoctoral et doctoral (deux offrent des programmes de trois ans comportant essentiellement le même nombre de semaines d'éducation). L'éducation médicale était régie par un système d'agrément rigoureux comme les facultés de médecine des États-Unis (CAFMC/LCME). De plus, ce qui est presque unique au monde, tous les programmes de formation professionnelle postdoctorale au Canada ont été réalisés dans le cadre de programmes de formation en résidence de facultés de médecine du Canada ayant obtenu leur agrément du CMFC pour la médecine familiale et du CRMCC pour toutes les autres spécialités. Les facultés de médecine ont également fourni la majeure partie du perfectionnement du corps professoral et de l'éducation médicale continue pour les médecins praticiens dans tout le Canada. Enfin, le contexte canadien des soins de santé était un facteur important à prendre en compte pour ouvrir la voie en vue de revigorer l'éducation médicale. La *Loi canadienne sur la santé*, qui assure que les services médicaux nécessaires soient fournis au public, et le gouvernement fédéral qui fournit de l'argent issu de transferts fiscaux aux gouvernements provinciaux qui ont la responsabilité légale des services de soins de santé, ont constitué des facteurs clés. Les services médicaux, assez similaires d'un océan à l'autre du point de vue de la méthode de prestation, faisaient face à une augmentation des coûts, de la complexité, de l'âge de la population, et à des déterminants de la santé urbains et ruraux difficiles.

Tous ces facteurs ont amené un plus grand nombre d'entre nous à tirer la même conclusion : il était temps d'entreprendre un projet ambitieux, soit l'élaboration d'un plan sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada. C'est ce qui a donné lieu au nom AEMC. Comme l'éducation médicale relève principalement des facultés de médecine du Canada et pour que de véritables progrès concertés surviennent, il était évident qu'il fallait une *Vision collective*.

L'AEMC devrait être solide sur le plan scientifique. Cet objectif nécessitait un examen approfondi de la documentation scientifique, qui a été commandé et réalisé. Le processus a commencé par une année complète de collecte et d'analyse de données, dont un examen exhaustif de la documentation, et a été fait à l'époque d'un nouveau discours sur les concepts de prise de décisions fondée sur des faits et éclairée par des données probantes. Nous nous sommes rapidement rendus compte que nous devions aller au-delà des données contenues dans un examen de la documentation; ainsi, un examen est nécessairement fondé sur ce qui s'est produit et ce qui a été étudié. Souvent, il n'est pas transférable sur le plan contextuel et il omet des innovations en évolution qui sont de plus en plus importantes dans un monde de haute technologie qui change rapidement. Ce changement d'optique nous a amené à tenir des consultations régionales, nationales et internationales avec les leaders de l'innovation en éducation médicale du monde entier pour compléter l'examen de la documentation.

Nous devons également comprendre ce que pensaient nos principaux intervenants au sujet des soins de santé d'aujourd'hui et de demain, ainsi que leurs points de vue sur les rôles des médecins actuels et futurs et l'éducation médicale requise pour les former et les soutenir. Ce besoin nous a amené à mobiliser les principaux intervenants – un groupe de jeunes leaders – pour faire en sorte que nos leaders de l'avenir puissent apporter leur contribution; un groupe de spécialistes qui réunissait



Dr James Rourke

des PDG d'hôpitaux, des parlementaires, des commentateurs sociaux, des experts des milieux économique et juridique; ainsi qu'un groupe responsable des besoins en données et de l'accès aux données qui a cerné et classé en ordre de priorité les besoins en nouvelles données et informations concernant le système d'éducation médicale du Canada. La contribution de ces groupes s'est révélée précieuse pour prioriser et élaborer les recommandations du projet et leur engagement et leur participation ont contribué à élargir le soutien des intervenants aux recommandations du projet.

Les équipes de recherche du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales ont recueilli, colligé, traité en parallèle et analysé la contribution substantielle que nous avons obtenue. Les thèmes dominants ont émergé de ce processus à modes multiples de façon incroyable. Toutefois, nous avons conclu, comme Mark Twain lorsqu'il a dit : [traduction] « Je suis désolé de la longue missive, je n'ai pas eu le temps d'en écrire une courte », que le travail requis pour faire un bref rapport lisible nécessitait beaucoup de réflexion, de discussion et de révision, suivies de nouvelles réflexions, discussions et révisions, encore et encore. Le comité de direction et les dirigeants du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales ont formulé des recommandations aussi claires, brèves, précises et directes que possible tout au long de ce processus répétitif.

Compte tenu de la quantité de travail investie dans la Vision collective sur le projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales, aucun de nous ne serait satisfait si le document se retrouvait sur les tablettes pour y rester. Le processus s'est donc poursuivi par les tâches très importantes de mobilisation des membres, partenaires et intervenants clés dans la mise en œuvre du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales, ce qui nécessitait le soutien unanime de tous les doyens de facultés de médecine canadiennes par l'AFMC. Comme on me l'a répété plusieurs fois lorsque j'ai présenté le rapport sur le projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales à différentes réunions des doyens de facultés de médecine autour du monde, l'idée d'une vision collective impliquant toutes les facultés de médecine d'un pays semblait impossible à réaliser en soi. Cependant, ce n'était bien sûr que le début; le processus de diffusion et de mobilisation devait faire son chemin et obtenir du soutien jusqu'aux facultés de médecine, avec nos partenaires, afin que les initiatives envisagées se concrétisent. Notre collectivité a relevé le défi – une foule d'activités, de conférences, d'ateliers, de suivis, d'initiatives et de projets ont eu lieu dans nos écoles et avec nos partenaires, dont le présent rapport donne des exemples.

Lorsque nous nous penchons sur de grands projets, et j'estime qu'il s'agit d'un véritable grand projet dans l'histoire médicale canadienne, il semble presque impossible que ça se soit produit et que ça ait été tellement accepté à titre de vision collective de l'avenir de l'éducation médicale au Canada. Il est fantastique de travailler si étroitement avec un si grand nombre de personnes qui se consacrent à fournir au Canada les meilleurs médecins possibles aujourd'hui et demain. Je m'estime honoré et privilégié d'être l'un des chefs du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales. Je vous remercie tous et chacun de vos contributions et de votre collaboration.



Dr James Rourke

Réflexions sur les 5 ans du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales

En 2007, à l'approche du centième anniversaire de l'important rapport Flexner, il était manifeste dans le milieu de l'éducation médicale qu'une révision s'imposait. De formidables nouveautés sont apparues dans le domaine de l'éducation médicale (l'apprentissage par problèmes, le système des MEM et CanMEDS pour ne nommer que quelques exemples issus du Canada), mais il n'y a pas eu de survol de l'expérience en éducation médicale liées aux nombreux changements dans l'environnement. Ces changements comprenaient l'explosion des connaissances scientifiques, l'augmentation des maladies chroniques, la réalité d'un écart socioéconomique qui s'élargit, les défis que représentent les soins en milieux ruraux et éloignés et la mondialisation, y compris la mobilité accrue des médecins et des gens, pour n'en nommer que quelques-uns.

L'effectif médical au Canada et le système de soins de santé au sens large avaient fait l'objet d'études approfondies dans le cadre d'initiatives comme le Groupe de travail Deux et la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada, mais ces travaux ne se sont pas penchés de près sur la médecine universitaire, qui représente l'incubateur des médecins de demain.

Dans la foulée du lancement de l'examen, sous la direction de l'AFMC, les premières discussions ont eu lieu avec, d'une part, des représentants de Santé Canada, qui reconnaissaient également les nombreux changements qui influeraient sur l'éducation de nos futurs médecins et avec, d'autre part, les doyens des facultés de médecine du Canada pour confirmer leur intérêt et leur soutien. En reconnaissance du fait qu'un leadership motivé de cet examen serait crucial, trois coprésidents seraient identifiés – moi-même, alors président-directeur général de l'AFMC, le Dr Jim Rourke, doyen de la faculté de médecine de l'Université Memorial et le Dr Jay Rosenfield, vice-doyen, Éducation, de la faculté de médecine de l'Université de Toronto. Nous avons constaté d'entrée de jeu qu'il serait très profitable de mobiliser le plus grand nombre possible de professeurs de médecine et d'autres universitaires dans le projet. Cette approche inclusive favoriserait une vision collective et l'adhésion aux recommandations et faciliterait en même temps l'efficacité des communications.

Santé Canada a convenu de financer le projet qui a été lancé en 2007. Je ne me concentrerai pas sur les détails de la réalisation du projet ou sur les stratégies de mise en œuvre, qui sont bien documentés et énoncés dans les réflexions de mon collègue le Dr Rourke. Mentionnons simplement que le projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales a fait appel à un grand nombre de participants de toutes nos facultés de médecine. En outre, le projet a bénéficié de contributions fantastiques de nombreux professeurs d'autres organisations médicales du Canada et de bon nombre d'apprenants.

Cinq ans après l'achèvement du projet et le lancement des dix recommandations de changement qui en ont découlé, de nombreuses personnes me demandent si la mise en œuvre des recommandations du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales a comblé mes attentes. Globalement, je réponds oui...mais il reste du travail à accomplir.

Plusieurs des dix recommandations du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales ont trait aux enjeux de la culture de l'éducation médicale et aux cultures institutionnelles; il n'est pas étonnant que des recommandations de cette nature soient plus difficiles à mettre en œuvre ou qu'elles n'aient pas été mises en œuvre complètement. Par ailleurs, certaines recommandations sont un peu plus pratiques et par conséquent plus faciles à appliquer. À titre explicatif, en voici quelques exemples.

L'engagement en faveur de la responsabilité sociale qui est mis en relief dans la première recommandation du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales est un défi constant. Les situations locales influencent et définissent la responsabilité sociale, qui est interprétée différemment dans chacun des 17 campus. Elle est davantage intégrée dans certains programmes que dans d'autres. Avec la production de la vision collective sur les études postdoctorales, qui comprend les recommandations du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales postdoctorales, la responsabilité sociale a de nouveau été mise en relief et il semble y avoir beaucoup de travail à accomplir pour faire concorder non seulement nos



Dr Nick Busing

curricula prédoctoraux, mais également nos programmes de résidence avec les valeurs de base de la responsabilité sociale. J'espère – comme, à mon avis, de nombreuses personnes – que le groupe de travail sur la planification des ressources des médecins financé par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires permettra de réaliser des changements importants de portée pancanadienne reposant véritablement sur la responsabilité sociale.

L'engagement de régler la question du curriculum caché, une recommandation explicite du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales, constitue un autre exemple de recommandation stimulante qui nécessite vraiment un changement de culture – dans nos écoles de médecine, au sein de nos corps professoraux, parmi nos apprenants et dans tous nos lieux d'enseignement. Nous continuons à nous efforcer de trouver des façons efficaces de le faire. Le rapport du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales postdoctorales nous met également au défi de faire face à cette culture et de trouver des façons d'améliorer l'environnement d'apprentissage. On ne saurait minimiser l'importance de démanteler avec succès le curriculum caché. Il propage une culture de la différence dans la façon de considérer les fournisseurs de soins de santé et soutient bon nombre des défis auxquels nous sommes confrontés dans les autres secteurs de l'AEMC, comme la valorisation du généralisme et l'harmonisation de notre approche de l'agrément et de la gouvernance. Un autre exemple visant un changement de culture est lié à la progression de la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle. Les gens font le maximum pour intégrer l'éducation et la pratique interprofessionnelles. Tous nos campus s'engagent d'une façon ou d'une autre à progresser vers une éducation interprofessionnelle plus efficace et importante. Aussi significatifs ces efforts soient-ils, les changements qui influenceront dans l'avenir notre mode de pratique comme médecins en sont encore aux premiers stades.

Plusieurs recommandations ont déclenché des changements réels et transparents. La recommandation de promouvoir la prévention et la santé publique a favorisé le développement d'un solide réseau d'enseignants en santé publique dans l'ensemble du Canada. Le document Notions de santé de la population de l'AFMC a été élaboré à titre d'outil d'enseignement fantastique pour l'ensemble des membres du corps professoral et des apprenants. La recommandation de valoriser le généralisme s'est traduite par un changement dans les curricula qui assure une exposition plus rapide et continue à la médecine de famille (à tous les stades de l'éducation médicale prédoctorale). De nombreuses facultés ont recruté davantage de médecins de famille dans des rôles décisionnels en éducation médicale.

Quand le projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales a été lancé, on s'attendait à ce que des études semblables soient nécessaires pour l'éducation médicale postdoctorale et le perfectionnement professionnel continu. L'examen parallèle des rapports concernant le projet portant sur les études médicales prédoctorales et postdoctorales permet de constater que de nombreux thèmes se répercutent dans les deux secteurs de l'éducation médicale, ce qui renforce l'importance d'envisager l'éducation médicale comme un continuum. Par exemple, le perfectionnement des compétences en leadership pour l'ensemble des apprenants fait l'objet d'une orientation commune qui commence par les étudiants en médecine, améliore la formation en résidence puis s'applique à la collectivité en exercice. Ces compétences en leadership servent à aider notre effectif futur de médecins à participer non seulement à des soins cliniques en équipe, mais également à prendre une part plus efficace dans l'appui aux changements à la pratique médicale et au système de soins de santé. Les recommandations des deux rapports élargissent nos processus d'admission aux niveaux prédoctoral et postdoctoral. Ces recommandations en disent long sur la nature même du développement de notre profession, parce que les talents et les points de vue de nos étudiants en médecine et résidents constitueront un agent principal qui contribuera à définir notre profession et la façon dont le public considère chacun des médecins et la profession prise globalement. Il reste beaucoup de boulot à accomplir pour s'assurer que nous admettons des étudiants en médecine qui ont les aptitudes intellectuelles doublées des valeurs et des caractéristiques personnelles qui renforceront vraiment le rôle de soignant de notre profession.

L'examen bref de plusieurs des cinq recommandations habilitantes du rapport sur le projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales permet d'établir que nous utilisons l'environnement d'agrément comme levier clé de promotion du changement, notamment en instaurant de nouvelles normes sur la formation en leadership et en développant un système d'agrément qui concorde avec le continuum.

D'autres exemples de collaboration ont découlé du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales, dont le plus impressionnant à ce jour est peut-être le travail effectué par nos quatre facultés du Québec qui ont, ensemble, donné suite à toutes les recommandations du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales et qui ont élaboré des stratégies collectives comme l'entrevue conjointe et le processus d'admission.

Je suis frappé par la nécessité de respecter les priorités et la culture de chacune des facultés, tout en tentant d'appliquer la vision collective du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales, qui exige des sacrifices dans certains aspects des traditions et des visions locales d'amélioration du système. Il s'agit d'un défi constant que nous sommes certes capables de relever. Les travaux relatifs au projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales et au projet sur l'AEMC portant sur les études médicales postdoctorales ont atteint leur vitesse de croisière, mais il reste beaucoup à faire pour apporter des changements dans l'intérêt de tous les Canadiens.



Dr Nick Busing

Réflexions sur le projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales

Je rédige ces réflexions du point de vue d'un doyen en études médicales prédoctorales qui a eu l'immense privilège de collaborer avec d'autres personnes à ce qui s'est révélé être le projet excitant de ma carrière, L'Avenir de l'éducation médicale au Canada, ou, comme on l'appelle affectueusement, « L'AEMC ». Lorsqu'on m'a demandé pour la première fois de me joindre à l'équipe des leaders du projet, j'étais plutôt sceptique quant à la possibilité d'amener 17 facultés de médecine d'un pays aussi grand et diversifié que le Canada à convenir de quoi que ce soit, et encore moins d'une réforme à grande échelle de l'éducation médicale et du recentrage des priorités. Je me considère extrêmement chanceux que mes appréhensions personnelles ne m'aient pas empêché de me joindre au groupe avec enthousiasme pour savoir ce qu'il en est. L'occasion de collaborer avec de grands leaders visionnaires comme les Drs Nick Busing et Jim Rourke ainsi que mes collègues doyens des programmes d'études prédoctorales afin d'exercer un impact sur l'éducation en soins de santé au Canada constituait une possibilité incroyable à ne pas manquer.



Dr Jay Rosenfield

Cinq ans plus tard, je réfléchis à ce que nous avons accompli au Canada en tant que véritable collectif de l'ensemble des facultés de médecine, qui se sont regroupées et se sont mobilisées dans le cadre du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales et de ses recommandations. L'AEMC est positionné dans le temps à une époque où de nombreux efforts de réforme de l'éducation médicale étaient déployés dans le monde entier et où nombre de rapports influents ont été publiés sur le 100e anniversaire du rapport Flexner. Dans la foulée du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales, j'ai eu la chance de visiter, avec des collègues, des facultés de médecine innovatrices du monde entier et de rencontrer de nombreux professeurs et étudiants fantastiques. Ils s'intéressaient tous beaucoup à ce projet ou à cette « expérience » au Canada. Pouvions-nous effectivement réussir? Pouvions-nous réunir tous les doyens du pays dans une pièce pour discuter et convenir des besoins en éducation médicale? Eh oui, nous l'avons fait! Au moyen des informations combinées qui ont été tirées de ces visites internationales, d'analyses de l'environnement et d'études de la documentation minutieuses, de rencontres avec des éducateurs médicaux, des administrateurs d'université, d'étudiants en médecine, de jeunes leaders, de groupes d'experts, du public, de collègues de l'éducation médicale prédoctorale, de notre collectivité de l'enseignement, nous avons pu faire la synthèse d'un ensemble de recommandations et établir une feuille de route orientant les facultés de médecine de l'ensemble du pays au cours des cinq dernières années.

Ce rapport et cette compilation d'activités fournissent une preuve impressionnante qu'une vision collective est possible. Ce volume montre que des changements significatifs, coordonnés et transformateurs peuvent survenir si l'on a recours aux bons processus inclusifs, qui sont fondés sur des recommandations qui traitent avec passion et logique de concepts aussi fondamentaux en formation professionnelle dans le domaine de la santé que la responsabilité sociale et le travail d'équipe interprofessionnel. J'ose dire qu'aujourd'hui, en 2015, peu de personnes impliquées dans le leadership de l'éducation médicale dans les facultés de médecine ne connaissent pas l'AEMC. La vision collective est devenue réalité—l'AEMC est un point de discussion régulier dans les réunions de doyens de programmes d'éducation médicale prédoctorale, et les projets conjoints des écoles abondent, comme l'élaboration d'un curriculum en santé publique et des ententes entre les écoles pour assurer une diversité de contextes d'apprentissage à nos étudiants. La mise en œuvre des recommandations se poursuit. Cette année, à la Conférence canadienne sur l'éducation médicale (CCEM 2015), l'AFMC organisera la deuxième réunion conjointe des doyens chargés des admissions et des études prédoctorales dans l'ensemble du pays, et mettra en œuvre les concepts sous-jacents de la recommandation « améliorer les processus d'admission ».

Lors de l'élaboration des recommandations du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales, j'ai été frappé par la nécessité de les relier de façon claire et cohérente avec les recommandations qui pourraient émaner des projets de l'AEMC dans le continuum de l'éducation médicale. Il ne serait guère possible d'avoir une discussion significative sur l'éducation axée sur la compétence au niveau prédoctoral sans la relier aux orientations empruntées par la formation

postdoctorale, qui est dirigée par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). De même, il était impossible d'aborder les questions du milieu d'apprentissage et du curriculum caché des étudiants en vase clos, sans inclure les résidents et d'autres professionnels de la santé. La réforme de la formation des cliniciens-chercheurs au niveau prédoctoral, englobant les programmes de maîtrise et de doctorat en médecine, ne pourrait avoir lieu en l'absence de sérieuses discussions sur le Programme de clinicien-chercheur du CRMCC et sur le milieu de l'emploi des cliniciens-chercheurs en exercice. Bref, il était crucial de relier les recommandations du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales aux travaux du projet sur l'AEMC portant sur les études médicales postdoctorales. À titre de codirigeants de la mise en œuvre de la recommandation sur la transition relative au projet sur l'AEMC portant sur les études médicales postdoctorales (« *Assurer une intégration et des transitions efficaces tout au long du continuum de l'éducation médicale* »), mes collègues et moi-même avons travaillé à l'élaboration de projets reliés dans le continuum. Par exemple, les doyens des programmes d'études prédoctorales se consacrent à un cadre de compétence sur les études médicales prédoctorales, y compris les activités professionnelles non supervisées qui seront liées aux compétences de base d'un résident énoncées par les organismes d'agrément. Le projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales a également appuyé les changements aux mécanismes nationaux d'évaluation menés par le Conseil médical du Canada, y compris leurs nouveaux plans directeurs relatifs aux examens. On élabore actuellement un portefeuille commun des apprenants que les stagiaires conserveraient tout au long de leurs études et de leur carrière, à partir de la faculté de médecine. Le projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales, lié au projet sur l'AEMC portant sur les études médicales postdoctorales, tient également lieu de catalyseur de conversations sérieuses sur les changements possibles à la dernière année de la faculté de médecine, à la gamme des spécialités d'entrée et au système de concordance.

Bref, quel sera l'héritage laissé par le projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales? J'estime qu'il a jeté les bases du changement et de la transformation de la formation des médecins au Canada au XXI^e siècle. Le projet sur l'AEMC portant sur les études médicales prédoctorales a constitué le point de départ de la réforme du curriculum et appuyé son élaboration de nature socialement responsable – tant à l'échelle locale qu'internationale – et est vraiment axé sur le patient, la collectivité et l'apprenant. L'initiative de l'AEMC dans le continuum constitue un modèle étudié avec grand intérêt par les autres pays. L'AEMC a montré que des universités autonomes qui fonctionnent souvent en vase clos peuvent collaborer au nom du bien commun et répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé. Enfin, elle a fourni à des administrateurs d'université comme moi l'occasion d'élaborer des programmes d'éducation innovateurs de concert avec nos étudiants extrêmement doués et diversifiés, qui nous motivent tous à nous améliorer constamment!



Dr Jay Rosenfield

RECOMMANDATION 1

Répondre aux besoins individuels et communautaires

1

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

Innovations dans nos facultés de médecine

UNIVERSITÉ MEMORIAL

La Faculté de médecine de l'Université Memorial de Terre-Neuve a lancé en septembre 2013 un nouveau curriculum médical en spirale fondé sur une approche de plus en plus axée sur le patient, la famille et la collectivité qui intègre la responsabilité sociale et la santé communautaire à ces innovations pertinentes : les profils communautaires, les histoires de cas, les externats longitudinaux intégrés, les programmes de base et des options et projets à l'intention des apprenants, des demi-journées longitudinales universitaires qui relient l'apprentissage aux situations contextuelles et aux expériences vécues par les patients, les familles et les collectivités de Terre-Neuve-et-Labrador. Les intervenants de la collectivité et les personnes qui exercent d'autres professions dans le domaine du remaniement des programmes, comprennent des représentants de la collectivité et des membres des quatre conseils régionaux intégrés de la santé de la province (Est, Centre, Ouest, Labrador-Grenfell).

Des programmes spéciaux (Éthique et diversité, Santé des réfugiés, Santé des autochtones, et Initiative en santé mondiale) qui ont été élaborés établissent un lien entre les objectifs de responsabilité sociale et les résultats mesurables en matière de soins de santé et de ressources humaines en santé, fournissent aux étudiants des occasions d'apprentissage dans des collectivités marginales ayant peu de ressources et fournissent du soutien aux étudiants en médecine et aux professeurs dans le cadre de leur travail de sensibilisation de la collectivité et d'établissement de liens plus étroits avec les collectivités qu'ils servent. Par exemple, le programme Gateway a débuté en 2005 à titre d'initiative communautaire dirigée par des étudiants en médecine pour aider les nouveaux réfugiés de la région de St. John's. Jusqu'à maintenant, à chaque année, 96 % des étudiants se sont portés volontaires pour participer.

Le réseau d'enseignement médical en milieu rural (REMMR) se développe depuis 2010 pour coordonner les activités d'enseignement médical réparties en milieux régionaux et ruraux de concert avec les quatre conseils de la santé et les collectivités locales. Le REMMR a fourni davantage d'occasions aux médecins de s'intégrer à l'enseignement médical pour les étudiants et les résidents en médecine, et de promouvoir leur propre formation continue, y compris l'enseignement et la formation par l'exemple en matière de responsabilisation sociale fondée sur les besoins en santé locale, ce qui comprend le projet six pour six visant à constituer une bourse et une capacité de recherche chez nos médecins enseignants en milieu rural.

UNIVERSITÉ DALHOUSIE

Fonder le curriculum en médecine sur une approche de plus en plus centrée sur le patient, la famille et la collectivité : Au cours de l'initiative de renouvellement du curriculum de 2010, de nombreux groupes d'intervenants ont été consultés. L'un des principes du processus consistait à s'assurer que les activités d'enseignement et d'apprentissage reposaient sur une approche axée sur le patient, la famille et la collectivité et concordaient avec les objectifs généraux de programme.

Consulter les intervenants communautaires et les autres professions dans la conception du curriculum de chaque faculté : Comme ci-dessus.

Mieux appuyer les étudiants en médecine et le corps professoral dans leur travail en tant que défenseurs des intérêts de la collectivité et dans l'établissement de relations plus étroites avec les collectivités qu'ils servent : Le programme sur les compétences professionnelles fournit aux étudiants les assises requises de sensibilisation de la collectivité et des possibilités d'établir des liens avec des organismes communautaires locaux. De plus, dans le cadre du curriculum de la première année, les étudiants consacrent une semaine dans une collectivité rurale/éloignée à se familiariser avec la collectivité, à apprendre à quel point une médecine de grande qualité est exercée dans la collectivité, et à se familiariser avec les défis auxquels la collectivité est confrontée sur le plan de la prestation de soins de santé. Les étudiants se prévalent également du programme facultatif pour favoriser la sensibilisation de la collectivité.

Offrir aux étudiants des possibilités d'apprentissage dans des collectivités à faibles ressources et marginalisées, ainsi que dans des milieux internationaux : Grâce au programme international facultatif et à divers programmes d'apprentissage de service, les étudiants ont de nombreuses possibilités d'apprentissage dans ces genres de lieux.

Appuyer les membres du corps professoral dans leur rôle de modèles d'imputabilité sociale en exerçant du leadership dans la restructuration du curriculum des études médicales pour le relier plus étroitement avec les besoins locaux, régionaux, nationaux et internationaux : Au moyen d'initiatives comme l'externat longitudinal intégré (ELI), l'initiative autochtone sur les sciences de la santé (IASS), le comité de responsabilité sociale, et le comité consultatif africain de la Nouvelle-Écosse, les membres du corps professoral obtiennent de l'appui dans le perfectionnement de leurs compétences en leadership pour les aider à combler les besoins des populations que l'école a pour mandat de servir.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

- Mise en place d'un *Comité d'apprentissage par le service communautaire (ASC)* composé de professeurs, professionnels et étudiants du programme
- Activité d'ASC incluses au curriculum obligatoire
 - dans le dossier prospectif de gériatrie depuis janvier 2013
 - dans le stage APP en communauté en 2e année (Projet-pilote Moncton-Saguenay depuis 2012 et déploiement dans les 3 sites depuis avril 2014)
- Instauration de midis rencontres/témoignages d'étudiants, professeurs ou autres membres de la communauté facultaire venant échanger sur leur implication communautaire (locale, nationale, internationale)
- Appui de plusieurs initiatives étudiantes (ex. : Bonbon, bon don; repas à la salle familiale de l'hôpital)
- Implantation d'un contingent spécifique à l'admission pour les candidats des Premières nations et inuits du Québec avec une structure d'appui particulière
 - Plusieurs activités d'ASC qui permettent une sensibilisation des participants aux réalités des communautés autochtones (Shaputuan, camp carrières santé, etc)
- Développement et consolidation de stages au niveau préclinique et externat dans les divers milieux de pratique au Québec et au Nouveau-Brunswick
- Reconnaissance avec des crédits optionnels pour les étudiants effectuant des stages en santé mondiale à l'international, Premières nations et au niveau des populations vulnérables
- Optimisation de la formation prédépart et au retour des étudiants effectuant des stages de santé mondiale ou à l'international en collaboration avec le Bureau des relations internationales de la faculté (BRI). Cette formation est devenue obligatoire pour les stages reconnus

UNIVERSITÉ LAVAL

L'Université Laval a adopté l'approche centrée sur le patient. Grâce aux cours Démarche Clinique (I à V) et Médecin, médecine et société (I à IV), lesquels abordent les relations intra et interprofessionnelles, la relation médecin-patient et l'approche socio-anthropologique de la médecine, les étudiants peuvent intégrer ces notions dans le quotidien afin de bien se préparer à la pratique médicale. Un volet Santé mondiale regroupant un programme de mobilité internationale (Stage international et interculturel et Profil International), un Stage interculturel auprès de clientèles diversifiées et un Stage auprès d'une communauté des Premières Nations et Inuits a été mis en place et est en constante évolution. L'Université Laval participe également au programme provincial de formation des médecins des Premières Nations et Inuits du Québec (PFMPNIQ) dont elle assume la gestion. En 2012, la Faculté de médecine a créé la Direction de l'imputabilité sociale et du professionnalisme (DISP) dont le mandat est de soutenir la Faculté pour qu'elle s'acquitte de ses obligations à l'égard de l'imputabilité sociale et qu'elle fasse progresser la recherche du professionnalisme dans l'ensemble de ses activités. La DISP a produit un cadre de référence permettant de situer l'imputabilité sociale et le professionnalisme au sein de la Faculté, ainsi qu'un rapport réflexif à l'égard du concept de diversité et de sa définition facultaire.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Pour mieux répondre aux besoins individuels et communautaires, notre faculté a franchi une autre étape avec la mise en place de l'approche patient partenaire. Le patient devient partenaire du médecin et de l'équipe médicale dans son parcours de soins. C'est une nouvelle philosophie de soins et d'approche de la réalité patient-maladie. Notre faculté lui a donné une telle importance qu'elle a mis en place une Direction collaboration et partenariat patient co-dirigée par un médecin et un patient.

Notre faculté est impliquée en éducation médicale dans diverses régions du Québec avec le Campus de la Mauricie, entre autres, et cette décentralisation de l'enseignement continue de se développer pour mieux répondre aux besoins des populations.

De plus, depuis 2012, notre faculté participe aux travaux du groupe international sur la responsabilité sociale des facultés de médecine francophones. Notre doyenne a aussi mis en place des ententes internationales avec divers pays (Brésil, Belgique, Suisse, France, Allemagne, Haïti, Bénin, etc.) pour des stages internationaux, favorisant une approche globale de la santé par nos étudiants. Également, la faculté supporte financièrement IFMSA Québec qui permet à de nombreux étudiants de notre programme de se familiariser et de s'impliquer à l'international, tant sur le plan des stages cliniques que de la recherche.

Dans notre programme de formation, nous avons ajouté des objectifs liés à la responsabilité sociale ainsi que certaines formations spécifiques ; le stage d'engagement social à l'externat permet d'intégrer l'approche des déterminants de la santé à ce qui se faisait déjà dans le stage de santé communautaire, en épidémiologie et dans le cours Aspects sociaux de la santé.

UNIVERSITÉ MCGILL

Lors de la première année du nouveau programme MDCM de l'Université McGill, les étudiants ont l'occasion de travailler avec un médecin de famille et de se concentrer sur certains patients par l'expérience longitudinale en médecine familiale (ELMF). Au cours de la deuxième année, dans le cadre du Projet d'alliance en santé communautaire (PASC) – Partenariat pour des collectivités plus saines, ils obtiennent la possibilité de collaborer avec des groupes locaux pour contribuer à améliorer la santé des collectivités et des populations. D'abord dirigé par des étudiants, ce nouveau volet au curriculum de McGill expose les apprenants aux déterminants sociaux, environnementaux, économiques et historiques de la santé pour différentes populations. Ce cours permet aux étudiants de consacrer du temps au secteur des organisations à but non lucratif et reflète les besoins en matière de santé des collectivités diversifiées et parfois marginales dans la ville de Montréal.

Les groupes communautaires sont diversifiés, ce qui donne aux étudiants la possibilité de travailler avec les personnes âgées, avec des personnes ayant une autonomie restreinte, avec des gens atteints du SIDA, avec des femmes qui vivent une grossesse à haut risque, des sans-abri, des adolescents, des patients atteints du cancer, des femmes autochtones et de nombreuses

autres personnes à Montréal. Le PASC repose sur des valeurs de coopération et de partenariat entre la Faculté de médecine de l'Université McGill et la collectivité dans laquelle elle réside. Cette exposition de la collectivité tient lieu de fondement d'une réflexion critique sur les déterminants sociaux de la santé et sur la façon dont cette situation se répercute sur les patients et les collectivités afin de proposer des interventions en vue d'améliorer la santé de la population. L'ELMF, le PASC et le cours facultatif sur la santé publique (pendant la quatrième année) ne sont que trois des nouveaux cours intégrés progressivement dans le curriculum MDCM.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

La Faculté a mis en place un certain nombre d'initiatives pour combler les besoins individuels et communautaires :

- Combinaison des sous-programmes de la société, l'individu et la médecine (SIM); de l'apprentissage par le service communautaire (ASC); du leadership; de la santé globale, des sciences humaines et de la pratique interprofessionnelle en un programme plus vaste de responsabilité sociale qui comprenait l'embauche d'un membre principal du corps professoral afin d'orienter le programme nouvellement créé. Outre un mandat de mieux servir les membres marginaux de la collectivité en veillant à ce que les sous-programmes concordent en ce sens, le programme appuie également les membres du corps professoral dans leur rôle de modèle d'imputabilité sociale en assurant du leadership dans le remaniement du curriculum en médecine pour établir des liens plus étroits avec les besoins locaux, régionaux, nationaux et internationaux.
- Exposition aux besoins sociétaux et aux exigences des étudiants de première année lors d'une semaine de formation obligatoire comportant des cours facultatifs tenus en milieu communautaire.
- Enseignement de questions de santé et de questions sociales autochtones et de la sécurité culturelle dans le cadre d'un cours d'introduction sur la santé autochtone et la médecine traditionnelle lors de la première année d'étude.
- Établissement de liens avec des personnes-ressource des collectivités urbaines, rurales et dans la réserve qui fournissent de l'expertise en matière de contenu dans les domaines de la culture autochtone, des pratiques cérémoniales, du protocole, et des connaissances traditionnelles.
- Collaboration avec des organisations de services de santé et de services sociaux des Premières nations, des Métis et des Inuits de milieux urbains et des réserves pour organiser des placements en apprentissage par le service communautaire, des stages d'observation et des rotations cliniques.
- Présentation d'une expérience obligatoire de service communautaire au cours de la première année, dans le cadre de laquelle les étudiants fournissent plus de 5 000 heures de service communautaire aux citoyens défavorisés de la collectivité chaque année.

UNIVERSITÉ QUEEN'S

Le programme de médecine à Queen's a pris des mesures pour régler des questions de diversité et d'équité en portant particulièrement attention aux étudiants en ce qui concerne les admissions, le programme et le climat culturel. Une déclaration officielle sur la diversité et l'équité a été rédigée comme fondement de ces mesures. Un groupe de la diversité formé d'étudiants, de membres du corps professoral et de membres du personnel a été constitué avec un budget annuel pour financer des initiatives visant à améliorer divers aspects de la diversité, avec la mission d'élaborer et de promouvoir un plan stratégique. Chargé de la concrétisation de cette vision, le doyen adjoint a publié trois blogues qui mettent en relief les principaux enjeux et font ressortir la valeur d'une diversité accrue pour l'école elle-même et la société qu'elle sert. Dans le cadre du programme, la diversité et les déterminants de la santé offraient de nouvelles occasions d'apprentissage, dont le Défi de la pauvreté de Kingston, le groupe et les dossiers de soins des patients LGBTQ, des conférenciers invités traitant de la santé des autochtones et des projets communautaires.

UNIVERSITÉ DE TORONTO

- Notre bureau de l'enseignement médical autochtone, qui a officiellement ouvert ses portes le 3 février 2014, accueille quatre personnes nommées à trois postes nouvellement créés : deux codirigeants de curriculum de la santé autochtone, un aîné autochtone en résidence, ainsi qu'un coordonnateur du curriculum médical de premier cycle aux autochtones. Le bureau fournit un espace adapté à la culture pour les étudiants en médecine autochtones, appuie l'élaboration d'initiatives de programme pour améliorer le discours dans l'enseignement médical autochtone, et favorise l'engagement auprès des communautés autochtones.
- Pour appuyer le développement et l'évaluation des éléments de curriculum dans des domaines couvrant le curriculum, particulièrement en ce qui concerne les besoins diversifiés de collectivités que nous servons, ainsi que notre place dans la communauté mondiale, nous avons créé des postes de dirigeant de programme en gériatrie, santé globale, promotion de la santé, santé des autochtones, et santé des LGBTQ.

UNIVERSITÉ WESTERN

La responsabilité sociale est une valeur de base de la vision de l'École de médecine et de dentisterie Schulich. Située dans une région diversifiée du Canada qui continue d'être confrontée à des difficultés économiques après 2008, l'École de médecine et de dentisterie Schulich possède une riche tradition de soutien des étudiants et des résidents qui apprennent dans des zones régionales et mondiales avec des scientifiques, des médecins et d'autres professionnels des soins de santé comme des éducateurs.

Notre école s'engage fermement envers la collectivité du sud-ouest de l'Ontario. London étant le centre régional tertiaire d'orientation pour les soins aux patients et compte tenu de notre longue tradition de soutien aux études pour faire avancer les soins et le savoir, nous appuyons l'économie régionale, la création de connaissances en santé et la transformation du système, et nous développons les générations futures de fournisseurs de soins de santé communautaires et tertiaires.

Au cours de leur première année, les étudiants se penchent sur les soins aux patients dispensés dans les collectivités rurales. Dans les cours précédant le stage, le rôle des soins aux patients atteints d'affections aiguës et chroniques, dispensés avec d'autres professionnels de la santé, est intégré dans tous les établissements. Les possibilités estivales de stages cliniques et de recherche dans notre réseau réparti d'éducation appuient les étudiants de l'UME qui dispensent des soins dans des régions rurales et diversifiées.

L'École de médecine et de dentisterie Schulich parraine et accueille fièrement les programmes facultatifs de santé globale de nos partenaires pour toutes les années d'apprentissage. Ce rôle concorde avec les valeurs et le plan stratégique de l'école. L'école appuie également les objectifs d'apprentissage du plan stratégique de Western de façon sécuritaire dans un contexte de partenariats internationaux.

L'éducation en santé globale est intégrée dans tous les cours du curriculum. Le stage offre des rotations dans des sites ruraux et régionaux pour vivre des expériences fondamentales en médecine familiale et dans d'autres spécialités. Nos étudiants défendent également avec vigueur la prestation de services et les initiatives philanthropiques ayant pour but d'améliorer la santé des populations défavorisées de notre région et du monde entier.

Notre programme repose sur les principes des soins axés sur le patient et sur la famille. L'École de médecine et de dentisterie Schulich dirige la mise en œuvre d'un nouveau plan stratégique pour son réseau réparti d'éducation. Ce plan est élaboré avec la contribution de partenaires régionaux des soins de santé et communautaires, ainsi que dans le cadre d'un partenariat du sud-ouest de l'Ontario constitué d'établissements de soins de santé, de réseaux communautaires et d'établissements d'enseignement – dont trois collèges et trois universités du réseau universitaire des sciences de la santé du sud-ouest (RUSSSO) – pour faire progresser un modèle régional d'éducation et de soins de santé axé sur la collaboration et la qualité.

ÉCOLE DE MÉDECINE DU NORD DE L'ONTARIO

Lors de sa fondation, l'école de médecine du Nord de l'Ontario s'est vue attribuer un mandat de responsabilité sociale et un engagement de nature communautaire. Notre programme d'études prédoctorales en médecine s'implique dans nos collectivités de multiples façons et à de nombreux niveaux. Par exemple, nos apprenants expérimentent toute une gamme de placements dans la collectivité. Ils sont exposés à un volume d'enseignement considérable sur les déterminants sociaux de la santé et les enjeux de santé communautaires et ils consacrent beaucoup de temps à collaborer avec des enseignants-cliniciens du secteur communautaire dans l'apprentissage des soins axés sur le patient. Nous nous concentrons énormément sur les besoins des collectivités du nord de l'Ontario en matière de santé, mais nous sommes également très actifs à l'échelle mondiale, en assurant la promotion de l'enseignement de la médecine engagé dans la collectivité, de l'éducation socialement responsable, de l'apprentissage longitudinal et de la santé mondiale par une multitude d'initiatives, dont bon nombre impliquent (et dans certains cas sont dirigées par) nos étudiants en médecine.

UNIVERSITÉ DU MANITOBA

1. Nous tenons une semaine rurale au cours de laquelle 110 étudiants se rendent sur environ 45 sites dans le but de comprendre la communauté et le rôle du médecin de famille au sein de celle-ci. Les étudiants reviennent sur le campus et présentent leurs conclusions le dernier jour de leur présence.
2. Lors de la transition vers le stage clinique, nous avons ajouté deux semaines communautaires pendant lesquelles les étudiants qui en sont au début de leur troisième année de médecine se rendent dans 10 organismes communautaires chacun pour comprendre le rôle de l'organisme et les besoins des clients. Au cours de ces semaines, ils se concentrent particulièrement sur la santé autochtone, la santé mentale et la gériatrie.
3. Dans le nouveau programme pré-stage clinique, lancé en août 2014, et dans le nouveau programme de stage clinique, lancé en août 2013, il existe un cours longitudinal sur la santé autochtone dirigé par le Dr Barry Lavalée, qui est échelonné sur les quatre ans. Je crois qu'il s'agit de l'un des curricula sur la santé autochtone les plus exhaustifs qui soit disponible en Amérique du Nord. Il y a des séances très innovatrices. Par exemple, il existe une séance d'apprentissage par échange avec l'être humain au cours de laquelle les étudiants parlent à un aîné autochtone de leurs expériences de vie. Il y a également des séances de réflexion une fois qu'ils ont entrepris leur service en salle d'hospitalisation afin que les étudiants puissent réfléchir avec des membres du corps professoral autochtone sur les expériences de patients autochtones.
4. Parc Jacob Penner : C'est un parc qui se trouve juste en face de l'école de médecine où nos étudiants dirigent un programme post scolaire pour les enfants de la région, qui est l'une des régions urbaines du Canada parmi les plus défavorisées sur le plan socio-économique.
5. Ces deux dernières années, l'Université du Manitoba a piloté une construction d'Habitat pour l'humanité, ce qui illustre l'importance du logement comme déterminant de la santé. Des étudiants se portent volontaires comme charpentiers et manœuvres pour cette construction en juin de chaque année.
6. Centre scientifique du centre-ville : L'Université en partenariat avec la division scolaire un de Winnipeg du centre Ma Mawi Wi Chi Itata, permet aux enfants du centre-ville de s'engager très tôt dans le domaine des sciences. En outre, un camp scientifique pour les jeunes du centre-ville se tient sur notre campus durant la saison estivale afin que les jeunes y participent.
7. Dîner « Le riche et le pauvre » : Il y a chaque année un dîner « Le riche et le pauvre » auquel prennent part les étudiants et les membres du corps professoral. Une personne à chaque table obtient un repas rempli de protéines et de légumes et les sept autres à chaque table reçoivent un repas à faible budget comportant des féculents. Les profits de ce dîner vont à Moisson Winnipeg ou à la Mission Shalom, un refuge pour sans-abris de la ville.

UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN

Situation actuelle

Le Collège de médecine s'engage à intégrer la responsabilité sociale dans ses activités d'éducation, de recherche et de service, et a reconnu le rôle de l'apprentissage par le service pour son corps professoral et ses étudiants qui réalisent cet engagement. Le Collège appuie un certain nombre de programmes et d'initiatives qui répondent aux besoins en santé communautaire, notamment la santé des Autochtones, les soins de santé primaires, les zones urbaines et rurales mal desservies, le sexe et l'équité, l'écosanté, la santé des immigrants et des réfugiés et la santé globale.

En 2011, le Collège de médecine a constitué la Division de la responsabilité sociale en vue de la promotion et du soutien à l'obligation du Collège pour orienter son modèle d'activité clinique, de défense des droits, de recherche et d'éducation (modèle CARE) vers des activités axées sur les priorités en matière de santé des communautés locales, régionales, nationales et internationales. La division a également lancé un magazine Web sur la responsabilité sociale, qui informe les intervenants du Collège de médecine de ce qui se produit dans le domaine de la responsabilité sociale.

Regard vers l'avenir

- 1) **Cerner davantage les besoins individuels et communautaires en santé :** Le Collège de médecine devrait chercher activement à établir des rapports et des liens avec les autorités régionales en santé, les organisations de santé communautaire et d'épidémiologie et la Saskatchewan Physician Recruitment Agency pour mieux cerner les besoins en santé des individus et des collectivités de la province. Un coordonnateur de projet rémunéré devrait être recruté pour contribuer à renforcer ces liens. Cette personne pourrait également contribuer à réaliser des évaluations des besoins et à l'élaboration de projets de recherche pour répondre aux besoins en santé qui ont été établis. Des groupes de recherche devraient également être constitués dans les cinq centres améliorés de formation du Collège de médecine pour contribuer aux évaluations des besoins et à la conception de la recherche.
- 2) **Favoriser des liens plus étroits avec les collectivités de la Saskatchewan :** Le Collège de médecine travaille au développement de sites d'apprentissage répartis dans des lieux plus ruraux de la province, où les étudiants recevront l'essentiel de leur formation clinique, ce qui établira des liens plus étroits entre les collectivités et l'établissement d'enseignement. On incitera les étudiants à collaborer avec des organisations communautaires pour faire des recherches sur des questions de santé locale. Les membres du corps professoral doivent apporter leur soutien aux précepteurs locaux pour leur permettre de s'engager dans la collectivité. Les précepteurs locaux devraient également recevoir des cours de perfectionnement du corps professoral sur la réalisation d'évaluations des besoins. Des représentants du Collège de médecine devraient se rendre dans les différentes collectivités de la province pour se familiariser avec les besoins en santé des résidents de la collectivité et pour tisser et consolider des liens. Il devrait y avoir un agent de liaison dans chaque collectivité où il y a des apprenants pour accueillir ces derniers et leur apporter le soutien dont ils ont besoin pour connaître du succès.
- 3) **Continuer à soutenir la division de la responsabilité sociale :** Il faut continuer d'apporter un soutien vigoureux à la division de la responsabilité sociale et à ses programmes et possibilités de formation, comme l'établissement de liens (Making the Links) et l'initiative sur le bien-être des étudiants en faveur de la santé communautaire (SWITCH). Il convient d'encourager et de soutenir les groupes d'étudiants. La mise en œuvre de cette recommandation et des deux recommandations précédentes générera de nouvelles connaissances sur les besoins en santé des individus, des collectivités et des régions. Les praticiens et les étudiants comprendront mieux les déterminants de la santé dans leurs collectivités. Ce groupe de travail a pour objectifs ultimes d'améliorer la santé des individus et des collectivités et de susciter davantage d'enthousiasme à l'égard de la présence des apprenants dans les collectivités.

1

RECOMMANDATION 1 : Répondre aux besoins individuels et communautaires

UNIVERSITÉ DE L'ALBERTA

Dans le cadre de notre responsabilité sociale et de nos obligations redditionnelles, les groupes d'examen du curriculum ont fourni une liste de suggestions pour veiller à ce que notre programme d'éducation concorde avec les divers besoins de notre population en matière de prestation de soins de santé de haute qualité. Pour faciliter l'application de cette recommandation au niveau du contenu, notre programme a revu les objectifs sur les 4 ans du programme afin que notre formation s'harmonise mieux avec les besoins de la collectivité. Les soins adaptés à la culture ont été adoptés comme élément de base du cours sur l'art d'être médecin. Nous avons un groupe de travail sur le curriculum qui se consacre à la santé urbaine et les objectifs élaborés s'intègrent au contenu sur la promotion de la santé, les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. Le contenu et le curriculum qui se consacre à ce contenu ont été mis en œuvre avec succès dans le cours sur l'art d'être médecin.

Pour répondre aux besoins de notre population vieillissante, nous avons passé en revue nos objectifs de curriculum à l'égard des soins aux aînés, avons établi dans quelle mesure le contenu est couvert sur les quatre ans du programme et avons révisé les cours pour répondre aux objectifs de manière plus exhaustive. Nous modifions l'orientation de l'externat de manière à donner davantage d'expérience clinique en médecine gériatrique.

L'apprentissage par le biais du bénévolat constitue un volet crucial du cours sur l'art d'être médecin qui permet aux étudiants de se familiariser rapidement avec le contexte et d'acquérir de l'expérience des besoins de diverses populations au sein de notre collectivité. Notre programme fournit également à certains étudiants une meilleure expérience dans le cadre d'un programme d'externat communautaire échelonné sur toute l'année dans lequel les étudiants sont intégrés à une pratique de généraliste comportant un précepteur communautaire. Un programme-pilote de 6 semaines est en place pour offrir aux étudiants en préclinique l'occasion d'apprendre dans le contexte d'une collectivité rurale.

Au fur et à mesure que notre programme continue de développer une meilleure capacité de prendre en compte les changements au curriculum, l'accent sera davantage mis sur le professionnalisme civique et sur l'apprentissage par le biais du bénévolat étudiant au sein de la collectivité. Nous offrirons aussi davantage de perfectionnement de la part du corps professoral sur la responsabilité sociale axée sur le développement de modèles ainsi que de la formation pour les étudiants sur l'importance de connaître les divers contextes de patients pour mieux servir les populations marginales dans le système de soins de santé.

UNIVERSITÉ DE CALGARY

- Mise en œuvre du groupe de travail sur la médecine familiale Brownell, qui comprenait la mise en place des premières expériences cliniques en médecine familiale. Notre première concordance avec la médecine familiale (objectif de 40 %), était de 48 % l'an dernier et est de 38 % cette année.
- La Faculté de médecine Cumming (FMC) a pris un certain nombre de mesures, sur le plan philosophique, pour adhérer à la vision de l'AEMC :
- La nomination de la D^{re} Jennifer Hatfield comme doyenne associée (et de la Dre Gwen Hollaar comme doyenne adjointe) en santé internationale / globale. À compter de 2015, la Dre Hatfield assumera un rôle élargi à titre de doyenne associée, Partenariats stratégiques et engagement communautaire.
 - Il en découlera un poste de doyen adjoint, Santé autochtone (tel que proposé par le groupe de travail).

- En 2014, il y a eu approbation d'un document mis à jour sur les buts, les objectifs et la philosophie comportant les révisions suivantes :
 - L'ajout de l'objectif suivant : « Procurer un environnement qui favorise la collégialité, la pratique déontologique et le professionnalisme chez les étudiants, le corps professoral et d'autres professionnels de la santé connexes pour former de futurs médecins aptes à travailler en coopération avec une équipe de fournisseurs de soins de santé, en mesure de fournir des soins de santé complets, compétents socialement à notre population diversifiée sur le plan socioculturel avec un objectif de responsabilité sociale pour tous les citoyens du monde. »
 - La révision de l'objectif de résultat suivant : « Appliquer une approche exhaustive axée sur le patient dans l'évaluation et les soins des patients, y compris la sensibilité aux différences sur les plans de l'orientation et de l'identité sexuelles, des croyances culturelles et spirituelles, des attitudes et des comportements, ainsi que des situations économiques. »
- En 2014 ont été apportées des révisions au plan stratégique de l'ÉMC, qui comprend certains énoncés liés à ce domaine, comme : « L'ÉMC a déjà pris des engagements à l'égard de plusieurs de ces thèmes, dont la responsabilité sociale, l'éducation en divers établissements et le généralisme. Nous maintiendrons notre engagement à l'égard des priorités de l'AEMC et nous élargirons les possibilités pour nos étudiants de premier cycle en médecine. Nous nous engageons à ce que nos médecins diplômés aient une conscience sociale/mondiale plus aiguë. »

UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Au cœur du développement de notre programme élargi et distribué se situe notre croyance en l'apprentissage par transformation — l'élaboration et la réalisation d'expériences éducatives qui modifient la vie de nos étudiants, de nos éducateurs, et des patients et des collectivités que nous servons. Motivé par l'innovation, la mission professorale, la responsabilité sociale, l'équité, la diversité et l'amélioration de la qualité continue, notre programme d'études de premier cycle en médecine combine la mission professorale en enseignement en matière de santé et l'apprentissage communautaire afin que nos diplômés offrent d'excellents soins cliniques et soient prêts pour une pratique fondée sur l'expérience clinique, la réflexion critique et l'apprentissage continu.

Les données recueillies par notre Unité des études d'évaluation révèlent les premières tendances suivantes à la suite de l'élargissement et de la distribution de notre programme d'études en médecine :

- Capacité accrue de services de soins de santé dans la province assurée par un nombre plus élevé de résidents cliniques.
- Nombre accru de médecins qui entreprennent une pratique indépendante chaque année.
- Rétention accrue de médecins en Colombie-Britannique.
- Nombre accru de médecins qui pratiquent dans des régions rurales et dans des autorités sanitaires.
- Le lieu de formation peut exercer un impact sur le choix de formation spécialisée en résidence des gradués en médecine.

Les principaux intervenants (dont le corps professoral, les étudiants, le gouvernement et les autorités sanitaires) ont largement pris part à l'élaboration de notre nouveau curriculum, en veillant à ce que l'enseignement reçu par nos étudiants les prépare à combler les besoins des collectivités qu'ils serviront.

RECOMMANDATION 2

Améliorer les processus d'admission

2

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.

Innovations dans nos facultés de médecine

UNIVERSITÉ MEMORIAL

À titre de volet important de notre responsabilité sociale envers les besoins en soins de santé de notre province dans le recrutement, la sélection et le soutien d'un amalgame représentatif d'étudiants en médecine, la Faculté de médecine de l'Université Memorial compte trois secteurs prioritaires de diversité des étudiants : les autochtones de Terre-Neuve-et-Labrador, des étudiants des régions rurales et éloignées, et des étudiants démunis sur le plan économique.

Nous avons adapté nos critères d'admission afin de les faire concorder avec notre mandat de responsabilité sociale. Les composantes universitaires et personnelles de la demande de chaque étudiant sont évaluées sur une base individuelle, chaque membre du comité prenant en compte la situation personnelle des candidats et les facteurs défavorables possibles.

Nous avons élaboré des programmes d'orientation et de recrutement (pipeline) qui relient des étudiants de collectivités sous-représentées, comme l'initiative relative à la santé des Autochtones. Les collectivités, qui sont largement représentées au sein des comités des admissions et des entrevues, comptent notamment des représentants des collectivités autochtones, des collectivités rurales, ainsi que du grand public. Les collectivités autochtones prennent part à l'élaboration de programmes spéciaux qui établissent des liens avec notre voie parallèle d'admission des autochtones. Exemples : MedQuest, l'initiative relative à la santé des autochtones avec orientation vers les études pré médicales, les voies de l'institut d'été d'études pré médicales, Medical mentorship@MUN, et le groupe d'intérêt sur la médecine rurale qui est dirigé par les étudiants actuels. Les programmes autochtones et les programmes pipelines ruraux et éloignés valorisent et profilent des membres diversifiés du corps professoral ainsi que des leaders et mentors pour attirer une base de candidats plus diversifiée.

Le service des admissions aux études de médecine de l'Université Memorial de Terre-Neuve est très actif en recherche et développement dans le but d'évaluer l'impact de la modification des critères et des processus d'admissions. En 2013, nous avons instauré une version hybride de l'entrevue traditionnelle et de la mini-entrevue multiple (ETMEM) dans le cadre de laquelle chaque candidat interviewé participe à huit sessions (dix minutes) de MEM avec un évaluateur, à chaque station, et à une entrevue traditionnelle de 30 minutes devant un groupe de deux personnes, pour évaluer si la personne est apte à être acceptée à l'école de médecine. Cette façon de procéder permet d'évaluer le rendement de l'entrevue traditionnelle par rapport à la MEM dans notre processus d'admissions.

UNIVERSITÉ DALHOUSIE

Adapter des critères d'admissions pour qu'ils concordent plus avec le mandat des facultés sur le plan de l'imputabilité sociale : Grâce à la promotion sociale, l'école de médecine de Dalhousie a admis des Néo-Écossais d'origine Africaine et des personnes autochtones de la région des Maritimes avec succès. À l'heure actuelle, 13 Néo-Écossais d'origine Africaine sont inscrits à l'école de médecine, contre un seul au cours des 140 années précédentes. Les étudiants autochtones forment présentement environ 1 % de chaque classe (la représentation varie de 0 % à 2 %).

Élaborer de nouveaux outils pour les admissions qui ont une valeur significative de prédiction des attributs souhaités dans la pratique médicale future et faire de la recherche à cet égard : À l'automne 2014, le bureau des admissions, de concert avec les études médicales prédoctorales, a procédé à un examen rétrospectif des étudiants qui avaient été cités pour leur professionnalisme ou qui avaient tendance à éprouver de la difficulté à s'ajuster aux examens et (ou) à l'externat. Quelque 60 % des personnes identifiées avaient obtenu un faible pointage aux MEM. Par conséquent, le pointage minimal des MEM en vue de l'admission a été relevé (décision approuvée par le comité des admissions en novembre 2014). Nous recueillons des données sur les caractéristiques autres qu'universitaires (bénévolat, expérience liée à la médecine, passe-temps, etc.) qui sont actuellement évaluées dans le cadre du processus des admissions. Ces données seront analysables dans 3 ans.

Élaborer des programmes d'orientation et de recrutement (pipelines) qui mettent en contact les étudiants des collectivités sous-représentées avec le système d'éducation médicale : Des séances et des programmes de sensibilisation qui sont offerts aux populations autochtones et Néo-Écossaises d'origine africaine sont préparés de concert avec le bureau de la santé globale. Au Cap-Breton, où vit la majeure partie de la population autochtone de la Nouvelle-Écosse, un programme à l'intention des autochtones est offert par l'Université du Cap-Breton. Un membre du corps professoral de la faculté de médecine qui travaille dans ce programme a pour mission de faciliter notre interaction.

Valoriser et mettre en évidence divers membres du corps professoral universitaire en tant que chefs de file et mentors de manière à attirer un bassin de candidats plus diversifié : L'Université Dalhousie fait partie d'un programme de contrats fédéraux lié à l'équité en emploi.

Travailler avec les gouvernements fédéral et provinciaux pour surveiller la gestion de la dette étudiante et créer des politiques qui encouragent un large éventail de candidats : Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a récemment mis en place un programme de paiement des frais de l'école de médecine (<http://novascotia.ca/news/release/?id=20150108003>) dans le cadre d'une entente de service compensatoire. De plus, l'école de médecine de Dalhousie a amassé 10 millions de dollars comme bourse pour les étudiants défavorisés. La Faculté de médecine verse maintenant plus de 1 million de dollars annuellement en aide financière aux étudiants.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

- Politique facultaire pour la promotion de la diversité qui vise 4 groupes minoritaires, soit les candidats provenant des minorités francophones au Canada, des régions autres que métropolitaines et limitrophes, de milieux socioéconomiques défavorisés et de milieux autochtones
- Modification du processus de sélection du « choix de site de formation » pour permettre une décision plus éclairée pour les candidats en lien avec le programme délocalisé à Saguenay (formation en région)
- Abandon du TAAMUS en faveur d'une augmentation du % pour les MEM (compétences transversales) qui ont une valeur significative de prédiction reconnue
- Programme conjoint des 4 facultés au Québec pour favoriser l'accès à la formation médicale auprès des Premières nations et Inuits du Québec (Programme PNIQ)
- Tournée de diverses régions du Québec pour rencontrer des candidats potentiels
- Instauration d'un programme de bourses financées par les professeurs (\$170,00 par année) pour les étudiants ayant les meilleurs dossiers d'admission ou présentant des difficultés financières
- Implantation au printemps 2015 d'une « directive de mobilité étudiante intersites » pour l'ensemble des étudiants, couvrant l'ensemble du parcours curriculaire
- Processus de réflexion en cours au Comité d'admission par 3 sous-comités : profil des candidats (diversité), catégories particulières (parcours particulier), exigences de base et cours préalables

UNIVERSITÉ LAVAL

Les trois universités francophones du Québec ont développé un processus conjoint de passation de mini-entrevues multiples francophone intégré (MEMFI) pour les postulants et postulantes, permettant ainsi une meilleure sélection des candidats et candidates. Ce processus vise un ensemble de caractéristiques individuelles autres que les capacités cognitives, jugées favorables au développement des compétences souhaitées chez les futurs médecins. L'Université McGill a développé ses propres MEM tout en poursuivant les mêmes objectifs. Une collaboration a été développée entre les quatre facultés pour la mise en commun des analyses et résultats. Par ailleurs, les quatre facultés ont développé des projets de recrutement longitudinal (pipelines) pour des clientèles ciblées afin de favoriser une plus grande diversité (socio-économique, région rurale, etc.). De plus, un contingent québécois particulier d'admission pour des postulants d'origine autochtone est en place pour l'ensemble de nos facultés. Ce programme pour les Premières Nations et Inuits du Québec (PNIQ) prévoit des critères facilitateurs et un accompagnement particulier pour ces étudiants et étudiantes. Il y a également un travail significatif qui est effectué dans les communautés pour susciter l'intérêt des jeunes. Inspirés de travaux menés à McGill, les facultés québécoises ont mis en place un sondage sur la diversité étudiante, permettant un éclairage sur la sélection effective du processus d'admission.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Les trois universités francophones du Québec ont développé un processus conjoint de passation de mini-entrevues multiples francophones intégrées (MEMFI) permettant une meilleure sélection des candidats et candidates. Ce processus vise l'évaluation d'un ensemble de caractéristiques individuelles jugées favorables au développement des compétences, autres que la réussite scolaire, souhaitées chez les futurs médecins. De plus, des places sont maintenant réservées pour des postulants autochtones dans les quatre facultés. Ce programme pour les Premières Nations, Métis et Inuits prévoit des critères facilitateurs et un accompagnement particulier. La Faculté de médecine de l'Université de Montréal effectue également un travail significatif dans les communautés pour susciter l'intérêt des jeunes pour les études supérieures en santé en organisant, entre autres, des mini écoles de médecine dans ces régions à dominance autochtone.

La Faculté de médecine de l'Université de Montréal a mis en place dans les dernières années, son propre Bureau de la diversité et une politique de diversité étudiante pour le programme MD. De concert avec les trois facultés francophones du Québec nous avons développé un sondage sur la diversité étudiante qui permet un éclairage sur l'efficacité du processus d'admission. Par ailleurs, notre faculté a conçu le projet SEUR (Sensibilisation aux Études, à l'Université et à la Recherche) qui se veut être un plan de recrutement longitudinal pour des clientèles ciblées défavorisées du secondaire afin de favoriser une plus grande diversité (socio-économique, région rurale, etc.).

UNIVERSITÉ MCGILL

La taille du bassin de candidats de la Faculté de médecine a plus que doublé depuis 2007. En 2013, la faculté a reçu 2 831 demandes pour 185 places. Depuis 2011, le bassin de candidats est d'au moins 10 fois la taille maximale des classes. Sur le plan des qualifications, au cours de la même période, nous avons constaté que la moyenne pondérée cumulative du bassin de candidats est passée de 3,77 en 2007 à 3,84 en 2013.

L'Université McGill invite les candidats de tous les milieux par le truchement d'un système ouvert, inclusif et bilingue. Tous les candidats sont évalués en fonction d'un processus de sélection uniformisé et rigoureux. La faculté surveille la diversité des étudiants en médecine au moyen d'un sondage démographique. Au vu de ces données, le Comité d'expansion de la participation de la faculté détermine quelles populations devraient être au cœur des activités additionnelles de recrutement et de sensibilisation.

L'Université McGill participe – avec l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke et l'Université Laval – au programme provincial des facultés de médecine pour les Premières nations et les Inuits du Québec, qui réserve quatre places surnuméraires dans les programmes de médecine pour les étudiants des Premières nations ou Inuits admissibles qui résident au Québec. Le programme est en place depuis 2008 et sa population universitaire s'est accrue chaque année. À l'automne 2014, l'Université McGill a inscrit trois étudiants des Premières nations à leur première année de l'école de médecine et deux autres étudiants à l'année préparatoire ou propédeutique des programmes.

De plus, le Bureau des admissions donne du soutien financier aux étudiants qui sont invités à des entrevues, mais pour lesquels les frais de déplacement et de présence constituent un obstacle. Les étudiants sont informés de ce service lorsqu'ils sont invités à l'entrevue.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Le mandat de notre comité des admissions consiste à sélectionner des étudiants accomplis et ayant de bons résultats scolaires qui représentent les trois cultures du Canada (autochtone, francophone et anglophone). Notre processus de demande comporte donc un groupe de candidats ayant une ascendance autochtone avérée, des candidats de langue française et des Anglophones. Les capacités cognitives sont évaluées au moyen du classement de la MPC (l'Université d'Ottawa n'exige pas le MCAT, car il s'agit d'un outil en anglais seulement) et les candidats doivent également avoir suivi préalablement des cours de sciences et de lettres et sciences humaines. Le comité classe ensuite le portrait autobiographique selon les catégories suivantes : études, travail bénévole, activités parascolaires, recherche, emploi et prix, au moyen d'une grille préétablie. Les candidats les mieux classés sont alors invités à une interview individuelle successive semistructurée de 40 minutes (1 membre du corps professoral, 1 membre de la collectivité et 1 étudiant en quatrième année de médecine) au cours de laquelle huit valeurs clés et des caractéristiques personnelles sont évaluées de manière assez approfondie.

Nous considérons que notre processus d'admission constitue un excellent exemple d'examen socialement responsable de candidats basé sur une mission qui englobe tous les intervenants, du corps professoral aux étudiants et aux membres de la collectivité.

Nous avons également élaboré un programme pipeline comportant des séances de mini-école de médecine appelées « Venez marcher dans nos mocassins », qui inspirent les étudiants autochtones, Inuits et Métis des niveaux secondaire et postsecondaire et d'âge adulte à se mettre en lien avec le système d'enseignement de la médecine. Le Bureau des affaires francophones offre également des séances de mini-école de médecine pour la population francophone du Canada.

UNIVERSITÉ QUEEN'S

MEM

En 2011, le Comité des admissions a mis en œuvre un processus de mini-entrevue multiple (MEM). La MEM permet au comité de produire des situations réelles afin d'observer et d'évaluer les qualités non-cognitives des candidats, comme la réflexion critique, le comportement professionnel, le comportement éthique, la promotion des droits et les habiletés en communications. Les critères permettent au comité d'admettre des candidats qui sont en mesure d'améliorer leurs capacités de concert avec les sept rôles du Cadre des compétences CanMEDS pour les médecins.

Candidats autochtones

Le Comité des admissions a joué un rôle crucial dans la coordination des efforts visant à élargir et diversifier le bassin de candidats à l'école de médecine de Queen's. Au cours des deux dernières années, le Bureau des admissions a déployé un effort concerté pour augmenter le recrutement des étudiants autochtones de concert avec le personnel de recrutement du Four Directions Aboriginal Centre de l'Université Queen's.

L'école de médecine a contribué à l'événement du Four Directions Center sur les « Jours pour diplômés et professionnels autochtones ». Cet événement est également prévu de concert avec les entrevues de candidats autochtones pour le programme d'études prédoctorales de médecine afin que les candidats soient informés des ressources auxquelles ils ont accès pendant qu'ils sont étudiants au programme d'études prédoctorales de médecine. Ces efforts de collaboration ont permis une augmentation significative des demandes au programme d'études prédoctorales de médecine, et par conséquent davantage d'offres d'admission faites à des candidats autochtones.

Études doctorales en médecine

Le comité des admissions a maintenant admis 3 cohortes d'étudiants à la maîtrise et au doctorat en médecine. Le programme, lancé en 2012, procure des avantages sur les plans de la mission professorale et du perfectionnement professionnel des médecins et des scientifiques en permettant une meilleure intégration des expériences de formation clinique et de recherche et en offrant de meilleures occasions de favoriser la recherche translationnelle. Nos programmes sont conformes aux orientations stratégiques du Plan stratégique des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Stratégie scientifique et technologique du gouvernement du Canada, qui soulignent la nécessité d'offrir davantage de formation transsectorielle et pluridisciplinaire, de favoriser l'excellence en recherche, de transformer le savoir en applications pratiques et d'augmenter le bassin de personnes chevronnées.

Voie accélérée vers l'école de médecine de l'Université Queen's (QuARMS)

À compter de 2013, le processus QuARMS a admis annuellement 10 élèves de l'école secondaire dans un curriculum de premier cycle unique d'une durée de deux ans qui prépare ces élèves à entrer directement dans le programme des études de médecine. Outre leur inscription aux cours de première et de deuxième année à Queen's, les étudiants de QuARMS seront exposés à des stratégies de formation expérientielle visant à augmenter leurs compétences en promotion des droits et leurs habiletés en communication et en collaboration, ainsi que leur professionnalisme. Cette initiative éducative raccourcira la longueur minimale de la formation de premier cycle des étudiants avant qu'ils entrent à l'école de médecine, tout en enrichissant et en ciblant leurs expériences scolaires et parascolaires afin de les préparer à un accès direct à la formation en médecine.

UNIVERSITÉ DE TORONTO

- Notre programme de demande pour étudiants autochtones (PDÉA) favorise et soutient l'accès des étudiants autochtones au programme d'études prédoctorales en médecine. Dans le cadre de ce programme, les candidats qui s'identifient comme autochtones sont invités à participer à un processus d'admissions accueillant et adapté à la culture. Au cours du cycle des admissions de 2010 à 2014, on a quadruplé le nombre de demandes de personnes qui se sont dites d'ascendance autochtone.
- Nos trois programmes distincts de bourses pour étudiants dans le besoin offrent des fonds additionnels aux étudiants qui, autrement, ne pourraient pas présenter de demande d'entrée au programme d'études en médecine en raison de situations financières particulièrement difficiles. De 2010-2011 à 2013-2014, on a assisté à une hausse de 1 158 300 \$ du montant total de bourses pour étudiants dans le besoin offert à nos étudiants en médecine, ce montant passant de 417 000 \$ en 2010-2011 à 1 575 300 \$ en 2013-2014.
- En juillet 2014, nous avons célébré le vingtième anniversaire de notre programme estival de mentorat (PEM), qui offre aux élèves du secondaire de descendance autochtone et africaine une occasion d'étudier les sciences de la santé à l'Université de Toronto pendant quatre semaines en juillet. Quelque 97 % de nos anciens du PEM ont achevé ou effectuent actuellement leurs études postsecondaires. Parmi eux, 20 % sont dans le domaine des sciences de la santé et 4 % sont en médecine. (Les données sur les résultats sont fondées sur des réponses de 52 % des diplômés du PEM de 1994 à 2011 (n=302))

UNIVERSITÉ MCMASTER

Le programme des études prédoctorales de médecine de l'Université McMaster est né d'une aspiration à la rébellion visant à remanier tout ce qui entoure l'enseignement de la médecine. Même au sommet du mouvement de contre-culture des années 1960, il était hasardeux d'adopter des méthodes non fondées d'admission et de formation d'étudiants en médecine. Néanmoins, dès les débuts de l'école de médecine à l'époque, les processus traditionnels de l'admission ont été placés sous la loupe et remplacés rapidement.

Pour l'essentiel, l'Université McMaster a rejeté la spécification des cours préalables et a valorisé les expériences non universitaires, ce qui a permis d'améliorer la diversité dans les classes de l'école de médecine et d'accueillir des étudiants plus matures que l'on croyait susceptibles d'exceller dans le nouvel environnement d'apprentissage fondé sur l'examen de problèmes. On estimait que le MCAT, axé essentiellement sur le fondement scientifique de la médecine, était aux antipodes des objectifs de recrutement de l'Université McMaster.

Au cours de la période préalable à l'AEMC, l'Université McMaster a commencé à amalgamer les épistémologies souvent paradoxales de la psychométrie et les caractéristiques non cognitives des candidats. Bon nombre d'entre nous reconnaissons le caractère embarrassant de la théorie et de la rhétorique du concept des caractéristiques non cognitives, la terminologie qui persiste, la description des habiletés en communications, les approches éthiques de la prise de décisions, la réflexion critique, la capacité de collaborer, etc. L'amalgame dans le principe psychométrique de plusieurs échantillons pour améliorer la fiabilité a mené à l'élaboration de la mini-entrevue multiple (MEM).

Existait-il une façon de transposer les avantages (échantillonnage multiple) et l'orientation (évaluation portant surtout sur les caractéristiques non cognitives) de la MEM aux étapes de préentrevue et de sélection du processus des admissions? Le lancement d'un test de jugement en ligne, par vidéo, fondé sur des situations, appelé Évaluation informatique de l'échantillonnage des caractéristiques personnelles (CASPer) constituait une affirmation de notre croyance des possibilités. De plus, l'utilisation des vidéos pour illustrer un problème pratique que doit régler le candidat permet à l'école d'adapter graduellement le contenu aux domaines auxquels nous accordons de l'importance. Par exemple, tous les candidats sont exposés à au moins une vidéo sur des questions de santé et de soins de santé des autochtones.

L'orientation historique de McMaster vers l'admission d'étudiants qui ont des antécédents scolaires diversifiés a continué de bien nous servir au fil des ans, et a maintenu l'accent placé sur l'innovation en matière d'admissions. L'attention durablement portée par McMaster sur l'utilisation des outils du processus des admissions pour atteindre des objectifs d'admissions uniques continue de donner lieu à des innovations en matière d'admissions socialement responsables et adaptés à la technologie.

UNIVERSITÉ WESTERN

Notre école est fière de la diversité qui se reflète dans nos classes d'études médicales de premier cycle (EMPC), dans notre programme de formation postuniversitaire (FPU) et chez les membres du corps professoral et du personnel. Le Bureau des admissions de l'école collabore avec nos programmes pipelines pour apprenants des collectivités régionales rurales et des nations autochtones pour lever les obstacles qui nuisent à l'inscription, et appuie la composition d'une classe d'EMPC reflétant le tissu social de la région.

Des positions d'admissions en particulier sont attribuées à des étudiants qui ont terminé leurs études secondaires dans le sud-ouest de l'Ontario ou qui s'identifient comme des autochtones.

Notre école et notre Université disposent de ressources exhaustives pour appuyer les étudiants inscrits qui ont besoin d'aide financière pour faire leurs études de médecine. Plus de 40 % de nos étudiants demeurent résidents dans notre système, et 20 % de nos étudiants diplômés entreprennent leur pratique dans le sud-ouest de l'Ontario.

Notre Bureau des admissions contribue activement à la documentation croissante que constituent les travaux de recherche sur les admissions aux études en médecine.

ÉCOLE DE MÉDECINE DU NORD DE L'ONTARIO

Le processus de recrutement et des admissions de l'ÉMNO cible les personnes qui proviennent du nord de l'Ontario ou qui ont un bagage semblable et qui s'engagent à servir le Nord comme médecins. Le profil de classe de l'ÉMNO est le suivant : 92 % des étudiants viennent du nord de l'Ontario et les 8 % restants viennent de régions rurales éloignées du reste du Canada. Nous sommes l'une des quelques écoles canadiennes qui n'a pas d'exigences de base en sciences et nous incitons activement les candidats des populations sous-représentées à présenter une demande, notamment par nos équipes de soutien spécialisées pour autochtones et francophones et au moyen de toute une gamme d'activités de rayonnement communautaire. Quelque 40 % de nos étudiants proviennent de milieux ruraux éloigné; 7 % d'entre eux sont des autochtones et 22 % sont des francophones. Nous mettons l'accent sur les habiletés en communication, l'entregent et les aptitudes à la collaboration ainsi que sur le potentiel professionnel par notre processus exhaustif de mini-entrevues multiples (MEM) dans lequel de nombreux intervieweurs sont des membres de la collectivité. En définitive, nos objectifs de former, d'attirer et de conserver des médecins chevronnés dans le Nord sont couronnés de succès (comme le montre notre étude de suivi longitudinal financée par le ministère). En effet, une grande proportion de nos diplômés établit sa pratique dans le nord de l'Ontario.

UNIVERSITÉ DU MANITOBA

1. Chaque année, nos étudiants remplissent un sondage sur la diversité afin que nous puissions assurer le suivi de la diversité du corps étudiant.
2. En 2010, en raison de la sous-représentation des étudiants de régions rurales à l'école de médecine, nous avons ajouté un indice de ruralité au pointage des admissions pour inciter les étudiants de milieux ruraux à entrer à l'école de médecine.
3. Le processus de mini-entrevues multiples, qui a débuté en 2008, donne des résultats beaucoup plus reproductibles que les entrevues précédentes.
4. Il existe un centre d'études sur la santé des autochtones conçu pour appuyer les candidats autochtones. Il existe également un volet autochtone et un processus différent pour les étudiants autochtones. En moyenne, huit étudiants autochtones fréquentent notre école de médecine dans la filière autochtone.
5. Le Manitoba étant une province bilingue, nous avons également ajouté un volet bilingue et un programme bilingue pour les étudiants francophones.

UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN

Situation actuelle

Le Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan reconnaît l'importance de prendre en compte les réalisations académiques et les caractéristiques non académiques pour choisir les étudiants dans son programme de premier cycle. Par conséquent, en plus de se pencher sur la moyenne pondérée cumulative (MPC) des étudiants éventuels, le Collège a remplacé la traditionnelle entrevue individuelle successive par une mini-entrevue multiple (MEM) en 2007.

La MEM est une série de courtes entrevues structurées qui sont utilisées pour évaluer les caractéristiques personnelles. La MEM a été élaborée à l'Université McMaster, où elle a été évaluée pour la première fois parallèlement à l'entrevue individuelle successive en 2003. Dans l'ensemble du Canada, il se dégage un consensus selon lequel la MEM constitue le mécanisme à privilégier pour évaluer diverses capacités non cognitives, comme les habiletés à communiquer, l'engagement à aider autrui, et la prise de décisions éthique et critique. Au Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan, la MEM représente 65 % du classement du pointage des admissions et la moyenne pondérée cumulative des deux meilleures années universitaires complètes d'un candidat représentent les 35 % qui restent.

En janvier et avril 2011, le Conseil de la Faculté et le Conseil de l'Université du Collège de médecine ont respectivement approuvé une hausse des inscriptions au Collège de 84 à 100 étudiants au premier cycle en médecine. L'approbation par le sénat de l'Université en octobre 2011 mènera au premier groupe de 100 étudiants en août 2012. À titre de première école de médecine, le Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan s'efforce de répondre aux besoins des citoyens de la Saskatchewan. On prévoit que la hausse des inscriptions permettra de maintenir en poste davantage de médecins dans les communautés de la Saskatchewan.

Le Collège vise à être représentatif de la population qu'il sert, et s'engage à augmenter le nombre de médecins autochtones en Saskatchewan et au Canada dans le cadre du programme d'équité autochtone. Le Collège vise à ce que 10 % de ses étudiants de premier cycle soient de descendance autochtone du Canada, en privilégiant les candidats qui satisfont aux exigences de résidence de la Saskatchewan. Il s'agit d'un objectif modeste qui sera revu au fur et à mesure que le Collège connaîtra davantage de succès, car 15 % des résidents de la Saskatchewan sont d'ascendance autochtone, et bien davantage sont représentés dans la cohorte des jeunes. En juillet 2010, le Collège a recruté un coordonnateur autochtone chargé de collaborer étroitement avec les étudiants autochtones et métis, les aînés et les collectivités autochtones. Le coordonnateur autochtone met en lien les étudiants autochtones et le système d'éducation en médecine et offre du soutien aux étudiants pendant leurs études.

Regard vers l'avenir

- 1) **Continuer à évaluer les capacités non cognitives :** Comme le constate le rapport de l'AFMC sur l'AEMC : « le choix des meilleurs candidats compte au nombre des plus grands défis en éducation médicale ». Le rapport reconnaît également qu'en raison de la nature changeante de la pratique de la médecine et de la société canadienne, la nécessité d'évaluer les caractéristiques autres que scolaires est encore plus cruciale. Ainsi, le Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan continuera d'utiliser le processus de MEM et d'y accorder beaucoup de valeur dans le classement du pointage des admissions. L'étude de la documentation et des analyses contextuelles sera menée périodiquement pour déterminer 1) si la MEM demeure le meilleur outil pour évaluer les caractéristiques non cognitives; 2) si il existe un autre outil d'évaluation non cognitive qui pourrait être utilisé; et 3) si la MEM et un autre outil d'évaluation non cognitive pourraient être utilisés de façon complémentaire.
- 2) **Recueillir des données sur les antécédents des étudiants :** Le rapport de l'AFMC sur l'AEMC constate qu'au Canada, peu de progrès ont été réalisés pour attirer des candidats aux études de médecine des collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis et des régions rurales. Le rapport mentionne que d'autres groupes socioculturels et économiques sont également sous-représentés. Le Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan poursuivra ses efforts pour accroître le nombre d'étudiants autochtones dans le cadre du programme d'équité autochtone et des travaux du coordonnateur autochtone. De plus, à compter du prochain cycle des admissions, un questionnaire sera utilisé pour recueillir des données sur les antécédents des candidats, essentiellement dans le but d'identifier des étudiants des régions rurales et éloignées de la province. La demande supplémentaire 2011-2012 de la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba, qui sert à établir les origines rurales, constitue un exemple d'outil utilisé pour recueillir de telles données. Les données recueillies après trois ou quatre cycles d'admissions seront analysées pour déterminer si un autre programme pipeline est requis pour hausser le nombre d'étudiants de premier cycle en médecine des collectivités rurales et éloignées.
- 3) **Admettre des étudiants intéressés à combiner la formation en médecine et la recherche clinique :** Comme le reconnaît le rapport de l'AFMC sur l'AEMC, les études en médecine doivent évoluer au fur et à mesure que le rôle du médecin évolue. D'après le rapport, « [d]ans un système souple et adaptable, l'éducation médicale peut établir les bases requises pour que les médecins soient des cliniciens compétents, des scientifiques, des chercheurs dans le domaine de la santé et des défenseurs de la réforme du système de santé ». Selon le rapport, pour établir ces bases, « le système d'éducation médicale doit être assez flexible et réceptif pour s'adapter aux contextes universitaires, professionnels et personnels spécifiques des apprenants – y compris de ceux qui souhaitent poursuivre en même temps des études menant à des diplômes complémentaires (p.ex., maîtrise en santé publique, en administration des affaires, Ph.D.) ou d'autres formations spécialisées. »

- 4) Le Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan s'engage à favoriser l'excellence en recherche clinique. Afin de mousser la recherche clinique au sein du Collège, des efforts sont en cours pour lancer un vigoureux processus visant à admettre des étudiants désireux de suivre une formation combinée de maîtrise en médecine et de doctorat. L'admission d'étudiants ayant complété des maîtrises en sciences ou des doctorats qui sont également intéressés à effectuer de la recherche clinique est examinée simultanément.

UNIVERSITÉ DE L'ALBERTA

Des changements ont été apportés pour améliorer notre processus d'admission afin d'attirer des candidats qui peuvent s'adapter aux besoins de la collectivité et de la profession. Un changement majeur mis en œuvre cette année réside dans le retrait des cours préalables obligatoires dans le cadre du processus d'admission. Ce changement a pour but d'inciter une population plus hétérogène de candidats à diversifier les compétences en résolution de problèmes au sein de la classe et de la profession. Nous nous employons actuellement à présenter un programme de recherche qui se penche sur les critères d'admission pour améliorer les résultats en matière d'admission et de programme, grâce auxquels de nouveaux outils d'admission peuvent être élaborés. Notre questionnaire d'évaluation des anciens fournit des renseignements permettant d'assurer la concordance de nos objectifs d'admission avec les lieux de pratique clinique actuels des diplômés.

UNIVERSITÉ DE CALGARY

- L'élément important réside dans la création d'un programme de pipeline sur les admissions qui ciblera des étudiants de régions rurales, d'un faible niveau socio-économique, et d'origine autochtone.
- De plus, dans le cadre de notre processus d'admissions, des fonds ont été alloués à une « journée de réexamen », au cours de laquelle les étudiants autochtones intéressés auront l'occasion (déplacements payés) de revenir à notre école pour mieux examiner leur intérêt à l'égard de notre programme.

UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Nous continuons à retoucher et à améliorer nos processus d'admissions. Nos étudiants profitent d'un environnement d'apprentissage favorable qui favorise le respect pour toutes les personnes, peu importe leur âge, leur sexe, leur état matrimonial, leur état de santé, leur origine nationale ou ethnique, leur déficience physique ou mentale, leur affiliation politique, leur race, leur religion, leur orientation sexuelle ou leur statut socio-économique. Nous publions ces renseignements avec fierté sur notre site Web concernant les admissions.

Nous continuons à célébrer la diversité au sein de notre corps étudiant. Le cycle des admissions de 2012-2013 a vu davantage de candidats que lors de toute autre année précédente. Nous avons également constaté davantage de volonté de nos candidats de faire partie du programme de médecine dans le Nord, ainsi qu'un nombre important d'étudiants admis qui indiquent que le PMN est leur site privilégié. Notre programme d'admission des autochtones, qui a célébré dernièrement son dixième anniversaire, a continué à avoir du succès avec l'admission de cinq candidats autochtones dans la classe MED2017. Au printemps 2015, le programme des admissions aux études en médecine pour autochtones atteindra son objectif initial de diplomation de 50 médecins d'ici 2020, soit cinq ans avant l'échéancier. Le programme est également devenu un modèle pour les autres facultés de médecine du Canada.

Enfin, l'un de nos objectifs pour 2015 consiste à réorganiser nos pages Web actuelles sur les admissions dans le but d'améliorer et de clarifier le processus des admissions pour les auteurs de demandes.

RECOMMANDATION 3

Miser sur les assises scientifiques de la médecine

3

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.

Innovations dans nos facultés de médecine

UNIVERSITÉ MEMORIAL

Le curriculum de l'Université Memorial

Le nouveau curriculum mis en œuvre lors de l'année universitaire 2013 est intégré horizontalement et verticalement. En se servant de deux familles de base et des membres de leurs familles élargies, les étudiants utilisent leurs récits pour appliquer les concepts appris au cours des 4 semaines précédentes. Durant la phase I, soit la santé et sa promotion, les étudiants ont appris les éléments fondamentaux de la physiologie, de l'anatomie et de la biochimie dans le contexte de ces récits familiaux. Cette démarche progresse au cours des trois phases – Prévention des maladies et perturbation de la santé, Diagnostic et recherche sur la maladie et Maladie et intégration dans la pratique clinique.

Ce cours sur les projets spéciaux joint un étudiant à un membre du corps professoral dans le cadre d'un projet de recherche sur un des quatre piliers (ICRS) : biomédical, clinique, systèmes et services de santé, et santé de la population. Les étudiants sont prêts grâce à des séances comme « introduction à la médecine factuelle et évaluation critique », « éthique de la recherche » et « question et propositions de recherche ».

Les phases II et III font progresser ces concepts dans des domaines comme « application de l'évaluation critique », « établissement d'un plan d'apprentissage personnel » et « application des connaissances ». On s'attend à ce que les étudiants poursuivent leurs projets de la phase I ou se lancent dans de nouveaux projets.

UNIVERSITÉ DALHOUSIE

Faire participer et collaborer des experts des sciences fondamentales, des professeurs cliniciens et des spécialistes de la pédagogie médicale à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre en collaboration du curriculum des études médicales prédoctorales : Les membres du corps professoral en sciences fondamentales et les professeurs cliniciens continuent de diriger la conception, l'élaboration et la mise en œuvre du programme d'études médicales prédoctorales dans le cadre de leur travail comme chefs de file des composantes du curriculum des programmes préstages, à titre de directeurs de stage des composantes de stage du programme, de membres du comité des études médicales de premier cycle (CEMPC) et de ses divers sous-comités du curriculum, et comme membres de groupes de travail spéciaux chargés de façon continue de l'examen et de la révision de toutes les composantes du curriculum.

Réduire les barrières départementales au sein des facultés pour permettre l'intégration optimale des sciences fondamentales et cliniques : Les processus en place qui orientent l'élaboration et la révision du curriculum continuent de nécessiter la participation des scientifiques de base des experts-clinique à chaque niveau de programme (année). Pour faciliter ce processus, un comité consultatif du recrutement coordonné a été constitué en 2012 pour revoir les postes libres à venir et le recrutement approprié.

Appuyer les programmes existants et nouveaux qui intègrent la formation en recherche dans l'éducation médicale : En septembre 2013, la faculté a instauré un programme obligatoire de quatre ans intitulé Recherche en médecine (REM). Le programme, dirigé par divers spécialistes en sciences fondamentales et experts-clinique, exige que tous les étudiants conçoivent, élaborent et mènent un projet de recherche à compter de la première année du programme dans le but d'atteindre un objectif d'ici la quatrième année du programme. Un été est consacré à la recherche dans le cadre du programme.

Pour permettre l'apprentissage contextualisé, organiser un forum national pour discuter où et comment dans le curriculum les sciences qui sont fondamentales à la pratique de la médecine seraient les mieux enseignées : Nous attendons avec impatience du leadership de l'AFMC en ce qui concerne cette recommandation.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

- Présentation annuelle au Comité du curriculum du contenu de toutes les unités d'enseignement permettant de s'assurer d'une couverture adéquate des contenus, limiter les redondances, optimiser les possibilités d'intégration entre les activités et assurer une vision commune
- Promotion des stages d'été de recherche auprès des étudiants du préclinique ; stage maintenant reconnu par un crédit universitaire qui apparaît sur le relevé de notes et le parcours de formation de l'étudiant
- Implantation de groupes d'intérêt en recherche modelés sur les Groupes d'intérêt en médecine de famille (Sherbrooke et Saguenay)
- Promotion du parcours de formation MD / MSc et MD / PhD
- Projet pilote au site de Saguenay sur l'utilisation des compétences informationnelles (médecine factuelle) en contexte d'apprentissage au cours de la phase III (étude d'impact en cours en vue d'une implantation à l'ensemble du programme)
- Élaboration d'une formation pour les professeurs sur le recours aux compétences informationnelles dans la pédagogie médicale.

UNIVERSITÉ LAVAL

À l'Université Laval, les notions de base couvrant les différentes disciplines de sciences fondamentales sont enseignées en première année dans les cours Sciences fondamentales (I à III), permettant aux étudiants d'acquérir les connaissances nécessaires à la compréhension des problèmes cliniques à l'étude dans le programme. Dans les cours systèmes, les notions de base en sciences fondamentales sont revues en lien avec les cas cliniques de chaque organe ou système spécifique. L'intégration longitudinale de ces notions est assurée dans les cours intégrateurs du programme (Démarche clinique (I à V), Intégration (I à III) et Synthèse (I et II)) suivant une approche par problèmes permettant d'assimiler les connaissances et les habiletés déjà vues et d'intégrer les concepts médicaux allant de la pathologie au traitement. Les cours Épidémiologie clinique et Lecture critique de la littérature médicale visent l'acquisition des notions de base en biostatistique et en épidémiologie clinique. Ces cours, offerts en deuxième année, initient les étudiants à la pensée critique et à l'apprentissage de la lecture scientifique. Les cours Médecin, médecine et société (I à IV) servent de lieu d'apprentissage intégratif pour les sciences humaines. Par ailleurs, la formation en recherche est favorisée auprès des étudiants intéressés grâce à des stages de recherche offerts en été, à un Volet Recherche reconnu par l'Université ainsi qu'à un programme conjoint MD-MSc.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Avec l'année préparatoire en médecine ou par l'obtention d'un bac connexe préalable à l'admission, nos étudiants ont déjà de bonnes connaissances en sciences fondamentales et en sciences sociales. Les sciences fondamentales et sociales sont depuis longtemps intégrées dans l'apprentissage par problèmes (APP) par le biais de l'approche par système en petits groupes.

La présence d'enseignants provenant des sciences fondamentales au comité de programme est obligatoire. De plus, des cours touchant les sciences fondamentales ont été ajoutés dans les semaines campus de l'externat pour favoriser le maintien des apprentissages des bases scientifiques de la médecine. En 2013, un sous-comité du programme s'est penché sur l'intégration des sciences fondamentales dans la formation touchant l'ensemble de la formation et a remis ses recommandations en 2014. Nos étudiants ont aussi l'opportunité de s'inscrire dans des programmes MD-M. Sc ou MD-Ph. D ou encore dans des stages de recherche d'été supportés par des bourses (COPSE).

UNIVERSITÉ MCGILL

Dans le cadre du nouveau curriculum MDCM de McGill, les bases de la médecine et de la dentisterie (années 1 et 2 des BMD) demeurent fondées sur le système, tandis que la fonction normale et anormale est devenue plus étroitement intégrée dans chaque unité basée sur le système. Cette nouvelle organisation a été marquée par l'instauration de plusieurs thèmes longitudinaux qui mettent l'accent sur l'apprentissage auto-dirigé, la médecine factuelle, la santé publique et un ensemble de connaissances scientifiques de base.

En ce qui concerne le développement du contenu scientifique de base, un comité central formé de membres du corps professoral de toutes les sciences biomédicales de base supervise fait correspondre le contenu scientifique de base nécessaire provenant de l'élaboration des préalables à l'entrée dans la cohorte de médecine et de médecine dentaire par les programmes de BMD, de transition vers la pratique clinique (TPC) et d'externat. Cette concordance repose sur les objectifs de formation du Conseil médical du Canada et est réalisée de concert avec les coordonnateurs des programmes de BMD, de TPC et d'externat sous les auspices du comité exécutif de mise en œuvre du nouveau curriculum.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Chaque unité du curriculum fait appel à des experts des sciences fondamentales, des professeurs cliniciens (spécialistes et généralistes), des spécialistes de la pédagogie médicale et des étudiants au premier stade de la conception et de la mise en œuvre du curriculum et à celui de son examen régulier. Les barrières départementales sont atténuées en chargeant les comités du curriculum des facultés de médecine (UCC et CCRC) d'assumer l'entière responsabilité du contenu et de la conception de chaque unité, et donc de tout le curriculum. Nous avons ainsi pu créer des postes d'experts en contenu dans les diverses disciplines et permis à plusieurs responsables de spécialités différents de prendre part à la création d'une unité. Chaque semaine de préstage traite d'un thème spécifique. Le contenu du thème est surtout abordé dans le cadre de séances d'apprentissage basé sur l'étude de cas (ABÉC) au cours desquelles des étudiants travaillent en petits groupes avec un facilitateur dans tous les aspects du problème (sciences fondamentales, épidémiologie, problèmes cliniques, gestion, sciences humaines et lettres, déterminants psychosociaux de la santé, etc.). Les étudiants apprennent des techniques d'entrevue ainsi que des habiletés en anamnèse et en examen physique pendant des séances de perfectionnement des compétences en médecine (PCM) au cours de cette même semaine. En outre, les questions relatives à l'épidémiologie, à la prévention et à la santé publique sont traitées au cours des séances sur la société, la personne et la médecine (SPM) pendant la même semaine.

De plus :

- Nous avons lancé un programme M.D. – Ph.D. à l'été 2010. Le programme offre à des étudiants exceptionnels l'occasion d'obtenir deux diplômes sur une période de sept ans.
- Nous avons créé le Département d'innovation en éducation médicale (DIEM), qui réduit les barrières départementales au sein des facultés pour permettre l'intégration optimale des sciences fondamentales et cliniques.
- Nous avons mis en œuvre un Programme de projets d'été sur l'innovation en éducation médicale de premier cycle qui parraine actuellement 30 projets de recherche par année.
- Nous avons créé d'autres projets d'été annuels sur les sciences fondamentales et la recherche translationnelle.

UNIVERSITÉ QUEEN'S

Fondation du curriculum : L'accent mis sur l'inclusion des sciences fondamentales comme assises du curriculum englobe les objectifs scientifiques nouvellement révisés (initialement élaborés à partir des assises scientifiques pour futurs médecins de l'American Medical Colleges). Révisés par les membres du corps professoral scientifique qui enseignent le programme, ces objectifs ont été ajoutés aux objectifs du curriculum et aux objectifs basés sur les compétences liées aux études médicales prédoctorales. Certains cours scientifiques sont donnés lors de la première session et de la deuxième session, dont ceux qui portent sur la structure normale de l'être humain, sur la fonction normale de l'être humain, et sur les aspects fondamentaux de la thérapeutique. Des cours comme ceux sur le sang et la coagulation, les mécanismes de la maladie ainsi que la pédiatrie et la génétique comprennent des unités sur la science avec intégration d'une orientation clinique.

Intégration du curriculum : De plus, deux objectifs scientifiques précis sont intégrés aux cours sur les assises cliniques des deux premières années et aux rotations de stage à inclure dans les évaluations : ME 2.1a : Identifier et appliquer la connaissance de la structure humaine normale, du développement et de la physiologie qui se rapportent de façon pertinente à la présentation clinique, et ME 2.1 b : Identifier des mécanismes génétiques, pathologiques ou mésadaptés qui se rapportent de façon pertinente à la présentation clinique. Un cours d'investigation critique a été élaboré au cours duquel des étudiants de deuxième année collaborent avec des tuteurs de l'enseignement clinique et scientifique dans un rapport de 3 pour 1 pour se concentrer sur la formation en recherche sur la santé. Le cours d'évaluation critique, de recherche et d'apprentissage donné en première année présente aux étudiants les essais diagnostics et leurs propriétés, les plans et méthodes de recherche, la compréhension des résultats de la recherche médicale, et l'évaluation critique de la documentation médicale.

Direction du curriculum : Les membres du corps professoral en sciences font partie de la direction du curriculum : ils sont membres du comité sur le curriculum des études médicales prédoctorales, du comité d'évaluation des étudiants, du comité sur l'enseignement, l'apprentissage et les innovations et du comité d'examen des cours et de la faculté. Les spécialistes en sciences fondamentales sont les directeurs des cours du curriculum des quatre cours de préstage.

UNIVERSITÉ DE TORONTO

- À compter de 2015-2016, nos étudiants au niveau prédoctoral devront compléter un nouveau cours de deuxième année en recherche sur les sciences de la santé. Les deux grands objectifs du cours sont les suivants :
 - (i) développer la compétence des étudiants en médecine en interprétation des conclusions de recherche pour contribuer aux soins du patient, et
 - (ii) perfectionner les compétences des étudiants en médecine en contribuant à tous les aspects de la recherche sur les sciences de la santé.
- En misant sur les forces de notre programme M.D. / Ph.D., nous mettons en place une approche intégrée de formation scientifique des médecins le long du continuum de l'éducation médicale prédoctorale, doctorale et postdoctorale. Les principes de l'intégration, de la personnalisation, de la souplesse et de l'innovation orienteront la mise en place d'une approche qui facilite et appuie les aspirations, la réussite et la durabilité de la carrière des étudiants.

UNIVERSITÉ WESTERN

En nous inspirant du plan stratégique de l'École de médecine et de dentisterie Schulich, nous offrons l'intégration des spécialistes en sciences fondamentales et du domaine clinique comme enseignants et chefs de file du curriculum. Le contenu est intégré dans et entre les modules ou cours dans toutes les sciences fondamentales et cliniques.

Le plan stratégique de l'école a cultivé le leadership dans le développement et l'application de nouvelles connaissances en sciences fondamentales et cliniques, et dans les études médicales au cours des cinq dernières années. Les étudiants ont des possibilités de collaborer avec des chercheurs universitaires dans le cadre de projets estivaux intégrés longitudinalement dans les grands centres et au sein du réseau d'éducation réparti.

Notre école, qui bénéficie du soutien d'un livre blanc sur la recherche étudiante réalisé à l'UME, a choisi d'appuyer et de célébrer le nombre croissant de publications et de présentations sur la recherche étudiante et la mission professorale mis en commun dans des publications revues par des pairs et lors de réunions à l'échelle nationale et internationale.

Les diplômés acquièrent et peaufinent leurs compétences en recherche grâce à des cours tout au long du curriculum pour faire progresser de futurs modèles de soins des patients dans tout le Canada.

ÉCOLE DE MÉDECINE DU NORD DE L'ONTARIO

Nos étudiants se familiarisent avec les sciences humaines, biologiques et médicales essentiellement en contexte d'apprentissage fondé sur des cas en petits groupes (approche contextualisée dans les collectivités du nord de l'Ontario), par des séances en laboratoire expérientiel, et au moyen d'activités communautaires. Les sciences humaines sont surtout abordées dans les thèmes 1, 2 et 3, et les sciences biomédicales dans le thème 4, qui s'échelonnent tous du début à la fin du programme d'études médicales prédoctorales d'une durée de quatre ans. Les étudiants sont exposés à la recherche au moyen de projets estivaux facultatifs de recherche par des étudiants et par des projets de recherche communautaires en troisième année.

UNIVERSITÉ DU MANITOBA

1. Dans le nouveau curriculum, nous avons créé un cours sur les assises de la médecine qui est enseigné par des spécialistes en sciences fondamentales.
2. Nous offrons depuis longtemps un baccalauréat en sciences médicales qui peut être fait au cours des deux étés suivant médecine I et médecine II. Les étudiants font alors de la recherche scientifique, ce qui leur donne un diplôme additionnel.
3. En 2011, nous avons ajouté un projet de recherche en médecine II pour permettre à davantage d'étudiants de faire de la recherche. Chaque année, une moyenne de 45 % de nos étudiants sont engagés dans un projet de recherche.

UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN

Situation actuelle

Les sciences fondamentales constituent les assises des études en médecine, et le Collège de médecine prend part à un certain nombre d'initiatives visant à favoriser la connaissance et les intérêts du fondement scientifique de la médecine. À l'heure actuelle, 50 étudiants du premier cycle prennent part annuellement aux projets d'été du doyen. Pendant 12 semaines, des étudiants du premier cycle en médecine participent à un projet de recherche supervisé par un chercheur du Collège de médecine. Par conséquent, les étudiants acquièrent de l'expérience directe de la réalisation de recherches et de la présentation de conclusions de recherche. Une autre initiative, le club de lecture dirigé par des étudiants, incite les étudiants à

examiner la documentation médicale et scientifique, à faire une évaluation critique de sujets en particulier et à étudier de plus près les sujets qui les intéressent par l'apprentissage auto-dirigé. On insiste particulièrement sur les sciences fondamentales au cours des deux premières années de plusieurs façons, notamment par une évaluation critique de la santé communautaire et de l'épidémiologie, dans le cours sur la forme et la fonction, et dans des dossiers de synthèse.

Regard vers l'avenir

- 1) **Améliorer le contenu des sciences fondamentales dans le curriculum prédoctoral :** Les membres du groupe de travail sur la recommandation III de l'AEMC devraient travailler de concert avec le comité du curriculum du Collège de médecine afin de veiller à ce que les sciences fondamentales soient intégrées verticalement pendant les quatre ans de l'école de médecine. Les cas intégrés devraient devenir la pierre d'assise du curriculum renouvelé, et le contenu des sciences fondamentales devrait être intégré à ces cas. Par l'enseignement des grands principes physiologiques au cours des quatre ans de l'école de médecine et en s'appuyant sur ces concepts en contextes cliniques, les étudiants retiendront davantage d'information et bénéficieront d'un cadre scientifique plus vigoureux après l'obtention de leur diplôme. Par exemple, des cours de recyclage sur les sciences fondamentales dans les systèmes pourraient être offerts aux étudiants des phases B et C, afin que les étudiants gardent à l'esprit divers principes scientifiques et la façon de les utiliser pour régler des problèmes cliniques. Le contenu le plus pertinent des sciences biomédicales devrait être établi, et ce devrait être enseigné aux étudiants dans un cadre contextuel.
- 2) **Élaborer et promouvoir de manière plus complète le programme M.D. – Ph.D. :** Le programme M.D. – Ph.D. actuel devrait faire l'objet d'une promotion et d'un développement plus complets. Des espaces devraient être réservés dans la classe nouvellement élargie à ceux et celles qui s'inscrivent au programme. Des fonds additionnels pourraient être fournis aux étudiants de M.D. – Ph.D. pour couvrir les coûts accrus liés à l'étude du programme combiné. L'augmentation du nombre d'étudiants inscrits au programme mènera en définitive à une hausse de la quantité de recherches cliniques et translationnelles au Collège de médecine.
- 3) **Améliorer la communication entre les enseignants en sciences fondamentales et les enseignants cliniciens :** Les groupes de réflexion devraient être animés par des formateurs en sciences fondamentales et des formateurs cliniciens dans le but d'étudier comment les divers cours et leur contenu peuvent être de nature plus complémentaire. Les chercheurs et les cliniciens pourraient faire des exposés sur les mêmes sujets au cours d'une série de séminaires dans le but de faire ressortir les liens entre les concepts scientifiques et la pratique clinique. Les principes des sciences fondamentales devraient être intégrés dans chaque présentation clinique, afin que les cliniciens et les chercheurs ne soient pas considérés comme s'ils travaillaient séparément.
- 4) **Améliorer le soutien aux activités étudiantes :** Le financement des projets estivaux du doyen devrait être maintenu et (ou) renforcé, et tous les étudiants devraient être incités à participer. La Faculté devrait appuyer les séances du club sur le journal menées par des étudiants, qui sont tenues tous les mois, en offrant de participer aux séances ou de faire des exposés aux étudiants et de répondre à leurs questions.

On pourrait mettre en place un jour annuel de recherche qui ferait appel à tous les étudiants au programme des étudiants débutants de premier cycle en internat par rotation (JURSI) qui se consacrent à un petit projet de recherche pendant l'année universitaire, puis qui présentent leurs conclusions de recherche à tous les étudiants et au corps professoral du Collège de médecine à la fin de l'année.

UNIVERSITÉ DE L'ALBERTA

Afin d'assurer une inclusion adéquate des principes scientifiques de base dans la conception de notre curriculum, nous avons intégré des représentants des sciences fondamentales au comité du curriculum. Il y a au moins un représentant des sciences fondamentales dans chacun de nos groupes de travail sur le curriculum. Un groupe de travail se consacre à développer une pratique de la médecine factuelle. Notre curriculum sur la médecine factuelle est actuellement offert dans le cours sur l'art d'être médecin lors des 4 ans du programme. Nos étudiants participent en grande partie à notre programme sur la formation spéciale en recherche (FSER); les étudiants prennent part à une formation additionnelle en recherche et mènent un projet de recherche avant l'obtention de leur diplôme. Nous favorisons également la participation au programme M.D. – Ph.D.

UNIVERSITÉ DE CALGARY

- a. On a accordé de plus en plus d'attention (sous forme de réunions entre le doyen associé principal, Éducation, le doyen associé de l'Université Memorial, et les chefs de département des Sciences fondamentales) à l'intégration des enseignants en sciences fondamentales (seuls ou en équipes de professeurs) à notre préstage.
- b. Notre curriculum a instauré un cours de retour aux sciences fondamentales dans le stage et lancera sous peu (en 2016) un cours d'introduction aux sciences fondamentales lors du premier mois de notre programme.

UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Notre curriculum renouvelé se concentre surtout sur l'intégration des sciences fondamentales et des sciences cliniques davantage qu'auparavant en veillant à ce que les deux séries de compétences soient représentées au cours des quatre ans du programme.

Le nouveau cadre du curriculum renouvelé décrit les composantes du curriculum de base sur le plan des sujets et des thèmes hebdomadaires. Par exemple, chaque cours offre un ensemble structuré de présentations/sujets cliniques hebdomadaires qui sont offerts en tenant compte du développement pour fournir un curriculum intégré qui progresse des présentations cliniques de base aux présentations plus complexes. Les sujets ultérieurs revisitent intentionnellement les sujets antérieurs de façon périodique ou y reviennent pour consolider les sujets importants, et pour intégrer le matériel au fil des ans.

Outre la présentation et les sujets cliniques, des thèmes fondamentaux sont intégrés aux quatre années du programme par les résultats d'apprentissage des cours. Ces thèmes sont structurés en sept grandes catégories : médecine clinique; sciences médicales; sciences diagnostiques; traitement; soins aux patients; populations, diversité et équité; et mission professorale.

RECOMMANDATION 4

Promouvoir la prévention et la santé publique

4

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.

Innovations dans nos facultés de médecine

UNIVERSITÉ MEMORIAL

Curriculum de MUN

Depuis sa création, l'approche de la Faculté de médecine de l'Université Memorial a toujours été de former des étudiants en médecine pour servir la population de Terre-Neuve-et-Labrador, notamment en milieu rural. La santé de la population et la santé publique étaient bien intégrées au curriculum. Dans le nouveau curriculum en spirale, ces expériences sont offertes dans le cadre du volet Engagement communautaire et projets spéciaux. Le stage en milieu rural consiste en un séjour de deux semaines dans les collectivités rurales de Terre-Neuve-et-Labrador, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Yukon. Le cours offre une formation axée sur la communauté dans une perspective interdisciplinaire comportant quatre volets : la santé communautaire, la médecine familiale, la déontologie et les sciences humaines. Les activités qui permettent d'atteindre ces objectifs sont organisées en trois catégories principales : initiatives locales, activités et programmes communautaires, et services en institution et en santé. Nos recherches révèlent que ce type de démarche n'est pas typique des programmes offerts dans les écoles de médecine.

Ces stages en milieu rural représentent l'intégration réussie de la santé publique et de la médecine dans les objectifs des cours, et sont considérés comme un important outil d'apprentissage par les étudiants. Le stage en milieu rural parvient à intégrer des méthodes novatrices et recommandées dans l'apprentissage expérientiel communautaire, incluant un contact clinique précoce en milieu communautaire, une formation axée sur le milieu rural, des expériences sur le terrain en santé publique, et des initiatives interprofessionnelles. L'évaluation des cours met l'accent sur l'importance des deux organisations au niveau universitaire et de l'engagement communautaire (protocoles d'entente, accords d'affiliation et communications continues avec les précepteurs, les dirigeants communautaires et les groupes/initiatives communautaires).

Dans le cadre des Projets spéciaux, les étudiants participent à des activités qui aident l'organisation et qui répondent aux besoins locaux, tout en développant des compétences et un engagement envers la collectivité. Cette approche d'apprentissage par le service permet d'enrichir l'expérience des étudiants. La combinaison de l'enseignement en classe et du service communautaire stimule la réflexion critique sur la responsabilité personnelle et sociale. L'exposition à la prestation de services dans un milieu communautaire permet aux étudiants de constater les disparités sur le plan de la santé dans nos collectivités.

UNIVERSITÉ DALHOUSIE

En partenariat avec une variété de collectivités, d'organismes et de disciplines de la santé, améliorer les programmes d'études médicales prédoctorales en incluant les compétences, les habiletés et les résultats souhaités qui ont trait à la santé de la population, à la prévention, à la promotion et aux déterminants sociaux de la santé. À l'heure actuelle, le pré-externat comprend des activités d'enseignement et d'apprentissage dans le cadre desquelles ces compétences, habiletés et résultats souhaités sont examinés durant le programme longitudinal de deux ans intitulé Compétences professionnelles. Le programme fait actuellement l'objet d'un remaniement, en collaboration avec la Faculté des sciences fondamentales, sociales et cliniques. Afin de veiller à ce que ces principes soient enseignés et appris en contexte, le programme deviendra une initiative longitudinale sur quatre ans.

Promouvoir une culture d'innovation et d'érudition dans l'enseignement de la santé de la population (y compris la prévention et la santé publique). En septembre 2013, un programme à participation obligatoire de quatre ans intitulé Recherches en médecine a été mis sur pied. Dans le cadre de ce programme, dirigé par divers spécialistes en sciences fondamentales et cliniques, les étudiants sont appelés à concevoir, à développer et à mener un projet de recherche dès leur première année d'études, pour l'achever durant leur quatrième année. Au cours du premier semestre du programme, les étudiants rencontrent divers chercheurs et prennent connaissance de leurs travaux. Le programme comprend également des cours d'introduction à la recherche et à l'étude dans les domaines de la santé de la population (y compris la prévention et la santé publique).

Encourager les apprenants et le corps professoral à préconiser des interventions s'appliquant à l'ensemble de la population et les soutenir dans leurs efforts. Ces sujets sont présentés aux étudiants dans le cadre du programme Compétences professionnelles, où des possibilités de facilitation guidée de cas spécifiques axés sur la réalisation de ces objectifs sont offertes aux étudiants.

Enseigner aux apprenants comment considérer les individus dans le contexte de leurs environnements, penser autant à la relation patient-médecin que population-médecin et identifier les patients qui font partie des populations « à risque ». Ces sujets sont présentés aux étudiants dans le cadre du programme Compétences professionnelles, où des possibilités de facilitation guidée de cas spécifiques axés sur la réalisation de ces objectifs sont offertes aux étudiants. Comme il est mentionné ci-dessus, ce programme fait actuellement l'objet d'un remaniement au terme duquel les étudiants auront la possibilité d'explorer ces questions en contexte.

Enseigner aux apprenants l'application des principes épidémiologiques et l'évaluation critique des données factuelles dans les soins à un patient en particulier. Encourager le corps professoral à intégrer de tels principes dans chaque partie du curriculum en médecine. En pré-externat, ces questions sont abordées dans le cadre des programmes Compétences professionnelles et Recherches en médecine ainsi que pendant le premier volet du programme Fondements de la médecine. Ces programmes aident à établir le fondement à partir duquel les étudiants pourront appliquer les principes épidémiologiques et l'évaluation critique des données factuelles dans les soins à un patient en particulier.

Utiliser les ressources existantes, comme le rapport de l'AFMC sur les pratiques exemplaires dans l'éducation médicale prédoctorale en santé publique et les réseaux nationaux établis d'enseignants en santé publique. Le programme Compétences professionnelles comprend des cas portant sur des questions liées à la santé publique. Les objectifs d'apprentissage de ces cas correspondent au thème général des déterminants sociaux de la santé, thème qui est examiné tout au long du programme de deux ans. Bon nombre des pratiques exemplaires examinées dans le rapport de l'AFMC sont mises en œuvre. Par exemple, nous menons des discussions de cas portant sur des sujets comme les responsabilités et le rôle du médecin pendant l'éclosion d'une maladie infectieuse, où nous nous inspirons d'ouvrages spécialisés publiés par l'Agence de la santé publique du Canada, l'Organisation mondiale de la Santé, l'Association canadienne de santé publique et le Comité consultatif national de l'immunisation. Les étudiants ont également l'occasion de participer à des débats structurés concernant le devoir de diligence et de traitement dans des situations médicales urgentes et non urgentes. Le cours magistral qui est donné de concert avec l'étude du cas d'éclosion de maladies infectieuses est toujours donné par un agent de santé publique du Nouveau-Brunswick ou de la Nouvelle-Écosse.

4

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

- Consolidation des enseignements concernant les déterminants de la santé, les populations à risque et les saines habitudes de vie lors d'activités spécifiques (Unité Médecine préventive et santé publique et Profession MD—volet Habitudes de vie)
- Consolidation des enseignements concernant les aspects relationnels incluant l'approche de clientèle particulière (ex : immigrants)
- Intégration d'activités obligatoires de service dans la communauté pour sensibiliser les étudiants aux réalités de divers milieux
- Sensibilisation des étudiants aux particularités des Premières nations via des activités spécifiques à l'unité Médecine préventive et santé publique
- Travail en équipe pour développer un projet de santé publique avec des enseignants de ce domaine

UNIVERSITÉ LAVAL

À l'Université Laval, les aspects d'intervention en santé publique, la prévention et la promotion de la santé, sont enseignés et mis en pratique dans les cours systèmes et les cours intégrateurs. À titre d'exemples, les thèmes tels que les déterminants de la santé, le système de santé au Québec, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les inégalités sociales sont abordés dans le cours Médecin, Médecin et Société III alors que les concepts tels que les facteurs de risque, la prévention primaire et secondaire dans la prévention des maladies cardiovasculaires le sont dans le cours Système cardiovasculaire. Les étudiants effectuent un stage obligatoire en médecine sociale et préventive dont le contenu est actuellement en cours de révision. Ce stage vise à démontrer aux futurs médecins la complémentarité qui existe entre l'approche clinique et l'approche populationnelle afin qu'ils puissent aborder la santé dans sa globalité dans leur future pratique.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Avec l'année préparatoire en médecine ou par l'obtention d'un bac connexe préalable à l'admission, nos étudiants ont déjà de bonnes connaissances en sciences fondamentales et en sciences sociales. Les sciences fondamentales et sociales sont depuis longtemps intégrées dans l'apprentissage par problèmes (APP) par le biais de l'approche par système en petits groupes.

La présence d'enseignants provenant des sciences fondamentales au comité de programme est obligatoire. De plus, des cours touchant les sciences fondamentales ont été ajoutés dans les semaines campus de l'externat pour favoriser le maintien des apprentissages des bases scientifiques de la médecine. En 2013, un sous-comité du programme s'est penché sur l'intégration des sciences fondamentales dans la formation touchant l'ensemble de la formation et a remis ses recommandations en 2014. Nos étudiants ont aussi l'opportunité de s'inscrire dans des programmes MD-M. Sc ou MD-Ph. D ou encore dans des stages de recherche d'été supportés par des bourses (COPSE).

UNIVERSITÉ MCGILL

Le nouveau curriculum MDCM de McGill comporte de nombreuses innovations sur le thème de la santé publique, qui intègre désormais l'épidémiologie et la médecine fondée sur des données factuelles avec la santé de la population, la santé autochtone, la santé des immigrants et des réfugiés, la santé mère-enfant, la santé des personnes âgées, la santé en milieu de travail, la santé mondiale, la qualité des soins de santé, la prévention clinique, la politique en matière de santé et l'éthique en santé publique. Cela permet à l'étudiant de comprendre les déterminants sociaux de la santé, le rôle du médecin en tant que défenseur de la santé ainsi que la place que la pratique médicale occupe dans un contexte social plus étendu.

L'une des innovations majeures du nouveau curriculum prend la forme d'un nouveau cours donné dès le premier mois d'études de médecine intitulé « Bloc A : Améliorer la santé : de la molécule à la santé mondiale ». Chaque semaine, quatre exemples de cas de patients y sont présentés, la maladie et le contexte de chacun étant examinés sous divers angles, dont ceux de la science fondamentale, de la médecine clinique et de la santé publique, afin que les étudiants aient une perspective globale de la question avant d'entamer, lors des blocs subséquents, l'étude des différents systèmes physiques du corps humain. Pour faire suite à la multitude d'informations sur la santé de la population et les déterminants sociaux de la santé qui leur est servie dans le cadre du bloc A, les étudiants participent, au cours des dix huit mois suivants, à plus de 100 exposés d'une durée d'une heure et à dix huit séminaires en petits groupes portant sur plusieurs aspects de la santé de la population. Ces séances sont intégrées aux blocs d'enseignement centrés sur le système (p. ex., exposés sur le logement insalubre et l'incidence de l'asthme chez les enfants dans le bloc sur les maladies respiratoires; exposés sur l'obésité et les maladies cardiovasculaires dans les populations indigènes dans le bloc sur la cardiologie, etc.). Lors du pré-externat, l'étude de la santé publique se poursuit dans le cadre du cours CHAP – Partenariat pour des collectivités plus saines –, qui comporte un apprentissage par le service auprès de populations vulnérables desservies par les organismes communautaires locaux.

Enfin, lors de l'externat, un module sur la santé publique vient compléter le thème en offrant une expérience clinique pratique de la santé publique et des soins primaires en milieu communautaire.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Afin de promouvoir la prévention et la santé publique, les séances SIM sont dirigées par un épidémiologiste. Ce professeur joue un rôle essentiel dans la révision du curriculum et est directeur de l'intégration de notre curriculum. Toutes les questions soulevées dans la section « Pour aller de l'avant » du rapport sur l'AEMC sont abordées lors de ces séances dans le contexte du thème de la semaine.

En outre, la Faculté a mis sur pied une École d'épidémiologie, de santé publique et de médecine préventive, qui permettra d'intégrer au curriculum de l'éducation médicale les compétences, habiletés et résultats souhaités relatifs à la santé de la population, à la prévention, à la promotion et aux déterminants sociaux de la santé, et d'enseigner aux apprenants comment appliquer les principes d'épidémiologie et l'évaluation critique des données factuelles dans les soins à un patient en particulier.

UNIVERSITÉ QUEEN'S

Élément central du curriculum : Un nouveau cours sur la santé de la population et la santé mondiale, offert dès la première année, porte sur les sujets suivants : théories et principes fondamentaux; politiques et systèmes nationaux et internationaux de santé; principes de santé mondiale; populations particulières; promotion de la santé, prévention et interventions.

L'évaluation se fait dans le cadre d'un projet de prévention et d'interventions (étude indépendante), et le manuel *Notions de santé des populations* de l'AFMC est le manuel de base pour le cours.

Intégration du curriculum :

La prévention est abordée dans le cadre du cours de médecine familiale de la première année ainsi que dans les cours sur les fondements cliniques du pré-externat. Le cours sur l'évaluation critique, la recherche et l'apprentissage offert en première année porte sur les tests et propriétés diagnostiques ainsi que sur le dépistage. Lors de l'externat, tous les stages ont pour objectif l'examen des déterminants sociaux de la santé, et ce sujet figure sur tous les formulaires d'évaluation. Un nouveau rapport oral ou écrit sur la question fait partie de tous les stages à l'externat et figure sur les formulaires d'évaluation finaux.

UNIVERSITÉ DE TORONTO

- Afin de mieux intégrer les compétences en matière de prévention et de santé publique dans notre curriculum, nous avons mis au point un nouveau cours longitudinal sur la collectivité, la population et la santé publique qui est offert au cours des deux premières années d'études. Offert pour la première fois en 2014 2015, ce cours présente la pratique de la médecine sous l'angle de la santé de la population et de la collectivité, et aide à façonner les réactions des futurs médecins aux besoins et préoccupations changeants de la collectivité et de la société.
- Nous travaillons activement à l'établissement d'un programme combiné MD/MPH, qui offrira aux étudiants en médecine de l'Université de Toronto la possibilité de faire une maîtrise en santé publique en même temps que leur doctorat en médecine.

UNIVERSITÉ WESTERN

L'École de médecine et de dentisterie Schulich a créé un nouveau modèle d'apprentissage dynamique qui appuie le leadership en santé publique dans la région et partout au Canada avec le lancement, en 2013, du programme interfaculté Schulich en santé publique.

Dans le cadre de ce programme, l'apprentissage se fait par modules qui permettent de développer les soins futurs en fonction des objectifs de l'AFMC en matière de santé de la population, et d'intégrer les déterminants de la santé aux soins et à la recherche.

ÉCOLE DE MÉDECINE DU NORD DE L'ONTARIO

Le thème 3 (Santé sociale et santé de la population) est axé sur la santé de la population et la santé publique. Ces éléments sont ainsi présents dans tous les aspects du curriculum. En outre, notre programme étant fortement axé sur la collectivité, les étudiants sont exposés à la santé de collectivités entières, de même qu'aux patients qui y vivent, tout au long de leurs études de médecine et prennent ainsi connaissance des déterminants sociaux de la santé à l'échelle locale.

UNIVERSITÉ DU MANITOBA

1. Le cours sur la santé de la population s'étend sur les quatre années du programme, ciblant divers aspects de la question : la santé et les déterminants; l'évaluation et la mesure; les interventions au niveau de la population; l'administration et les systèmes; l'environnement et le travail; et les populations clés. Un stage en santé publique est également effectué dans le cadre de l'externat en médecine familiale.
2. En établissant la correspondance entre l'ancien curriculum et la compétence en matière de défense de la santé, nous avons constaté que la prévention était absente de certains éléments. Or, dans le résumé des cours du nouveau curriculum, la prévention figure dans chaque système.

UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN

Situation actuelle

Actuellement, les étudiants en médecine de l'Université de la Saskatchewan se familiarisent avec les bases de la santé publique et de la prévention au cours de la première année (phase A), qui couvrent les trois domaines distincts que sont les déterminants de la santé, les concepts fondamentaux de l'épidémiologie, ainsi que l'évaluation critique. Les déterminants font l'objet d'une étude complémentaire au cours de la phase B, qui met l'accent sur la relation entre les soins de santé et les inégalités en matière de santé et sur l'influence de certains déterminants au sein de sous-populations. La phase C offre une formation sur la santé au travail et l'hygiène du milieu, la santé de la population et le système de santé du Canada, ainsi que l'épidémiologie clinique et la médecine préventive; de plus, les principes de prévention et de santé publique sont enseignés en rapport avec les maladies infectieuses. Les expositions à la prévention et à la santé publique dans le cadre de la phase D sont décrites le plus clairement dans le contexte d'une rotation en médecine familiale d'une durée de six semaines, quoique les aspects sociaux et préventifs des soins cliniques sont relevés à divers degrés dans d'autres rotations et peuvent être présents dans des formats moins bien précisés.

Les étudiants peuvent bénéficier de plusieurs options d'apprentissage communautaire connexes, qu'elles soient obligatoires ou facultatives. Les expériences obligatoires comprennent soixante heures dans des organismes de service communautaire (programme d'apprentissage par le service communautaire) ou une exposition à la collectivité d'une durée de deux semaines pendant la phase A, un apprentissage additionnel en service communautaire dans les cours de santé communautaire et d'épidémiologie dans les phases B (16 heures) et C (6 heures), et une visite du lieu de travail, qui a également lieu au cours de la phase C. Des facteurs de type communautaire sont pris en compte dans des établissements de soins primaires au cours d'expériences préstages de visites courantes obligatoires d'enfants et de médecine familiale de la phase B et de visites pédiatriques communautaires (de 3 à 12 heures) et d'activités de médecine familiale (deux semaines en milieu urbain, deux semaines en milieu rural) pendant la phase D. Plusieurs expériences communautaires facultatives sont également offertes dans la phase A (expérience en soins familiaux, une proposition de soins plus humains dans une école du centre-ville, de l'apprentissage longitudinal par observation auprès des personnes âgées, de l'apprentissage par observation de la santé des immigrants, l'établissement de liens (Making the Links)/certificat en santé globale), mais il y en a proportionnellement moins dans les phases B, C et D (stage préparatoire, programme facultatif JURSI (Zimbabwe), et initiative SWITCH). Plusieurs groupes d'intérêts en sciences de la santé et un club de lecture dirigé par des étudiants offrent d'autres occasions d'apprentissage connexes.

Regard vers l'avenir

- 1) **Faire en sorte que la prévention et la santé publique soient intégrées au curriculum** : Il est souvent mentionné dans la série de rapports de l'AFMC sur les pratiques exemplaires en santé publique que les étudiants en médecine estiment que le domaine de la santé publique est non seulement inintéressant, mais éloigné de la pratique de la véritable médecine. La prévention et la santé publique doivent donc être intégrées au curriculum le plus possible, dans le but d'assurer à la fois la continuité à plusieurs phases et l'intégration entre les sujets. Selon la série de rapports, les principes généraux de cette inclusion devront comprendre un engagement envers la qualité de l'enseignement, l'utilisation de cadres d'enseignement en population clinique, un accent sur des situations réelles/cliniques, et une évaluation continue rigoureuse. Pour donner corps à ces idéaux, l'enseignement de la santé publique sera bien organisé et dynamique et reposera sur des cours bien structurés et bien livrés, des études de cas, des visites dans la collectivité, des conférenciers invités, une multitude d'exemples cliniques tirés de la collectivité, des réflexions guidées et des innovations continues.

Dans le contexte particulier de l'instruction clinique, des outils et possibilités reconnus en matière d'enseignement de la santé de la population seront mis en œuvre. Des cadres de populations cliniques, comme celui de l'Université de Sydney intitulé *Eight Essential CDT Questions* et la matrice d'enseignement intégrée de Stone, permettront idéalement non seulement d'envisager la maladie à l'étude du point de vue de la collectivité et de la prévention, mais aussi d'offrir aux étudiants une approche mentale inclusive à l'égard des situations cliniques futures. Les objectifs en matière de santé publique seront clairement délimités tant dans les plans de cours cliniques que lors des exposés individuels. Pour tenir compte de cette inclusion, le contenu en santé publique occupera une place importante dans l'évaluation de

l'apprentissage des étudiants. La prévention sera également intégrée au développement des compétences cliniques : la prévention primaire et les déterminants de la santé seront soulignés lors de l'examen des antécédents, la prévention secondaire, lors la pratique de l'examen physique et la prévention tertiaire, lors de la planification du congé du patient et du suivi.

Pour assurer la continuité au cours des première et deuxième années du nouveau curriculum 2 par 2, des objectifs d'apprentissage en santé publique spécifiques seront présentés dans le cadre d'un cours en santé communautaire parallèle et continu.

Idéalement, le cours sera enseigné par des spécialistes en médecine communautaire dans le but, une fois de plus, d'assurer la qualité de l'enseignement, d'établir des rapports avec des sujets cliniques courants et de souligner la pertinence par rapport à la pratique clinique future. Le nouveau manuel de l'AFMC sur les notions de santé publique servira à orienter le contenu et la présentation étant donné que cette ressource électronique a été développée dans le but d'atteindre les objectifs d'apprentissage en santé publique fixés par le Conseil médical du Canada.

L'évaluation de la qualité – qui est un facteur clé reconnu du renouvellement de l'enseignement de la santé publique – et la coordination globale comptent parmi les autres éléments importants. Ce processus comprendra une évaluation à court terme fondée sur les commentaires des étudiants et des enseignants et sur la performance des étudiants, ainsi qu'une évaluation à long terme des attitudes et des comportements des médecins praticiens. Comme il est indiqué dans l'expérience d'intégration de l'Université de Sherbrooke, l'intégration est une entreprise importante et mérite d'être confiée à un coordonnateur désigné.

- 2) **Faire une priorité des possibilités d'apprentissage expérientiel :** Le perfectionnement continu, l'évaluation et la prise de mesures favorisant des possibilités d'apprentissage pertinentes, de grande qualité et centrées sur la collectivité devraient être une priorité. Ces possibilités doivent être mieux réparties dans le curriculum, à titre d'expériences essentielles ou facultatives. Les exigences administratives entourant ces démarches, jumelées au fardeau que les demandes similaires provenant d'autres collègues imposent à la collectivité, font qu'il est nécessaire de nommer un coordonnateur interprofessionnel. Puisque la phase D ne comporte pas de volet dédié à la santé publique, il est proposé de mettre sur pied une expérience en santé publique à participation obligatoire, d'une durée de quatre semaines, axée sur des projets, semblable à celle qui est offerte à l'Université de Rochester. Ce stage sera axé sur le développement et la mise en œuvre pratique d'une intervention en santé publique portant sur un problème relevé par l'étudiant au sein d'une population donnée.
- 3) **Apprécier et faciliter l'étude de la santé publique :** Les mesures favorisant la formation en prévention et en promotion de la santé dans le contexte d'enseignement clinique devraient s'inscrire dans un contexte plus large où l'étude de la santé publique en milieu universitaire est appréciée et facilitée. Tout d'abord, la recherche sur la prévention passe par l'engagement auprès des collectivités, souvent au moyen d'activités de recherche non traditionnelles. C'est pourquoi toutes les démarches de chercheurs, y compris les moins habituelles, doivent être validées et récompensées sur le plan de la permanence, de la promotion et d'autres formes de reconnaissance. Les activités de perfectionnement du corps professoral visant à améliorer la capacité personnelle à entreprendre un tel engagement devraient également être étendues. Ces propositions s'inspirent d'un nouveau consortium sans précédent de plusieurs universités canadiennes (dont l'Université de la Saskatchewan) qui prennent part à une initiative appuyant l'avancement et la reconnaissance de l'engagement communautaire à l'université. Deuxièmement, l'École de médecine doit continuer de faire une priorité de l'engagement communautaire proprement dit afin de faciliter la recherche qui sous-tend l'enseignement de la santé publique. Le lancement prochain du centre d'engagement communautaire de l'Université sera l'occasion de présenter d'autres partenaires provenant de la collectivité qui pourraient prendre part à la recherche en santé publique et en prévention.

- 4) **Mettre en œuvre les points d'application spécifiques suivants :** Afin d'assurer une meilleure intégration de la prévention et de la santé publique dans le curriculum de médecine, le groupe de travail chargé d'examiner la quatrième recommandation du rapport sur l'AEMC propose l'examen des points d'application spécifiques suivants :
- Le développement de diverses modalités d'enseignement de la santé publique/prévention, allant du didactique et des formats Internet, dans le cas des notions de base, jusqu'à l'étude de cas centrés sur un problème dans le cadre de cours cliniques et d'apprentissage expérientiel connexe.
 - L'évaluation de l'efficacité du contenu fondamental combinant cours magistraux, séances en petits groupes et enseignement en ligne.
 - La participation des professeurs de santé publique/communautaire à l'enseignement clinique.
 - L'identification de deux cours cliniques qui serviraient à mettre à l'essai des scénarios centrés sur un problème et à évaluer leur contenu sur la prévention.
 - La mise sur pied d'une expérience en santé publique à participation obligatoire, d'une durée de quatre semaines, dans le cadre de la phase D.
 - L'évaluation systématique des facteurs liés au taux de réussite inférieur à la moyenne, au cours des dernières années, de l'examen sur la santé de la population menant au titre de Licencié du Conseil médical du Canada (LCMC). Les résultats de cette évaluation pourraient être appliqués aux recommandations ci-dessus.
 - L'embauche d'un coordonnateur de l'apprentissage intégré/interprofessionnel en santé publique, centré sur la collectivité, en vue de la mise en œuvre de ces recommandations.

UNIVERSITÉ DE L'ALBERTA

Les sujets de la promotion de la santé et de la prévention sont bien harmonisés avec le mandat de responsabilité sociale énoncé dans les objectifs du programme. Des groupes de travail ont été chargés de concevoir la prestation des éléments suivants : les déterminants sociaux de la santé; les politiques et les systèmes de santé; l'équité et la diversité; et la santé publique. Ces groupes de travail, composés de professeurs et d'étudiants travaillant en collaboration, ont élaboré, à la suite d'un examen de la littérature, des curricula révisés qui ont été mis en œuvre dans les quatre années du programme. Ces expériences éducatives avaient pour but de dégager les éléments et difficultés cachés qui dévaluent la prévention et la santé de la population. En outre, la promotion de la santé est un sujet qui est abordé dans divers cours du bloc d'études des deux premières années du curriculum.

Un autre groupe de travail se concentre sur la sécurité des patients et l'assurance de la qualité. Le contenu sur cette question a été mis au point en collaboration avec les Services de santé de l'Alberta, ce qui permet d'harmoniser les résultats de notre enseignement avec les définitions opérationnelles du fournisseur provincial de services de santé.

UNIVERSITÉ DE CALGARY

La déclaration suivante figure désormais dans le plan stratégique du CSM : « Des profils d'études seront mis au point à l'intention des étudiants en médecine qui s'intéressent aux affaires, aux politiques et à la santé publique ». Pour ce faire, le programme Leaders en médecine sera amélioré. Des réunions continues sont déjà organisées avec les dirigeants du Haskayne School of Business (programme combiné de doctorat en médecine et de MBA).

Plusieurs nouvelles initiatives dans le cadre du curriculum mettent l'accent sur la santé de la population :

- a. Dans le cadre du projet Corrélations communautaires en santé de la population, deux étudiants rendent visite à des membres de la collectivité œuvrant dans l'un des six domaines suivants : invalidité; immigrants/réfugiés; santé autochtone; familles avec enfants handicapés; itinérance et dépendance; et personnes âgées.
- b. À compter de 2016, un plan curriculaire faisant une plus grande place à la santé de la population dès le premier mois d'études de médecine sera appliqué (témoignant de l'attention accrue portée à cette question dans notre établissement).

UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Dès les premières étapes de leur apprentissage, nos étudiants en médecine se déplacent entre la salle de cours et la clinique et entre le campus et la collectivité et reçoivent une formation de calibre mondial d'une pléiade d'enseignants venant de partout dans la province. Grâce à l'intégration d'un curriculum centré sur l'acquisition de connaissances avec divers milieux d'apprentissage, nos étudiants prennent une part active à leur éducation.

Le curriculum renouvelé a été conçu de manière à souligner l'importance de bien comprendre le système de santé et la place que la formation médicale occupe dans le fonctionnement efficace de ce système. L'intégration de quatre éléments clés dans le curriculum renouvelé à titre de thèmes fondamentaux – à savoir, la formation interprofessionnelle, les systèmes de santé, la sécurité des patients et l'informatique de la santé – vient appuyer cette recommandation. Ces quatre thèmes sont intimement liés. En effet, la compréhension des systèmes de santé garantit la qualité des soins; la formation interprofessionnelle mène à la collaboration, laquelle encourage les interactions humaines optimales; l'informatique de la santé permet d'obtenir des données et d'appuyer le processus de soins, tout en exposant les étudiants à des progrès technologiques nouveaux et utiles; et la sécurité des patients est l'aboutissement final du système de santé auquel nous aspirons tous.

RECOMMANDATION 5

Exposer le curriculum caché

5

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.

Innovations dans nos facultés de médecine

UNIVERSITÉ MEMORIAL

Programme de MUN

Les étudiants assistent à des séances qui portent précisément sur « la culture de la médecine et le curriculum caché » et « l'éducation médicale respectueuse et le milieu d'apprentissage ». On leur présente la « Déclaration des attributs professionnels » de la Faculté de médecine ainsi que le Code de déontologie de l'AMC. Des politiques et procédures pour un milieu de travail respectueux permettent aux étudiants de dénoncer les comportements négatifs. Les évaluations des professeurs par les étudiants sont regroupées et envoyées aux professeurs annuellement et aux directeurs des études deux fois par année. Un système d'indicateurs, qui dénote les « préoccupations majeures », sert à aviser les directeurs d'études des comportements négatifs. Des mesures d'intervention officielles sont prises à partir de trois indicateurs.

Après chaque séance d'apprentissage indépendante (~q4 semaines), les étudiants assistent à une séance d'amélioration de la qualité au cours de laquelle ils fournissent des commentaires sur le curriculum et son fonctionnement aux équipes de gestion des étapes. Un résumé de chaque séance et des mesures prises est affiché à l'intention des étudiants sur la plateforme d'apprentissage de la Faculté de médecine (D2L).

UNIVERSITÉ DALHOUSIE

Créer des façons sécurisantes sur le plan culturel permettant aux étudiants et au corps professoral de rendre le curriculum caché explicite et pertinent au curriculum formel : La Faculté de médecine fait participer les étudiants à toutes les étapes de la conception, de l'élaboration et de la mise en œuvre du curriculum. Les étudiants sont encouragés à explorer certains aspects du curriculum caché et de proposer au corps professoral des éléments qui pourraient être inclus dans le curriculum formel. En outre, le service de perfectionnement du corps professoral organise annuellement des séances sur le curriculum caché et les modèles de rôle à l'intention des professeurs, du personnel et des résidents. Tous les stagiaires et leurs professeurs cliniciens, dès le début de l'externat, sont tenus de signer un accord prévoyant les rôles et les responsabilités de chaque partie sur le plan du comportement professionnel. Le curriculum caché est explicite dans ce document.

Encourager des programmes de mentorat continu pour offrir des conseils aux apprenants sur des activités comme choisir des stages optionnels, entreprendre de la recherche, s'impliquer dans la collectivité et faire des choix de carrière : Le programme de l'Université Dalhousie comprend un certain nombre d'initiatives portant sur ces activités, notamment le programme à participation obligatoire Recherches en médecine, le programme Semaine rurale, et les séances « Transition », d'une durée de trois à six semaines, qui sont présentées durant l'externat. Le Bureau des services aux étudiants offre, dans le cadre du curriculum, des possibilités d'apprentissage didactique, interactif et en ligne dans le cadre desquelles les professeurs aident les étudiants à faire leur choix de carrière.

Réunir des étudiants et des professeurs de différentes facultés pour discuter des problèmes reliés au curriculum caché et échanger sur des façons de les régler de manière constructive : Chaque année, des étudiants de divers secteurs de la santé sont invités à s'inscrire au programme MEd offert conjointement par la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie et l'Université Acadia. Des sujets portant sur le curriculum caché y sont présentés aux apprenants.

Démontrer aux étudiants et au corps professoral les effets du curriculum caché sur les apprenants, à l'aide de données et de résultats de recherche : La notion du curriculum caché est présentée à tous les étudiants dans le cadre du cours Recherches en médecine, où cette notion est examinée en tant que sujet de recherche potentiel. Par exemple, un étudiant effectue actuellement un examen approfondi de la littérature concernant le curriculum caché dans les professions de la santé.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

- Diffusion et promotion aux étudiants et professeurs du site intranet facultaire Respect incluant le *Code de conduite de la FMSS* et un *Guide interactif destiné à orienter toute personne s'estimant lésée*
- Implantation d'une procédure concernant les manquements professionnels rapportés par les étudiants
- Rencontre 3 fois par année de la direction du programme avec des représentants de l'association étudiante où ces sujets peuvent être abordés
- Initiatives spécifiques selon les sites de formation (Comité professionnalisme, sujet lors de formation professorale, rencontre avec des étudiants concernant le professionnalisme)

UNIVERSITÉ LAVAL

À l'Université Laval, les aspects négatifs du curriculum caché sont explorés de façon formelle dans les cours Médecin, médecine et société (I à IV) et de façon informelle dans les groupes d'intérêts. La Faculté de médecine s'est dotée de codes de conduite et de politiques qui encadrent les étudiants en médecine et les membres facultaires : code de professionnalisme des étudiants en médecine; code de professionnalisme facultaire; code de conduite de l'enseignant; politique contre le harcèlement, l'intimidation et la violence; politiques sur les relations avec l'industrie et les entreprises privées; politique sur la gestion des fonds des programmes de résidence, etc. Un cadre de référence sur l'imputabilité sociale et le professionnalisme a été également adopté par le Conseil de la Faculté de médecine en juin 2013. Un plan de diffusion de ces codes et politiques auprès des étudiants et des enseignants a été implanté dans tous les milieux. La Faculté s'est assurée de mettre en place des mécanismes clairs de remédiation et d'intervention face à de potentiels événements indésirables.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Cette recommandation a fait l'objet d'avancement sous deux thèmes dans les dernières années: 1) professionnalisme pour les différents intervenants de la faculté et ses milieux affiliés, et 2) relations entre les spécialités, particulièrement valorisation de la médecine familiale.

Notre programme MD a favorisé le développement du professionnalisme des étudiants en médecine: des formations spécifiques en éthique et des balises sur les attentes des conduites professionnelles en APP et durant les stages cliniques ont été conçues. Plus spécifiquement, une formation a été mise en place l'an dernier en simulation visant la reconnaissance et les réactions adéquates touchant l'incivilité et l'intimidation lorsque vécue dans l'environnement d'apprentissage. Des travaux facultaires ont porté sur la révision du code de conduite et la communication d'un code d'éthique touchant les conflits d'intérêts. Un bureau d'éthique facultaire permet, depuis 2013, l'intégration de l'enseignement de l'éthique et la diffusion des codes dans l'ensemble des programmes de la faculté.

Sur le plan professoral, des formations visant la reconnaissance de conduites non professionnelles et les stratégies pour y remédier sont en déploiement pour améliorer le climat académique. Nous visons une cohérence plus forte entre les enseignements reçus en éthique et les conduites observables en clinique dans tous les milieux.

En ce qui concerne la médecine de famille, un comité facultaire travaille à la valoriser et à rehausser le nombre d'enseignants en médecine de famille dans les années précliniques. Le stage de médecine de famille à l'externat est aussi devenu un des stages de base du programme.

UNIVERSITÉ MCGILL

Le curriculum caché est abordé à divers niveaux de notre nouveau curriculum MDCM. L'un des objectifs de la Faculté au cours des dernières années a été de promouvoir la médecine familiale, auparavant sous-valorisée, souvent par l'entremise d'influences du curriculum caché. Grâce à une stratégie cohérente et à des mesures ciblées, nous avons réussi à transformer les attitudes et à doubler, au cours des dix dernières années, le nombre d'étudiants qui font leur résidence en médecine familiale.

Le curriculum caché est également abordé dans le cadre du volet Rôle du médecin du programme MDCM. Il s'agit d'un programme de mentorat longitudinal de quatre ans dont l'un des principaux objectifs consiste à offrir aux étudiants un lieu sécurisant où ils peuvent réfléchir au processus d'enculturation qu'ils subissent pendant leurs études de médecine, et en discuter. Les réflexions guidées sur la nature des curricula cachés et informels sont l'un des aspects essentiels de cette démarche. Les enseignants qui participent à ce programme, appelés Osler Fellows, assistent à des ateliers de perfectionnement ciblés qui leur fournissent les outils nécessaires pour devenir des mentors positifs. Ces ateliers portent notamment sur le curriculum caché; l'érosion de la déontologie; la médecine narrative (un outil qui favorise la réflexion); la pleine conscience; la justice sociale; et la sécurité culturelle. Nous sommes actuellement en voie de mettre sur pied un nouvel atelier axé sur la formation de l'identité professionnelle, dans le cadre duquel l'impact du curriculum caché sur la formation de l'identité sera exploré de façon explicite.

Enfin, et surtout, nous avons mis au point un code de déontologie à l'intention des apprenants et des professeurs. Il prévoit clairement les conséquences qui découlent des comportements inacceptables et des manquements auxquels il n'est pas remédié.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Dans le but d'exposer le curriculum caché, nous avons mis l'accent sur le « professionnalisme » des étudiants et des membres du corps professoral. L'outil LEP (*Learning Environment for Professionalism*) a été intégré aux évaluations de fin de stage. Les données recueillies au moyen de cet outil sont présentées aux titulaires des chaires de leadership et aux directeurs de département de tous les centres universitaires des sciences de la santé affiliés.

En outre, nous avons établi un système dans le cadre duquel les étudiants et les professeurs sont encouragés à dénoncer les comportements indésirables et ce, en toute confidentialité et sécurité. Tous les professeurs, résidents et infirmiers sont tenus d'assister à un module d'apprentissage sur le mauvais traitement des étudiants.

La Faculté de médecine a également créé un programme, appelé « Be In the Know », qui a pour but d'offrir un milieu d'apprentissage sécurisant et positif à tous les apprenants, professeurs et employés. Ce programme est décrit sur le site Web de la Faculté.

De plus :

- Nous organisons une Cérémonie de la blouse blanche au début de la première année d'études pour marquer, devant famille et amis, l'entrée officielle des étudiants dans la profession. Les étudiants récitent la Déclaration de professionnalisme, qui symbolise leur engagement envers la médecine, ainsi que leur propre serment de professionnalisme pour établir leur lien avec leur classe. Ils réaffirment la déclaration au début de leur externat.

- Nous offrons des programmes officiels de mentorat par les médecins et par les pairs pour offrir des conseils aux apprenants sur des activités comme choisir des stages optionnels, entreprendre de la recherche, s'impliquer dans la collectivité et faire des choix de carrière.
- Nous encourageons les étudiants à prendre part au curriculum prédoctoral, à l'examen du contenu du curriculum ainsi qu'aux comités d'externat, de pré-externat et de promotion.

UNIVERSITÉ QUEEN'S

Initiatives para-universitaires : Les étudiants sont invités à préparer des exposés sur le professionnalisme dans lesquels ils font part de façon anonyme de situations où ils sont témoins de l'exercice du rôle professionnel ou de situations où l'exercice de ce rôle pourrait être amélioré. Ces exposés sont recueillis et « nettoyés » en vue d'être présentés lors de séances d'apprentissage après la graduation des externes.

Le groupe d'étude sur le milieu d'apprentissage a été mis sur pied en réponse aux préoccupations soulevées par les étudiants dans le Questionnaire à l'intention des diplômés canadiens. Le groupe d'étude a effectué un sondage auprès des étudiants au sujet du curriculum caché, des rôles professionnels et de la mesure dans laquelle ils se sentent soutenus. Des plans d'actions ont été mis au point. Par exemple, des Journées de résilience ont été organisées dans le cadre de l'externat.

Journées de résilience : Les étudiants obtiennent un congé de l'hôpital et des stages cliniques à l'externat pour assister, en compagnie de membres du corps professoral, à une série de conférences et d'ateliers pratiques portant sur les sujets suivants, entre autres : le mieux-être personnel; la voie vers la réussite; les premières étapes du CaRMS; des conseils judicieux sur la résidence; le médecin résilient : cinq outils pour rester à flot; des outils de mieux-être; des conseils de praticiens de la médecine; des discussions sur des scénarios soumis par les participants; et le maintien de la résilience.

Initiatives dans le cadre du curriculum : Les étudiants rencontrent des conseillers au cours des première et deuxième années d'études pour discuter des difficultés auxquelles font face les médecins et fixer des objectifs pratiques. Lors de l'externat, les responsables des compétences et d'autres intervenants interrogent les étudiants au sujet de leur expérience en externat et du rôle du médecin. Le rôle professionnel, les compétences et les objectifs font partie de tous les aspects du curriculum. Le curriculum caché fait ainsi l'objet d'un enseignement explicite.

UNIVERSITÉ DE TORONTO

- Afin de mieux surveiller l'environnement d'apprentissage de nos stages d'externat, nous avons ajouté un sondage normalisé sur l'environnement d'apprentissage à nos évaluations de fin de stage. Puisque les données ne suffisent pas par elles seules à améliorer l'environnement d'apprentissage, nous avons également mis en œuvre un processus afin de surveiller et de régler les problèmes liés à l'environnement d'apprentissage relevés dans les réponses au sondage des étudiants.
- Afin d'appuyer l'élaboration de stratégies pour éliminer les effets indésirables du curriculum caché dans nos contextes cliniques, nous avons créé un groupe de travail conjoint EMP-hôpital, composé de représentants des niveaux supérieurs du programme de médecine de l'Université de Toronto et de partenaires hospitaliers.

UNIVERSITÉ WESTERN

Les étudiants peuvent compter sur l'appui de programmes de mentorat social et curriculaire, dirigés par des membres du corps professoral en petits groupes, dans le cadre desquels les difficultés que présente le curriculum caché sont abordées de front.

Le programme prédoctoral en médecine repose sur une culture où tous les aspects des soins aux patients sont valorisés en faisant de la réflexion une stratégie d'apprentissage. Notre bureau de santé étudiants et de soutien à la carrière – appelé Learner Équité & Wellness – est considéré comme un solide pilier par l'ensemble des apprenants du programme, peu importe où ils se trouvent. Le nombre croissant de diplômés de l'École de médecine et de dentisterie Schulich qui se consacrent aux disciplines générales témoigne de notre réussite à cet égard.

ÉCOLE DE MÉDECINE DU NORD DE L'ONTARIO

Nous abordons le curriculum caché de manière explicite au cours de la première partie du programme, nous attardant sur la « culture d'aucune culture » de la médecine ainsi que sur son expression positive et négative. Les étudiants ont aussi la possibilité de réfléchir à leur propre expérience du curriculum caché lors de séances de réflexion sur des incidents critiques, et d'explorer leur portefeuille d'apprentissage interprofessionnel communautaire. Le curriculum caché est également abordé lors d'expériences d'externat à divers niveaux de formalité. Enfin, le curriculum caché est l'une des principales notions abordées dans bon nombre de nos projets et initiatives de recherche en éducation.

UNIVERSITÉ DU MANITOBA

1. Le curriculum de santé autochtone comporte un volet sur la sécurité culturelle.
2. Lors de la demi-journée sur l'externat, l'une des unités du cours sur le professionnalisme porte sur le curriculum caché, et les étudiants sont invités à réfléchir à leur expérience du curriculum et à l'exposer. De plus, pendant chacun de leurs stages, les étudiants sont invités à participer à un sondage anonyme sur les mauvais traitements. Les sujets de préoccupation font l'objet d'un suivi de la part du doyen associé (Professionnalisme).
3. Un programme de mentorat a été mis sur pied dans le cadre duquel des groupes de huit étudiants (à raison de deux par année d'études) ont un mentor qui les suit pendant leur parcours de quatre ans. Ce programme ne fait pas partie du curriculum. Il permet aux étudiants de discuter avec leur mentor, en toute liberté, des questions qui les préoccupent et de l'expérience de devenir et d'être médecin.
4. Des réunions régulières entre le doyen, le doyen associé et des groupes de dix étudiants permettent au bureau du doyen de prendre le pouls de l'expérience des étudiants.

UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN

Situation actuelle

Des membres du groupe de travail ont étudié la documentation disponible sur le curriculum caché en médecine et, pendant une série de réunions fondées sur cet examen, ont discuté des aspects du curriculum caché qui touchent leurs rôles au sein du Collège de médecine. Le groupe de travail était formé d'étudiants, de résidents, de médecins praticiens, de membres du corps professoral et d'un représentant du College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan.

En juin 2011, sur la base de discussions du groupe de travail, un sondage administré dans l'ensemble du Collège qui mettait l'accent sur le curriculum caché a été distribué aux intervenants, dont les étudiants du premier cycle, les résidents des cycles supérieurs en médecine, les étudiants de deuxième cycle, les doyens associés et vice-doyens, les membres à temps plein du corps professoral, les membres du corps professoral de la collectivité, les membres du personnel et les directeurs de programme. Au total, 116 personnes ont répondu au sondage en ligne (n=116). La plupart d'entre elles (soit 68,4 %) ont

mentionné avoir constaté des éléments du curriculum caché au Collège de médecine. Les 80 répondants (n=80) qui ont indiqué avoir observé des éléments du curriculum caché au Collège ont décrit comme suit à quel point ceux-ci sont répandus : extrêmement répandus (10 %); très répandus (32,5 %); répandus (28,8 %); assez répandus (23,8 %) et pas très répandus (5 %).

Parmi les 116 répondants au sondage, la majorité d'entre eux (69,9 %) ont indiqué que le curriculum caché est hautement prioritaire et que les Facultés de médecine du Canada doivent s'en occuper. La plupart (66,4 %) ont aussi mentionné que le curriculum caché a des effets négatifs sur les études médicales de premier cycle et sur l'apprentissage des étudiants.

Le « curriculum caché » peut être difficile à définir et la définition peut varier d'une personne à l'autre. Au total, 87 répondants au sondage (n=87) ont donné leurs définitions du curriculum caché, dont les suivantes :

- Attitudes et croyances qui sont communiquées implicitement parmi les membres du Collège de médecine par des interactions et des exemples.
- Ensemble de règles ou normes non officielles de longue date de la profession médicale qui sont apprises de manière informelle et qui représentent souvent l'antithèse des objectifs réels de l'éducation médicale et des soins axés sur le patient.
- Attitudes non officielles mais courantes concernant la culture de la médecine, l'éthique, les attitudes, et les rôles sociétaux qui se rattachent au statut de médecin.
- Le curriculum caché réside dans les leçons informelles qu'apprennent les étudiants de leurs précepteurs et de leurs pairs, parfois à leur insu. En outre, les précepteurs et les pairs ne sont pas toujours conscients qu'ils enseignent de telles leçons.

Regard vers l'avenir

- 1) **Fournir à tous les membres de la collectivité de l'École des descriptions claires et concises des objectifs déclarés, de la mission et de la vision de l'École de médecine :** L'une des préoccupations recensée par le groupe de travail chargé d'examiner la cinquième recommandation du rapport sur l'AEMC a trait à l'enracinement d'attitudes négatives chez les étudiants, les membres du corps professoral et le personnel. Les aspects négatifs et positifs du curriculum caché tel qu'il se vit à l'École doivent être décrits explicitement (la question pourrait être examinée par un groupe de travail sur le curriculum caché). Des descriptions claires et concises de la mission et de la vision de l'École devraient être diffusées à l'ensemble des membres de la collectivité de l'École, et des comparaisons entre la description du curriculum caché et les objectifs déclarés de l'École doivent être effectuées. Il faut affecter des ressources pour appuyer la création et les travaux du groupe de travail sur le curriculum caché, et demander à des employés compétents d'aider à cerner les problèmes et de proposer des moyens de les résoudre.
- 2) **Mettre au point un programme de formation obligatoire à l'intention du corps professoral :** Une autre préoccupation recensée par le groupe de travail chargé d'examiner la cinquième recommandation du rapport sur l'AEMC a trait au fait que la formation des membres du corps professoral semble être concentrée sur l'acquisition de compétences en enseignement et le transfert de connaissances au détriment de l'acquisition de compétences en mentorat. Il faut mettre au point un programme de formation à participation obligatoire pour aider les membres du corps professoral à cerner les lacunes sur le plan des connaissances et de la performance dans ce domaine et à développer des compétences pour faire face aux attitudes et comportements changeants. Les membres du corps professoral doivent être tenus responsables de la mauvaise performance dans ce domaine ainsi que dans le milieu clinique. Des prix devraient être créés pour reconnaître ceux et celles qui incarnent les idéaux et objectifs déclarés de l'École. Les récompenses financières et promotionnelles pour l'enseignement longitudinal des comportements et de la déontologie devraient être bonifiées.
- 3) **Mettre au point un plan longitudinal pour exposer le curriculum caché :** Le groupe de travail a constaté que la formation comportementale semble être dispensée principalement au cours de la première année d'études, comme si l'on devait s'occuper de ces compétences avant d'entamer le « véritable » volet du programme. Il faut mettre au point un plan longitudinal traitant des aspects positifs et négatifs du curriculum caché à toutes les étapes de la formation des étudiants. Le rôle que les étudiants peuvent jouer en donnant des exemples du curriculum caché doit être respecté, encouragé et appuyé par l'École de médecine.

UNIVERSITÉ DE L'ALBERTA

Le groupe de discussion sur le rôle du médecin, qui s'inscrit dans le cours du même nom, a été conçu pour réduire au minimum et exposer le curriculum caché au sein de chaque cours et de chaque stage en explorant le contexte des expériences d'apprentissage des étudiants. Ces groupes longitudinaux sont animés par des médecins généralistes, s'étendent sur les quatre années d'études et constituent un milieu sécurisant et positif où les étudiants peuvent discuter de sujets et d'expériences touchant la formation de l'identité professionnelle. Nous avons également organisé des semaines intersessions au cours des troisième et quatrième années d'études, à l'occasion desquelles l'on fournit aux étudiants réunis en groupes petits et grands pendant leur externat un contexte et un contenu portant expressément sur la question du curriculum caché.

Une initiative de perfectionnement des membres du corps professoral portant sur le curriculum caché comprenait la création d'un « club de lecture », où un groupe de professeurs lisait des ouvrages sur la formation de l'identité professionnelle et en discutait. Comme activité de clôture de cette initiative, nous avons invité le Dr. Alan Bleakley à visiter notre faculté, à participer à des conférences scientifiques et à interagir avec les membres du club de lecture.

Nos méthodes exhaustives de collecte de données peuvent servir de plateforme pour l'examen du curriculum caché.

UNIVERSITÉ DE CALGARY

- a. Dans notre École, le curriculum caché se manifeste souvent dans le cadre d'expériences d'apprentissage par l'observation, phénomène qui a récemment été examiné en détail lors de nombreuses discussions avec les étudiants. Par la suite, une politique en matière d'observation a été établie, les directeurs du programme postdoctoral ont été invités à se prononcer sur l'importance de cette activité (qui est minime) et une base de données sur les précepteurs potentiels pour les expériences d'apprentissage par l'observation a été créée.

UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Hors du cadre du curriculum formel, nous tentons d'améliorer le milieu d'apprentissage de nos étudiants en exposant le curriculum caché. Nous avons récemment établi un groupe de travail sur le mauvais traitement des étudiants. Nous disposons de longue date d'un programme de mentorat, dans le cadre duquel les étudiants sont jumelés à des étudiants plus avancés, à des résidents et à des médecins praticiens en vue d'apprendre à faire face aux nombreux défis que présente l'étude de la médecine.

RECOMMANDATION 6

Diversifier les contextes d'apprentissage

6

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

Innovations dans nos facultés de médecine

UNIVERSITÉ MEMORIAL

Curriculum de MUN

Les étapes I à III comportent chacune des stages de deux semaines dans la collectivité, au cours desquels les étudiants se rendent dans des centres ruraux et régionaux pour découvrir les soins primaires intégrés et constater leur rapport avec la collectivité desservie. Les étudiants peuvent faire leurs stages obligatoires dans un milieu de soins tertiaires ou dans les grands centres régionaux de Terre-Neuve-et-Labrador ou du Nouveau-Brunswick. Le stage obligatoire en médecine familiale se fait en milieu rural ou régional. Dans le cadre du cours avancé sur l'intégration de la pratique (étape IV du nouveau curriculum), l'étudiant est affecté à un médecin, à un groupe de médecins ou à une discipline qui lui permet de suivre les patients dans leur interaction avec le système de santé sur une période de douze semaines.

Le Bureau de la santé mondiale facilite les stages internationaux en offrant une formation préalable au départ. Dans le cadre d'un projet pilote lancé en 2013 (appelé inSIGHT – International Summer Institute in Global Health Training), huit (8) étudiants des étapes I à III ont effectué des stages de quatre semaines au Népal. Ce programme, couronné de succès, en est à sa troisième année.

UNIVERSITÉ DALHOUSIE

Créer, tôt dans la formation, des possibilités d'apprentissage exhaustif dans divers milieux communautaires, y compris des stages longitudinaux et intégrés : Le programme continue d'offrir aux étudiants la possibilité de participer à des stages intégrés longitudinaux. À ce jour, les collectivités de Miramichi et d'Upper River Valley (Nouveau-Brunswick) offrent cette possibilité à sept étudiants. La collectivité de Moncton (Nouveau-Brunswick) offrira à six étudiants la possibilité de faire un stage intégré longitudinal dès septembre 2015. De plus, au cours de la dernière semaine du programme Med 1, les étudiants travaillent avec un médecin dans une collectivité rurale des Maritimes. Le programme de préceptorat d'été de la Nouvelle-Écosse a été créé en 2009 dans le but d'encourager les étudiants à envisager d'exercer leur carrière en milieu rural ou dans une clinique ou un hôpital communautaire à l'extérieur de la Régie régionale de la santé Capital de la Nouvelle-Écosse. Ce programme offre des emplois d'été aux étudiants en médecine qui résident en Nouvelle-Écosse.

Élaborer des objectifs d'apprentissage spécifiques pour la formation en milieux communautaires tout au long des études médicales prédoctorales : Le programme de l'Université Dalhousie repose sur quatre objectifs généraux : Apprenant à vie; Professionnel; Clinicien compétent; et Collaborateur de la communauté. Le programme présente donc des possibilités et objectifs précis en ce qui a trait à l'apprentissage en milieu communautaire tout au long du programme de quatre ans.

Favoriser une culture organisationnelle qui renforce positivement l'utilité de milieux d'apprentissage multiples durant les études médicales prédoctorales : À l'heure actuelle, des possibilités d'enseignement et d'apprentissage sont offertes dans 100 milieux d'apprentissage tout au long du programme de quatre ans. L'Université Dalhousie est considérée comme étant « l'École de médecine des Maritimes » et couvre trois provinces, ce qui la distingue des autres écoles de médecine au Canada.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

- Obligation pour tous les externes d'effectuer au moins le tiers (16 semaines/48) de ses stages dans un milieu autre que celui de son site de base
- Poursuite et développement de milieux diversifiés pour les stages cliniques en 1^{ère} année, 2^{ème} année et à l'externat
- Reconnaissance sous forme de crédit académique depuis 2013 des stages effectués en recherche, en santé mondiale (international, Premières nations et communautaire)

UNIVERSITÉ LAVAL

L'Université Laval améliore constamment l'exposition des étudiants aux diverses réalités de la pratique médicale par des stages dans les milieux urbains, semi-urbains, ruraux, en région intermédiaire ou région éloignée. Les étudiants sont aussi exposés aux milieux communautaires, aux soins courants intra- hospitaliers et ambulatoires, ainsi qu'aux soins tertiaires et quaternaires. Des externats longitudinaux intégrés ont été mis en place dans les sites de Joliette, de Rimouski et de Lévis, et d'autres sites sont en développement. Le stage obligatoire de médecine familiale s'effectue dans des milieux en région. De plus, l'Université Laval offre des stages auprès de clientèles vulnérables, de communautés autochtones, dans des pays en voie d'émergence, etc. Depuis 2012, l'activité Introduction à la clinique sensibilise les étudiants au vécu des patients dans divers contextes de soins et au travail des professionnels de la santé, en particulier à celui des médecins. Les activités d'apprentissage débutent dès la première session au programme et s'étendent sur toute la durée du préexternat. Elles comprennent des blocs-stages d'observation des interventions de médecins et autres professionnels dans des contextes différents : clinique externe, unité de soins actifs, palliatifs, de réadaptation, visites à domicile, urgence mineure et majeure, clinique privée, GMF, UMF, etc. Les étudiants doivent aussi participer à des activités communautaires dans des organismes communautaires.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Notre programme de médecine offrait déjà, avant les recommandations sur l'AÉMC, une diversité dans les méthodes et contextes d'apprentissage. Au préclinique, les étudiants sont principalement exposés à l'apprentissage par petits groupes utilisant la méthode de l'apprentissage par problèmes (APP). L'apprentissage par équipe (APE) est introduit dans quelques cours et les cours magistraux viennent consolider les concepts à maîtriser.

Nos étudiants sont mis précocement en contexte clinique par des activités longitudinales. Ils ont aussi la chance de développer leurs compétences dans des situations cliniques simulées intégrées au programme dans nos centres de simulation (CAAHC) des deux campus.

Au cours des années cliniques, nos étudiants bénéficient d'un vaste réseau de centres hospitaliers et ressources communautaires, et ce tant en milieu urbain, semi-urbain, rural, en région intermédiaire qu'en région éloignée. Notre vaste réseau universitaire intégré en santé (RUIS) soutient l'organisation nécessaire à cette diversité en enseignement.

Il est aussi possible pour nos étudiants de faire leur formation en entier au Campus de l'Université de Montréal en Maurice dans un milieu semi-urbain, en région intermédiaire. Nous offrons, depuis 2012 pour les étudiants de ce campus, la possibilité de faire leur externat en expérience longitudinale dans un milieu de première ligne.

UNIVERSITÉ MCGILL

Les volets Transition à la pratique clinique et Externats I et II ont été remaniés en fonction des objectifs énoncés dans le rapport de l'AFMC sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada et des recommandations du Groupe de consultation en enseignement mis sur pied dans le cadre du processus de planification stratégique « Les idées novatrices » de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Les directeurs de cours font en sorte que leur curriculum révisé soit harmonisé avec l'aboutissement souhaité du programme MDCM, à savoir un diplômé qui possède les attributs cliniques obligatoires et fondamentaux ainsi que les compétences d'un médecin possédant les connaissances requises énoncées dans les présentations cliniques du Conseil médical du Canada. Les volets du curriculum favorisent l'apprentissage et l'évaluation de l'ensemble des objectifs du programme MDCM, y compris les thèmes curriculaires longitudinaux de l'équité et de la diversité, de l'interprofessionalisme et de la sécurité des patients.

Un examen sérieux a été entrepris afin de veiller à ce que les étudiants mettent à profit les connaissances, les compétences et les attitudes apprises pendant les premières étapes du curriculum et de les préparer à devenir des médecins pluripotents pouvant poursuivre leur formation dans n'importe quelle discipline clinique.

Le renouvellement des volets a également été stimulé par la nécessité de mieux servir la société. Le programme d'externat actuel est généralement centré sur les soins tertiaires, se fait par rotations, et est largement axé sur les patients hospitalisés. Toutefois, du point de vue du patient, les soins de santé sont essentiellement primaires et secondaires, longitudinaux et prodigués en clinique externe. Le nouveau programme d'externat, qui consiste en stages de 16 semaines, a été remanié de façon à favoriser l'intégration du contenu dans plusieurs disciplines cliniques. Cette démarche offre à l'étudiant davantage de possibilités de comprendre les maladies et les thèmes curriculaires dans l'ensemble des disciplines, favorise l'exposition longitudinale aux patients en clinique externe et prépare les étudiants à la réalité de l'évaluation de patients atteints de maladies indifférenciées.

En outre, le clinicien en soins primaires fait face à une grande diversité de scénarios cliniques dans lesquels l'échographie de chevet peut faciliter le diagnostic, la thérapeutique, la gestion et les procédures et, en définitive, améliorer l'état du patient. À l'Université McGill, les étudiants apprennent à utiliser l'échographie de chevet dans le cadre de l'évaluation clinique du patient. Notre objectif consiste à enseigner aux étudiants en médecine les compétences dont ils ont besoin pour utiliser l'échographie de chevet de façon à résoudre des problèmes cliniques discrets. L'acquisition de compétences en matière d'échographie de chevet au cours de la première année d'études a été excellente tout au long de l'année, ce qui donne à penser que les objectifs de cours ont été fixés à des niveaux atteignables compte tenu du temps d'enseignement prévu. La majorité des étudiants ont indiqué que le nouveau cours prédoctoral en échographie de chevet leur avait permis d'acquérir une meilleure compréhension de l'anatomie élémentaire.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Les contextes d'apprentissage de la Faculté ont été diversifiés de la façon suivante :

- La création, tôt dans la formation, de possibilités d'apprentissage exhaustif dans divers milieux communautaires grâce aux programmes d'éducation médicale hors les murs et d'apprentissage en services communautaires.
- L'offre de stages dans divers milieux communautaires, y compris des stages longitudinaux et intégrés.
- La célébration annuelle 1) de la culture autochtone (conférences sur les cultures, la santé et la médecine traditionnelle autochtones); et 2) de la culture francophone (à l'occasion de la Journée internationale de la Francophonie).

UNIVERSITÉ QUEEN'S

Contextes d'apprentissage pré-externat : Notre nouveau programme Premier patient offre aux étudiants de première et deuxième années la possibilité d'apprendre auprès d'un véritable patient atteint d'une maladie chronique. Les étudiants se rendent au domicile du patient et dans divers milieux de soins afin d'apprendre auprès du patient. Des stages d'observation offrent aux étudiants l'occasion d'observer l'interaction entre les infirmiers, les médecins et d'autres professionnels de la santé et les exposent à la pratique dans un petit hôpital régional et aux compétences requises en gestion. D'autres stages d'observation dans diverses disciplines et milieux sont exigés des étudiants ainsi que dans le cadre d'une étude indépendante.

Contextes d'apprentissage à l'externat : Lors de l'externat, les étudiants ont la possibilité de faire des stages en milieu rural, dont un stage en médecine familiale à Moose Factory, et dans des centres plus importants d'Oshawa et de Toronto (hôpital Humber Rivers), chaque stage étant axé sur les milieux hospitaliers et ambulatoires. Les étudiants ont également la possibilité de participer à notre nouveau stage intégré d'une durée de 18 semaines, dans le cadre duquel ils effectuent leurs stages en médecine familiale, pédiatrique et psychiatrique dans un milieu plus petit.

UNIVERSITÉ DE TORONTO

- L'enseignement clinique dans le cadre du programme prédoctoral de l'Université de Toronto a lieu dans nos **33 sites d'enseignement clinique affiliés**, regroupant 24 hôpitaux, soit neuf établissements entièrement affiliés, quatre établissements associés et 11 établissements communautaires affiliés, et neuf établissements cliniques non hospitaliers. Grâce à cette diversité de milieux d'enseignement clinique, nous sommes en mesure d'offrir aux étudiants des possibilités d'apprentissage dans divers contextes. Tous nos étudiants en médecine sont tenus de faire des stages dans la collectivité ainsi que dans des milieux de soins tertiaires.
- Nos quatre **académies de médecine** – FitzGerald, Mississauga, Peters-Boyd et Wightman-Berris – sont constituées de regroupements des hôpitaux et autres établissements de soins, entièrement affiliés ou communautaires, de l'Université. Nos étudiants sont affectés à une académie lors du processus d'admission, et chaque académie offre à ses étudiants un milieu clinique au sein d'un hôpital d'enseignement affilié pendant la durée du programme prédoctoral ainsi qu'un ensemble diversifié de contextes d'apprentissage cliniques.

UNIVERSITÉ MCMASTER

À l'instar de la plupart des écoles de médecine au Canada, McMaster reconnaît de longue date la nécessité de former les étudiants de façon à ce qu'ils soient prêts à s'inscrire à un vaste éventail de programmes de formation spécialisés postdoctoraux. Nos étudiants ont généralement une forte affinité avec la médecine familiale et plusieurs autres spécialités généralistes.

Le généralisme et les contextes d'apprentissage diversifiés font partie de l'histoire récente et de longue date de McMaster. Le développement du réseau d'éducation médicale décentralisée (EME) de McMaster a commencé par la mise sur pied à Thunder Bay, dès 1991, du programme de Médecine familiale dans le Nord, mais le réseau, sous sa forme actuelle, a pris naissance en 2004 avec la création du programme d'éducation en milieu communautaire et rural (Mac CARE). Les données probantes à l'appui de l'impact positif du réseau d'EME et la nécessité continue de former les étudiants de façon à ce qu'ils soient en mesure d'exercer leur profession dans le plus grand éventail de milieux cliniques ont amené McMaster à ouvrir des campus régionaux où les étudiants ont accès à presque tous les programmes prédoctoraux. Les premiers campus régionaux ont été inaugurés à Waterloo en 2007 et à Niagara en 2008. Y ont fait suite trois campus de formation clinique à Grand Erie Six Nations (2008), Halton (2011) et Burlington (2012). Comme leur nom l'indique, les campus d'éducation clinique appuient la formation clinique dans le cadre de cours à option et de stages.

Aujourd'hui, McMaster possède l'un des plus grands réseaux d'EME au Canada, comptant plus de 600 étudiants inscrits au programme prédoctoral (soit 168 aux deux campus régionaux et 450 à Hamilton) et plus de 800 stagiaires postdoctoraux répartis dans des établissements du sud-ouest de l'Ontario. La plupart des étudiants à Hamilton recevront une partie de leur formation dans des établissements cliniques situés à l'extérieur du centre universitaire des sciences de la santé, tandis que la plupart des étudiants dans les campus régionaux seront formés en partie dans ces centres universitaires de soins tertiaires. Les étudiants sont ainsi exposés, tout au long du programme, à une grande diversité de milieux cliniques – grands et petits, hospitaliers et cliniques, urbains et ruraux.

Nos partenariats avec les hôpitaux et les médecins communautaires ont joué un rôle essentiel dans la mobilisation de nos enseignants. Les campus régionaux et le programme Mac-CARE fournissent un soutien direct aux dirigeants et aux administrateurs dans les hôpitaux. Grâce au soutien du ministère provincial de la Santé, nous avons été en mesure de financer le transport et le séjour d'étudiants dans des centres de pratique communautaire. La nomination professorale, la promotion et la reconnaissance des précepteurs communautaires, ainsi que la valorisation de l'enseignement clinique dans le cadre de l'entreprise universitaire, sont des éléments importants qui permettent aux enseignants de la collectivité de participer pleinement au programme d'éducation prédoctorale de McMaster et à la Faculté des sciences de la santé.

UNIVERSITÉ WESTERN

Le programme d'apprentissage décentralisé de notre École est reconnu à l'échelle nationale depuis deux décennies. Le curriculum de base est offert dans une seule classe, de façon décentralisée entre deux centres régionaux lors du pré-externat, et dans l'ensemble de notre réseau d'éducation décentralisé d'apprentissage clinique au cours des troisième et quatrième années du programme.

En ce qui a trait à la formation clinique, les soins aux patients sont enseignés aux étudiants dans divers centres régionaux dès la semaine d'orientation, pour se poursuivre pendant la semaine d'immersion rurale de la première année avec des médecins et des professionnels de la santé, jusqu'aux stages d'été sans unités effectués en milieu rural ou communautaire ou à l'étranger.

L'externat se déroule dans des établissements ruraux et régionaux : les étudiants doivent y faire au moins un stage obligatoire et peuvent en faire jusqu'à quatre. Les étudiants qui indiquent la santé globale comme objectif de carrière reçoivent le soutien de l'École et de l'Université. Nos diplômés sont des résidents appréciés dans les programmes régionaux menant au soutien de patients mal desservis dans toutes les régions du Canada.

ÉCOLE DE MÉDECINE DU NORD DE L'ONTARIO

Les contextes d'apprentissage de l'EMNO ne pourraient être plus diversifiés. Nos étudiants sont formés dans de grands centres urbains de soins tertiaires, dans des hôpitaux et cliniques communautaires petits et grands, de même que dans des cabinets de médecin de famille et des cliniques d'infirmiers-praticiens dans les régions rurales et éloignées. Ils sont exposés à une grande diversité culturelle, allant des communautés autochtone et francophone jusqu'aux populations immigrantes des grands centres. Les apprenants sont également exposés à des milieux de pratique dans un éventail de professions de la santé connexes dans le cadre d'un programme d'apprentissage communautaire et interprofessionnel qui se déroule au cours des deux premières années du programme.

UNIVERSITÉ DU MANITOBA

1. Semaine rurale : L'ensemble des 110 étudiants se rendent dans un établissement en milieu rural pour y recevoir une formation hors des murs de l'École.
2. Tous les étudiants, à peu d'exceptions près, font leur stage en médecine familiale en milieu rural afin qu'ils soient en mesure de prodiguer l'ensemble des soins propres à cette branche de la médecine et d'en comprendre le contexte.
3. Les stages obligatoires – médecine, médecine interne, chirurgie générale, médecine d'urgence et anesthésie – se déroulent désormais dans les hôpitaux communautaires de Winnipeg.
4. Nous offrons, dans notre nouveau curriculum, un nombre accru de cliniques externes où les étudiants peuvent faire leur stage au lieu d'aller en milieu hospitalier.
5. Le nouveau programme de transition à l'externat comprend deux semaines de formation dans la collectivité.

UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN

Situation actuelle

Les étudiants du premier cycle du Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan ont accès à des expériences d'apprentissage diversifiées. Ces occasions d'apprentissage sont centrées sur divers domaines et thèmes, dont l'interprofessionnalisme, les populations urbaines mal desservies, les emplacements ruraux et du nord, les questions de santé globale et de santé des immigrants, la santé communautaire, la pédiatrie, la gériatrie et les soins primaires. Certaines des possibilités offrent des placements et des stages d'observation aux étudiants et sont de nature longitudinale. Diverses occasions s'offrent tout au long des quatre ans d'école de médecine. La plupart des expériences d'apprentissage sont obligatoires. Cependant, bon nombre d'entre elles sont facultatives et peuvent être sélectionnées en fonction des intérêts des étudiants.

Regard vers l'avenir

- 1) **Examiner les possibilités d'apprentissage offertes** : Le groupe de travail chargé d'examiner la sixième recommandation du rapport sur l'AEMC, dirigé par le Dr. Albritton, a dégagé plus de 25 possibilités d'apprentissage diversifiées qui sont actuellement offertes aux étudiants de l'École de médecine. Un examen administratif de ces possibilités devra maintenant être effectué afin de répondre aux questions suivantes : Les possibilités et ressources d'apprentissage actuelles répondent-elles aux besoins des étudiants? Le nombre de possibilités, tant obligatoires que facultatives, qui est actuellement offert aux étudiants prédoctoraux pendant leur quatre années d'études de médecine est-il adéquat? Faut-il prévoir d'autres possibilités d'apprentissage et, si oui, dans quels domaines? L'examen administratif devrait être effectué par un coordonnateur de projet, de concert avec le groupe de travail chargé d'examiner la sixième recommandation du rapport sur l'AEMC, assisté du Bureau de l'éducation médicale prédoctorale et du Comité du curriculum d'études médicales prédoctorales.
- 2) **Mettre au point un processus formel de création et de mise en œuvre de nouvelles possibilités d'apprentissage** : Si l'examen administratif fait ressortir des lacunes dans certains domaines, un processus devra être adopté afin de créer et de mettre en œuvre de nouvelles possibilités d'apprentissage à l'École. Ce processus devra comporter plusieurs volets, allant du recensement des besoins jusqu'à l'évaluation du programme et une décision officielle quant à la poursuite du programme. Le Comité du curriculum prédoctoral, le Service de soutien et de développement de l'éducation, le Département de santé communautaire et d'épidémiologie et le Comité des priorités et de la planification financière de l'École de médecine sont autant d'entités qui pourraient prendre part à ce processus. Des possibilités d'apprentissage interprofessionnel pourraient être identifiées et développées par le Conseil des doyens en sciences de la santé ainsi qu'en collaboration avec la Division de la responsabilité sociale, le groupe de travail chargé d'examiner la sixième recommandation du rapport sur l'AEMC, le groupe de travail chargé d'examiner la huitième recommandation de ce rapport sur la pratique interprofessionnelle, et le Comité du curriculum de l'éducation médicale prédoctorale.

- 3) **Veiller à ce que les structures administratives de l'École soient en mesure de soutenir un éventail de possibilités d'apprentissage diversifiées :** Bien que les idées nouvelles et novatrices soient toujours bien accueillies à l'École de médecine, comme le reconnaît le rapport sur l'AECM de l'AFMC, des contextes d'apprentissage diversifiés présentent des avantages ainsi que « défis inhérents ». Le rapport donne comme exemple les modèles d'éducation décentralisée et dans la collectivité car ils « doivent prévoir un soutien approprié en matière de perfectionnement professoral et l'identification de précepteurs volontaires ». En outre, le rapport indique que lorsque les contextes d'apprentissage s'élargissent, « il ne faut pas oublier la nécessité d'atteindre les objectifs d'apprentissage et d'assurer la qualité de l'éducation ». L'École doit s'assurer qu'elle offre à tous les étudiants prédoctoraux des possibilités d'apprentissage de grande qualité axées sur une grande diversité de domaines d'intérêt. Elle doit veiller à ce que des ressources administratives adéquates soient en place pour appuyer ces programmes, afin que les étudiants soient formés dans les meilleurs contextes d'apprentissage possible et que le corps professoral et les précepteurs aient accès aux ressources dont ils ont besoin pour orienter et améliorer l'apprentissage des étudiants.
- 4) **Explorer les possibilités d'apprentissage interdisciplinaires avec d'autres écoles et divisions :** Bien que le terme « contexte d'apprentissage » soit souvent synonyme d'emplacement géographique, l'École de médecine de l'Université de la Saskatchewan y donne un sens plus large. Diversifier les contextes d'apprentissage des étudiants peut également signifier offrir un contenu éducatif novateur et unique qui a pour effet de diversifier les styles d'enseignement et d'apprentissage. L'École de médecine devrait donc établir des partenariats et des contextes d'apprentissage mutuellement avantageux avec d'autres écoles et divisions de l'Université de la Saskatchewan. Bien que les autres disciplines des sciences de la santé, notamment la pharmacie, les sciences infirmières, la physiothérapie, la médecine dentaire et la médecine vétérinaire, aient des relations et des liens interprofessionnels plus évidents avec l'École de médecine, il y a lieu d'établir des relations avec d'autres programmes offerts sur le campus. Par exemple, des discussions préliminaires ont eu lieu en vue de l'établissement éventuel d'un partenariat entre l'École de médecine et la Division des beaux-arts et des sciences humaines.

Un grand nombre d'étudiants prédoctoraux ont un vif intérêt pour les arts, et pour la musique en particulier, et cet intérêt devrait être stimulé tout au long de leurs études de médecine. Le succès que connaît chaque année l'exposition d'œuvres d'art des étudiants de première année de l'École de médecine témoigne de cet intérêt pour les arts. Aussi, y a-t-il lieu d'envisager la possibilité d'établir des relations entre l'École et la Division. Voici quelques exemples de projets qui seraient mutuellement avantageux : faire appel à des acteurs et à leur talent d'interprétation pour monter des scénarios de formation sur la communication entre le médecin et le patient; encourager les étudiants à peindre avec des pincesaux de diverses tailles pour améliorer leur habileté chirurgicale; et faire une étude plus approfondie de l'évolution des soins de santé en Saskatchewan avec l'aide d'un historien médical.

UNIVERSITÉ DE L'ALBERTA

Nos objectifs de programme font bonne place aux contextes d'apprentissage en milieu communautaire. Depuis la publication du rapport, nous avons augmenté le nombre et le type de contextes d'apprentissage des étudiants. Les activités d'immersion auprès des patients, qui font partie du cours sur le rôle du médecin des première et deuxième années du programme, visent à sensibiliser l'étudiant au point de vue du patient. Dans le cadre de ces activités, deux étudiants sont jumelés à un mentor désigné qui est un patient atteint d'une maladie chronique. Plusieurs réunions à participation obligatoire sont organisées dans un contexte clinique non traditionnel, dont une séance planifiée où les étudiants accompagnent le patient à l'un de ses rendez-vous médicaux pour découvrir le système de santé du point de vue du patient.

Tous les étudiants de première et deuxième années prennent part à une expérience clinique longitudinale dans le cadre du programme sur le rôle du médecin, où ils sont jumelés à des médecins de famille communautaires. L'expérience a été conçue de façon à favoriser la continuité à l'égard du mentorat, des patients et de l'emplacement. En outre, nos étudiants visitent des cliniques communautaires, et certains d'entre eux ont eu l'occasion d'assister aux réunions du conseil de santé et de

partager leur expérience d'apprentissage dans les groupes de discussion longitudinaux du cours sur le rôle du médecin. Les stages en médecine pédiatrique, en médecine familiale, en chirurgie et en médecine interne se déroulent dans divers milieux. Nous avons également entamé le processus de planification de visites de résidences pour personnes âgées et de centres de réhabilitation dans le cadre du stage en gériatrie, et nous avons augmenté les activités de soins ambulatoires de tous les stages obligatoires de la quatrième année.

UNIVERSITÉ DE CALGARY

Notre faculté a établi et soutient plusieurs initiatives dans ce domaine :

i. Initiatives dirigées par le corps professoral

1. Concentration en santé mondiale (8 étudiants)

La vision de la concentration en santé mondiale est la suivante : « accroître l'exposition des étudiants à certaines populations mal desservies sur le plan local, national et international (pour les sensibiliser à un contexte plus étendue de la santé) dans l'espoir qu'ils exerceront leur profession dans ces milieux une fois leur formation terminée ».

2. Les étudiants dont la candidature pour des études en santé mondiale n'a pas été retenue, mais qui manifestent un vif intérêt pour le sujet peuvent participer à clubs de lecture (ouverts à toute la classe). D'autres étudiants s'inscrivent à des stages à option qui se déroulent à l'étranger ou dans des régions canadiennes éloignées. En 2012-2013, 26 étudiants ont fait des stages dans des régions éloignées (comme Iqaluit, Repulse Bay et Yellowknife) et 48 étudiants (54 stages), dans des pays étrangers.
3. Coalition de cliniciens du centre-ville de Calgary : Quatre médecins de notre ville (dont la Dr. Janette Hurley, professeure directrice de la clinique gérée par les étudiants) prodiguent des soins cliniques directs, travaillent à l'amélioration de la qualité (meilleure interdépendance) et mènent des projets de recherche sur les populations de patients mal desservies. Les étudiants collaborent aux projets de recherche et aux soins aux patients par l'intermédiaire de ce groupe.
4. Réseau de Calgary pour l'amélioration des soins de santé (CHIN) : Projets d'amélioration de la qualité auxquels les étudiants prennent part, incluant des projets visant les populations mal desservies.
5. Projet de santé mondiale : Projet mené dans le cadre du cours de première année sur la santé mondiale, où des groupes de trois étudiants (ou moins) réalisent un projet dans le domaine de la santé mondiale. Ce projet peut s'inscrire dans un stage à option, une proposition de recherche ou un autre sujet lié à la santé mondiale.

ii. Initiatives dirigées par les étudiants :

1. SHINE :

Le projet Étudiants pour l'innovation et l'éducation en santé, lancé il y a deux ans par un petit groupe d'étudiants, compte maintenant neuf membres exécutifs. Cette initiative offre des expériences longitudinales centrées sur des projets menés dans la collectivité, notamment au Calgary Remand Centre et au YMCA.

2. Clinique gérée par les étudiants

Cette initiative merveilleuse vise à fournir des soins de santé accessibles et de qualité aux Calgariens mal desservis. Environ 30 étudiants par année participent à ce programme, qui est mené dans trois cliniques : Inn from the Cold, clinique Refugée et Alex Bus.

UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Nous avons réalisé des progrès importants pour diversifier les contextes d'apprentissage en élargissant et en décentralisant notre programme à l'échelle de la Colombie-Britannique. De plus, nos stages communautaires intégrés, qui existent depuis de 2004, se déroulent dans six collectivités différentes de la province. UBC a été l'une des premières universités en Amérique du Nord, et la première au Canada, à offrir un stage intégré. Les stages intégrés longitudinaux, sous toutes leurs formes, sont devenus un modèle de réussite et d'innovation pour l'éducation médicale prédoctorale, modèle qui est approuvé et mis en œuvre dans les écoles de médecine du monde entier. Ces stages, en raison de leur succès et de leur dynamisme, servent désormais de base à la réforme du curriculum dans notre université et ailleurs. Enfin, les cours FLEX, offerts dans le cadre de notre curriculum renouvelé, permettront d'accroître les diverses possibilités d'apprentissage offertes à nos étudiants.

6

RECOMMANDATION 6: Diversifier les contextes d'apprentissage

RECOMMANDATION 7

Valoriser le généralisme

7

Reconnaissant que le généralisme est fondamental pour tous les médecins, les études médicales prédoctorales doivent mettre l'accent sur un contenu largement généraliste, y compris 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.

Innovations dans nos facultés de médecine

UNIVERSITÉ MEMORIAL

Curriculum

Le généralisme a été un principe directeur du nouveau curriculum. Le choix des objectifs pour celui-ci a tenu compte d'une gamme de sources de données – Université Memorial même, sociétés nationales de spécialité, groupes nationaux d'intérêt spécial – et s'est fait à travers les lentilles des médecins de famille et des spécialistes de l'ensemble de la collectivité. On a demandé à des experts du contenu de sous-spécialités de cerner les lacunes. Un groupe de travail de l'équipe de leadership en éducation médicale et le comité des étudiants de premier cycle en médecine ont eu le dernier mot.

Le comité de surveillance principal du programme d'études médicales et les équipes de gestion des phases recrutent des équipes possédant des habiletés spécifiques, dont une concentration communautaire ou généraliste.

Comme auparavant, les médecins de famille jouent un rôle majeur dans la formation clinique. Ils jouent également un rôle de premier plan dans le cadre des séances d'apprentissage autonome, telles que décrites.

UNIVERSITÉ DALHOUSIE

Assurer que, dans la planification des ressources humaines du domaine de la santé, on adapte aux besoins des populations la répartition de l'effectif médical entre les généralistes et les spécialistes. Actuellement, les processus de planification des ressources humaines de la Nouvelle Écosse tiennent compte à la fois de la répartition des généralistes et des spécialistes au sein de l'effectif médical et des besoins des populations grâce à la collaboration des planificateurs des ressources humaines en santé de la Faculté de médecine et du gouvernement.

Identifier et régler les éléments du curriculum caché qui dénigrent le généralisme et la médecine familiale. En 2014, le Comité du curriculum du premier cycle en médecine a approuvé un contrat entre la faculté et les étudiants, traitant des attentes des deux parties relativement au comportement professionnel. Une disposition du contrat porte sur cet aspect du programme caché. De plus, des séances d'apprentissage fondées sur des cas et traitant de la question sont élaborées pour le programme sur les compétences professionnelles.

Offrir aux étudiants des possibilités d'apprentissage permettant d'acquérir de l'expérience avec des patients indifférenciés et la présentation initiale des maladies dans des contextes naturels. Le nombre de ces possibilités d'apprentissage a augmenté grâce à l'introduction d'occasions de stages cliniques longitudinaux intégrés. En outre, tous les étudiants ont la possibilité dès la première année du programme de participer à une expérience hebdomadaire facultative avec un médecin de famille ou un omnipraticien. Les étudiants participent également, à l'extérieur des stages cliniques longitudinaux intégrés, à un stage clinique obligatoire de six semaines dans différents cabinets de médecine familiale un peu partout dans les Maritimes.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

- Implication significative des enseignants de disciplines de base (médecine de famille, interniste, pédiatre, etc) dans l'enseignement et les structures organisationnelles du programme (responsables et comités)
- Stage obligatoire en médecine de famille (7 semaines), médecine interne générale (4 semaines), pédiatrie générale (4 semaines) à l'externat
- Nomination d'un directeur des études médicales prédoctorales en médecine de famille siégeant au Comité du curriculum
- Support du Groupe d'intérêt en médecine de famille (GIMF)

UNIVERSITÉ LAVAL

Le curriculum de formation de l'Université Laval est étroitement associé à des objectifs pédagogiques de généralisme et le champ d'étude est circonscrit par une série de situations cliniques directement liés aux objectifs du Conseil médical du Canada. La majorité des cours comptent un co-responsable de cours provenant de la médecine familiale. Les disciplines généralistes sont très présentes à la Direction du programme et au sein des différents comités. De plus, les stages obligatoires d'externat sont structurés autour des spécialités de bases, dites généralistes : médecine interne, médecine familiale, pédiatrie, chirurgie générale, obstétrique gynécologie, gériatrie, urgence et psychiatrie. Le développement de l'externat longitudinal intégré favorise également une vision intégratrice et généraliste des disciplines et de la pratique médicale. Enfin, plus de 80% des enseignants impliqués au préexternat sont rattachés au département de médecine familiale et médecine d'urgence.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Notre faculté continue de travailler à l'optimisation de la présence des médecins de famille dans la formation médicale à tous les niveaux. Ils représentent actuellement 30 % des enseignants dans les APP, 50 % en apprentissage clinique au pré-clinique, et 50 à 60 % au centre de simulation.

De plus, notre programme des années cliniques est construit spécifiquement sur les disciplines généralistes: médecine interne, médecine familiale, pédiatrie, chirurgie générale, obstétrique gynécologie, gériatrie, urgence, psychiatrie.

Notre faculté, par le biais du Département de médecine de famille, supporte le groupe d'intérêt en médecine de famille mis en place par les étudiants du prégradué de nos deux campus et la tenue de ses activités. Notre faculté a d'ailleurs accueilli le Forum en médecine familiale (FMF) pour les étudiants en médecine du Québec en 2012.

D'ailleurs, nos étudiants se dirigent plus qu'ailleurs en médecine de famille: 66 % de nos étudiants du Campus Mauricie et 43 % de ceux du Campus Montréal. (ce sont les pourcentages d'étudiants ayant la médecine familiale comme premier choix). L'approche de soins patient partenaire telle que décrite dans la recommandation 1 contribue de façon significative à la notion d'approche globale du patient que sous-entend le généralisme.

UNIVERSITÉ MCGILL

La nouvelle Expérience longitudinale en médecine familiale a obtenu l'aval des étudiants comme des médecins. Celle-ci place les étudiants dans le cabinet d'un médecin de famille au moins une fois par mois tout au long de leur première année. Quelque 170 médecins de famille ont été recrutés auprès de l'Université et de la communauté québécoise en 2013-2014 pour agir comme précepteurs dans le cadre de cette ambitieuse initiative. Les étudiants ont ainsi été exposés à près de 18 000 interactions avec les patients.

La citation qui suit présente la perspective d'une étudiante ayant terminé la première itération de l'Expérience :

[Traduction] « *Mon expérience longitudinale en médecine familiale m'a permis d'intégrer la théorie et l'expérience auprès de patients. Par exemple, le jour où j'ai appris ce qu'était la fibrillation auriculaire dans un cours de cardiologie, j'ai vu un patient qui venait de recevoir un diagnostic de fibrillation auriculaire avec mon précepteur. Non seulement ai-je pu prendre son pouls et voir l'ECG, mais j'ai également compris comment ce diagnostic l'affectait.* »

– Annick Gauthier, candidate au MDCM, promotion de 2017

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Des omnipraticiens, dont des médecins de famille ont participé et participent à tous les aspects de l'élaboration et de l'enseignement ainsi que de la direction du curriculum. Nombre de nos tuteurs qui accompagnent l'apprentissage par cas sont des médecins de famille, tout comme de nombreux chefs de nos « unités » (Unité II et Intégration). Notre externat en médecine familiale est guidé par notre Département de médecine familiale. Plusieurs de nos étudiants veulent devenir généralistes, comme le démontre le fait qu'en 2014, 48 % de nos étudiants ont été jumelés à des postes de résidence en médecine familiale.

UNIVERSITÉ QUEEN'S

Curriculum. Le nouveau curriculum en médecine familiale est enseigné par deux professeurs de médecine familiale durant le volet préexternat et, durant l'externat, il comprend des stages dans différentes régions de l'Ontario intégrant réflexions, journal de bord, études de cas et modules en ligne. Le curriculum comprend également deux éléments de pratique clinique : le Programme de médecine familiale après les heures, durant la première année, dirigé par des médecins de famille (les étudiants participent à au moins une clinique après les heures et soumettent leurs réflexions) et la Semaine communautaire, à la fin de la première année, durant laquelle les étudiants se rendent dans les collectivités de l'Ontario et travaillent avec des médecins de famille pendant une semaine, observant et participant lorsque possible. Ils créent un blogue sur leur expérience et remplissent une liste de vérification du promoteur de la santé et du gestionnaire sur la base de leurs observations. La médecine familiale fait l'objet d'un externat dans de nombreux contextes et c'est la composante pivot des stages intégrés.

Les cas de patients indifférenciés et les aptitudes au raisonnement clinique sont au centre de trois nouvelles activités d'apprentissage. Des cas indifférenciés additionnels sont prévus pour le cours d'intégration professionnelle de la deuxième année. Des présentations cliniques du Conseil médical du Canada sont « l'épine dorsale » du savoir médical spécialisé de notre curriculum. Des séances intégrées regroupant des médecins de famille et d'autres spécialistes constituent une série d'apprentissage très populaire – comme par exemple l'activité sur les maux de dos avec un rhumatologue et un médecin de famille ou encore l'activité sur les patients ayant des besoins médicaux complexes à laquelle participent un médecin de famille, un spécialiste des urgences, un pneumologue et un interniste.

Leadership relatif au curriculum. L'apprentissage par problèmes, soit un apprentissage facilité en petit groupe, à l'Université Queen's, mise sur l'expérience de 20 tuteurs faisant partie des précepteurs en médecine familiale de la collectivité. Un médecin de famille est coordonnateur du cours sur les habiletés cliniques du troisième semestre et deux autres sont coordonnateurs de cours.

La médecine familiale est représentée au comité responsable du curriculum.

UNIVERSITÉ DE TORONTO

- Dans le cadre de notre Expérience longitudinale en médecine familiale, obligatoire dans le programme d'études en médecine depuis 2010-2011, les étudiants acquièrent une appréciation du rôle joué par les médecins de famille dans notre système de santé. Durant l'expérience, les étudiants passent six demi-journées dans une clinique avec un médecin de famille exerçant en milieu communautaire. En plus de leur donner l'occasion d'observer un médecin de famille, le contexte de soins primaires constitue pour les étudiants une excellente occasion de se familiariser avec les besoins en matière de soins de santé de différentes collectivités et avec les demandes correspondantes sur le système de soins de santé.
- Au printemps 2014 le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) a jumelé 39 % de nos étudiants en médecine à des postes en médecine familiale – notre pourcentage le plus élevé des dix dernières années et l'illustration de notre engagement à valoriser le généralisme.

UNIVERSITÉ WESTERN

L'engagement envers le généralisme de l'École de médecine et de dentisterie Schulich, engagement ancré dans l'énoncé de vision des études médicales prédoctorales et qui mise sur la force du Département de médecine familiale en tant que fondateur national du système de soins primaires, est évident dans le grand nombre d'enseignants, de mentors et de leaders généralistes qui font partie de nos rangs. Le curriculum témoigne d'un notre engagement profond à encourager tous les aspects du généralisme dans la prestation des soins aux patients et la mission professorale. Rien ne démontre mieux cet engagement que le placement régulier de plus de 40 % de nos diplômés dans des postes de médecine familiale. De plus, 70 % de nos diplômés de 2014 ont été jumelés à des programmes de résidence en médecine générale partout au Canada.

ÉCOLE DE MÉDECINE DU NORD DE L'ONTARIO

Le généralisme est l'un des principes fondamentaux de l'EMNO parallèlement à l'interprofessionalisme, à l'intégration, à l'orientation communautaire, à l'inclusion, à la continuité et à l'engagement envers une démarche réflexive. Le généralisme est par conséquent ancré et célébré dans tous les aspects du programme.

Qui plus est, nous mettons fortement l'accent sur la médecine familiale durant tout le programme de premier cycle. Des médecins de famille et d'autres spécialistes généralistes participent donc à part entière à toutes les étapes de la formation en médecine.

UNIVERSITÉ DU MANITOBA

1. Au moment de la conception du nouveau curriculum, il y avait un comité pour chaque cours – nous nous sommes assurés que chacun des 20 comités comptait un généraliste (médecin de famille, médecin d'urgence, interniste général ou pédiatre généraliste).
2. Il existe un important groupe d'intérêt en médecine familiale auquel participent environ 70 % de nos étudiants au cours de la première et de la deuxième année.
3. En collaboration avec l'Office de la santé des régions rurales et du Nord, nous avons mis sur pied le programme À la maison pour l'été et l'année dernière, 20 étudiants se sont rendus dans des régions rurales (qui peuvent ou non être leur région d'origine) pendant l'été. Ils ont également préparé des rapports sur les problèmes des collectivités visitées. L'été dernier, 50 étudiants ont présenté une demande pour ce programme.

4. L'Unité médicale du Nord, affiliée à l'Université du Manitoba, accepte et des étudiants pour l'été et des externes de niveau Med IV. Les étudiants peuvent également accompagner des membres du corps professoral lors de voyages vers des collectivités éloignées du Nord.
5. Nous avons fait des efforts concertés pour recruter davantage d'enseignants généralistes, en particulier pour la formation précédant l'externat, afin qu'ils servent de modèle à nos étudiants.

UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN

Situation actuelle

Le Collège de médecine reconnaît l'importance du généralisme et s'engage à améliorer la présence des généralistes et du contenu généraliste dans ses curricula de premier cycle. Le groupe de travail sur le généralisme a discuté de certaines approches qui pourraient favoriser l'atteinte de ces objectifs. Aux fins de ce groupe de travail, les spécialités de généraliste comprennent la médecine familiale, la pédiatrie générale, la médecine interne générale et la médecine d'urgence.

Regard vers l'avenir

- 1) **Faire participer davantage les omnipraticiens à l'élaboration du curriculum.** Des omnipraticiens devraient être membres du comité d'élaboration du curriculum et de tous les sous-comités, et faire partie des équipes d'élaboration des cours. Des examens du profil du curriculum devraient être effectués afin de veiller à ce que les domaines de nature généraliste soient définis et à ce que l'on recrute des omnipraticiens pour enseigner aux étudiants du premier cycle.
- 2) **Faire participer davantage les omnipraticiens aux activités d'enseignement du premier cycle.** Des études de cas mettant l'accent sur le contenu généraliste devraient être élaborées avec la participation d'omnipraticiens et enseignés par eux. Il faudrait augmenter le nombre d'études de cas intégrées élaborées par des omnipraticiens (insister par exemple sur les sujets tels les affections chroniques, la gestion des affections chroniques et les systèmes développementaux). De plus, des omnipraticiens devraient coordonner l'enseignement et enseigner des compétences en communication s'appliquant notamment à la relation médecin-patient, au rôle de l'incertitude et à l'annonce de mauvaises nouvelles.
- 3) **Accroître l'exposition des étudiants de premier cycle au généralisme.** Des lignes directrices sur le généralisme devraient être élaborées relativement aux politiques d'admission au Collège de médecine. Un programme de mentorat devrait être créé pour les étudiants de première et de deuxième année, de manière à ce qu'ils aient la possibilité de consacrer plus de temps aux domaines généralistes, y compris en cabinet, dans des cliniques pour patients externes et dans des activités d'enseignement en petit groupe. Un stage général de deux semaines devrait être offert à tous les étudiants du premier cycle dans des domaines tels que les soins palliatifs, les cliniques pour affections chroniques, les cliniques de douleurs chroniques, les cliniques de santé de la femme, les cliniques de zones urbaines défavorisées et la toxicomanie.
- 4) **Améliorer la formation des professeurs relativement au généralisme.** Davantage de possibilités de perfectionnement devraient être offertes aux omnipraticiens et la priorité accordée aux domaines d'enseignement connexes ainsi qu'au mentorat. Des normes permettant de reconnaître les compétences en enseignement d'omnipraticiens aux fins d'avancement et/ou de permanence doivent être élaborées.
- 5) **Mettre en œuvre une structure généraliste formelle au Collège de médecine.** Un poste de vice-doyen aux études généralistes devrait être créé afin de s'assurer que les objectifs présentés ci-haut sont atteints. Une aide administrative devrait également être fournie. Des champions du généralisme devraient être désignés et un comité ou sous-comité de surveillance devrait travailler de façon continue avec le comité responsable de l'élaboration du curriculum pour veiller à l'inclusion et à l'amélioration d'un contenu généraliste.
- 6) **Élaborer une stratégie de communication axée sur le généralisme.** Une stratégie de communication devrait être élaborée afin d'informer les étudiants, les professeurs, les départements et les administrateurs de l'importance accrue accordée au généralisme. Cette stratégie devrait mettre de l'avant des idées pour mobiliser davantage les professeurs et les étudiants, et elle devrait aider à répondre aux questions qui suivent : Que faut-il enseigner? Comment faut-il enseigner? Comment le corps professoral peut-il être mobilisé et participer aux initiatives décrites dans ce rapport?

UNIVERSITÉ DE L'ALBERTA

Notre programme adopte activement une approche généraliste à la conception du programme d'études en médecine. En plus de l'éventail de contextes d'apprentissage décrits précédemment, des représentants de la médecine familiale et des généralistes du Collège Royal font partie du comité responsable de l'élaboration du curriculum. Pour ce qui est des objectifs des cours et de l'externat, notre priorité est de veiller à ce qu'ils soient définis dans une perspective généraliste pour le soin des patients indifférenciés. Le nouveau curriculum en matière de communications, qui porte sur toutes les années du cours sur le rôle du médecin (dès le mois de septembre de la première année) comprend de nouveaux cas; ces derniers ont été créés afin de simuler la présentation globale des patients dans le cadre des présentations cliniques liées à chaque composante du système. La participation des professeurs en médecine familiale a également augmenté pour les quatre années du programme. Les étudiants acquerront également de l'expérience avec des patients indifférenciés et la présentation précoce de maladies dans des contextes authentiques grâce à des stages en médecine familiale, en pédiatrie et en médecine d'urgence. Les professeurs de médecine familiale facilitent également une majorité de groupes de discussion sur le rôle du médecin afin d'intégrer un contexte généraliste à la discussion des expériences uniques des étudiants. Pour quantifier ce changement, le nombre d'heures d'enseignement en médecine familiale durant les deux premières années du programme a augmenté d'environ 1 200 en 2012-2013 à plus de 3 200 en 2013-2014.

UNIVERSITÉ DE CALGARY

- a. Le plan stratégique et le groupe de travail Brownell (mentionné à la recommandation 1) soulignent la valeur accordée au généralisme.
- b. En outre, le groupe de travail récent sur le curriculum (le groupe Moins, c'est plus) a réuni des étudiants, des responsables de cours et des omnipraticiens pour examiner chaque diapositive, de chaque cours préalable à l'externat, afin de répondre spécifiquement à la question : « Ce matériel est-il approprié pour enseigner à un étudiant « indifférencié en médecine? » Ce processus, largement piloté par les étudiants, a été très productif et extrêmement informatif.
- c. Une expérience similaire avait été mise en œuvre précédemment pour l'enseignement en petit groupe par notre groupe « d'enseignants principaux », soit 30 membres du corps professoral, ayant des antécédents différents (surtout généralistes), qui enseignent longitudinalement dans notre programme préexternat.

UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Nous nous sommes attaqués aux notions historiquement négatives concernant la médecine familiale ou les spécialités généralistes dans l'ensemble de notre programme d'études médicales réparti. Nos campus diversifiés répartis à travers la province accordent de la valeur au généralisme et à la médecine familiale. De nombreux étudiants qui terminent leur formation dans ces régions ont à cœur de répondre aux besoins des collectivités en devenant des médecins de famille ou des spécialistes généralistes, et un nombre grandissant de nos étudiants choisissent chaque année des carrières dans chacun de ces domaines. Ainsi, 43 % des étudiants de l'U. de la C.-B. font maintenant leur programme de résidence en médecine familiale.

RECOMMANDATION 8

Faire progresser la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle

8

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.

Innovations dans nos facultés de médecine

UNIVERSITÉ MEMORIAL

Curriculum

Depuis de nombreuses années le programme de médecine comprend un important volet éducatif en pratique interprofessionnelle assuré par le Centre d'éducation collaborative pour professionnels de la santé. Ce centre réunit des professeurs et des leaders du domaine de l'éducation de la Faculté de médecine, des écoles de sciences infirmières, de la pharmacologie, des sciences de l'activité physique et récréation, des sciences de l'éducation et du travail social ainsi que du Centre d'orientation. Pour le nouveau curriculum, notre approche est passée de modules axés sur les maladies à la collaboration/formation interprofessionnelles qui permettent aux étudiants d'apprendre en groupes interprofessionnels le fonctionnement des équipes, des habiletés interprofessionnelles en communication ainsi que la collaboration et la collaboration renforcée. Dans l'élaboration de la phase IV, on accorde de l'attention à l'utilisation des habiletés au sein d'équipes intraprofessionnelles et interprofessionnelles.

Ces nouveaux éléments sont renforcés par l'introduction sur quatre ans d'une série de huit modules portant sur le leadership des médecins et la gestion. Parmi les sujets abordés : la gestion de projet, les structures organisationnelles et la planification stratégique. De nombreuses séances réfléchissent au rôle des médecins par rapport à eux-mêmes, aux patients et aux familles, à la société, à la profession médicale, aux autres professionnels et au système de santé.

Le nouveau centre de simulation de la Faculté de médecine intègre simulation (à base et à haute fidélité) et le programme normalisé des patients. Il fournira des occasions de prestation de soins en équipe et d'interactions intraprofessionnelles et interprofessionnelles.

UNIVERSITÉ DALHOUSIE

Reconnaître les relations de pouvoir et les hiérarchies traditionnelles qui nuisent à la mise en œuvre d'une éducation et d'une pratique interprofessionnelles et intraprofessionnelles efficaces et transiger avec cette situation. Les étudiants ont l'occasion d'explorer ces concepts durant les séances d'apprentissage axées sur les soins tout au long de leur programme longitudinal d'apprentissage des compétences professionnelles. On restructure actuellement ce programme de deux ans en programme de quatre ans, soit de la durée du programme d'études médicales prédoctorales.

Cerner et faire connaître les pratiques exemplaires en éducation interprofessionnelle et intraprofessionnelle. Les facultés de médecine et des professions de la santé ont établi un réseau collaboratif dans le but de concevoir, d'élaborer et de mettre en place des possibilités d'éducation interprofessionnelles et intraprofessionnelles de grande qualité pour tous les étudiants des professions de la santé.

Encourager plus de recherche et de transposition du savoir pour aider à façonner des politiques en éducation médicale qui appuient l'apprentissage interprofessionnel et intraprofessionnel. La Faculté de médecine participe à un petit nombre d'initiatives de recherche qui appuient l'apprentissage interprofessionnel et intraprofessionnel.

Revoir les structures existantes dans les facultés et les départements en gardant à l'esprit le soutien à l'apprentissage interprofessionnel et intraprofessionnel. Un projet d'élaboration de programme de premier cycle d'éducation interprofessionnelle à la Faculté de médecine a été mis en œuvre par le Conseil d'éducation de la Faculté de médecine en réponse aux exigences de la norme d'agrément ED – 19A du Liaison Committee on Medical Education et le Comité d'agrément des facultés de médecine au Canada. Un groupe de travail a été constitué dans le but d'élaborer un programme d'éducation interprofessionnelle intégré aux quatre années d'études de premier cycle en médecine et tenant compte des pratiques exemplaires en matière d'éducation interprofessionnelle et de soins interprofessionnels. Les travaux sont en cours et la date de mise en œuvre est prévue pour septembre 2015.

Enseigner et évaluer les compétences relatives au travail en équipe et à la collaboration dans tous les milieux d'apprentissage. À l'heure actuelle, on enseigne les compétences relatives au travail d'équipe et on les évalue chez les étudiants durant les séances d'apprentissage en petit groupe, axées sur les compétences professionnelles et l'apprentissage par cas. On planifie actuellement l'intégration de ces initiatives à des contextes cliniques tout au long du programme de quatre ans.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

- Rapport d'un comité facultaire sur la formation à la collaboration professionnelle (CP) avec recension des activités d'apprentissages actuelles et identification de jalons du développement de la compétence (2014)
- Groupe de collaboration en santé à l'Université de Moncton : recherche et intégration de la CP au curriculum
- Restructuration de l'atelier interprofessionnel offert aux étudiants de 3^e année
 - Implication d'autres professionnels de la santé (psychologues, infirmières, inhalothérapeutes, etc) dans certaines activités (Profession MD en particulier)
- Observation obligatoire au préclinique et participation encouragée à l'externat à des rencontres multidisciplinaires
- Implication particulière de l'équipe de Moncton concernant les activités de simulations cliniques au niveau local et national. Ateliers d'immersion clinique simulée interprofessionnelle pour les externes au site de Moncton
- Activité de simulation de situations d'urgence avec un volet collaboration offert aux externes au site de Saguenay

UNIVERSITÉ LAVAL

Les cours obligatoires Collaboration interprofessionnelle (I à III) figurent dans la formation des étudiants en médecine de l'Université Laval. Ces cours interfacultaires sont sous la responsabilité conjointe de la Faculté de médecine, des sciences infirmières et des sciences sociales. Les étudiants en médecine y sont jumelés avec des collègues d'autres disciplines de la santé et des sciences sociales. De plus, les étudiants réalisent un projet d'intégration dans le cours Médecin, médecine et société IV, supervisé par une infirmière en soins de longue durée. Par ailleurs, le programme est dispensé dans un complexe intégré des sciences de la santé tri-facultaire (médecine, pharmacie et sciences infirmières) et la Faculté de médecine comprend un vice-décanat dédié aux études en réadaptation.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La Faculté de médecine de l'Université de Montréal a innové par la création d'une formation interprofessionnelle longitudinale de ses étudiants, en collaboration avec trois autres facultés des sciences de la santé ou sociales. Certaines activités de cette formation nommée cours CSS mobilisent jusqu'à 1200 étudiants de diverses professions où se greffe la présence de patients partenaires.

Ces activités se déroulent sur un continuum de 3 ans et touchent aussi bien les rôles des autres professionnels, que le fonctionnement d'une équipe et la mise en place de plans d'intervention. Un comité inter facultaire coordonne le programme. De plus, lors des années cliniques, plusieurs établissements de santé ont mis en place des stages intégrant des activités spécifiques visant le développement du vécu interdisciplinaire.

Université McGill Thème central du nouveau curriculum MDCM, l'éducation interprofessionnelle est devenue un impératif au cours de la dernière décennie, puisqu'il devient de plus en plus évident que de bons soins ne peuvent être dispensés que par le travail d'équipe. À cette fin, la Faculté de médecine offre dès leur première année aux étudiants de toutes les écoles de la Faculté une expérience de formation interprofessionnelle qui prend la forme d'ateliers. Les ateliers suivent des lignes directrices nationales sur les compétences que doivent posséder les professionnels pour faire partie d'une équipe et pour satisfaire aux critères d'agrément. En 2013-2014, quelque 350 étudiants de première année des quatre écoles de la Faculté ont participé à des ateliers de formation interprofessionnelle.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Le curriculum inclut un certain nombre d'objectifs interprofessionnels aux unités I, II, à l'unité d'intégration et durant l'externat :

- comprendre les rôles des différents membres de l'équipe multidisciplinaire;
- déterminer les disciplines pouvant participer à la gestion des patients et reconnaître l'importance des soins multidisciplinaires et interprofessionnels à cet égard;
- décrire les types de soins de soutien interprofessionnels qui peuvent être disponibles pour aider les patients et leur famille;
- discuter de la collaboration interprofessionnelle en matière de soins palliatifs et de soins de fin de vie en tant que concept fondamental;
- démontrer une approche interprofessionnelle aux cas avec des équipes formelles et informelles.

Il existe de plus un cours en leadership qui comprend un outil de rétroaction de sources multiples en soins de santé. Il s'agit d'une évaluation tous azimuts qui sollicite la rétroaction de multiples sources, dont des collègues interprofessionnels. Un nouveau sous-programme d'éducation interprofessionnelle a été créé dans le cadre du nouveau programme plus important sur la responsabilité sociale. Le poste de directeur de la formation interprofessionnelle est annoncé.

UNIVERSITÉ QUEEN'S

Curriculum. Les objectifs du programme incluent la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle. Dans le cadre d'une nouvelle expérience d'apprentissage, le statut d'observateur est accordé à des étudiants qui peuvent se rendre dans des hôpitaux de Kingston et de Napanee pour observer le travail du personnel infirmier et prendre sur le terrain des notes qu'ils présentent à leur précepteur. Le curriculum comprend une série d'activités obligatoires d'apprentissage interprofessionnel durant lesquelles les étudiants en médecine apprennent avec des étudiants en soins infirmiers, en ergothérapie et en physiothérapie. Ces activités englobent une introduction aux rôles interprofessionnels, des cas nécessitant une intervention

interprofessionnelle, la lutte contre les infections et la journée de sensibilisation aux handicaps intellectuels. Des évaluations interprofessionnelles sont liées à chacune. Il existe des plans pour l'apprentissage interprofessionnel dans la prochaine Exposition sur l'exercice avec des étudiants en physiothérapie. Un nouvel ensemble d'objectifs d'apprentissage liés à la collaboration interprofessionnelle a été ajouté à tous les externats. Pour chacun des stages, les étudiants doivent consigner des exemples spécifiques dans leur journal de bord obligatoire, comme par exemple : liste de vérification d'une chirurgie, transferts des soins, etc.

Leadership relatif au curriculum. Le responsable de la compétence collaborateur surveille les objectifs liés au rôle de collaborateur, aux compétences et au curriculum pertinent ainsi que leur enseignement et leur apprentissage, et leur évaluation, de la première à la quatrième année. Le responsable de la compétence collaborateur et le gestionnaire du perfectionnement de l'enseignement sont membres du groupe consultatif du Bureau du programme d'enseignement interprofessionnel et se réunissent régulièrement pour planifier et améliorer les activités d'apprentissage interprofessionnel.

Activités hors programme. Les étudiants en médecine participent de façon constante à d'autres activités facultatives d'apprentissage avec des étudiants d'autres écoles de soins de santé : défi de l'équipe de soins de santé, atelier sur les soins compatissants, la maison des horreurs (lutte contre les infections avec les soins infirmiers à l'Halloween), sports et athlètes handicapés (nouveaux pour la médecine) et le projet collaborateur en action.

UNIVERSITÉ DE TORONTO

- Notre programme d'éducation interprofessionnelle a été élaboré pour les étudiants des 11 départements et facultés des professions de la santé, et est dispensé sous les auspices de notre Centre pour l'éducation interprofessionnelle en collaboration avec notre responsable pour le corps professoral de l'éducation interprofessionnelle. Pour mener à bien ce programme, nos étudiants doivent terminer quatre activités d'apprentissage de base ainsi qu'un nombre minimal d'activités facultatives.

De 2011 à 2012, le Centre a triplé le nombre d'activités facultatives disponibles.

- En complément à notre programme d'éducation interprofessionnelle, nous avons introduit une activité d'observation au début du cours Transition vers l'externat de la troisième année. Dans le cadre de cette expérience obligatoire d'une demi-journée, nos étudiants observent un membre de notre équipe d'éducation interprofessionnelle en milieu hospitalier et réfléchissent à leur expérience en tant que collaborateurs pendant les sessions prévues par leur portefeuille de stages cliniques. En voyant les soins à travers la lentille de différents professionnels des soins de santé, nos étudiants en médecine acquièrent une nouvelle perspective des soins aux patients et une meilleure compréhension de la contribution des « autres membres de l'équipe ».

UNIVERSITÉ WESTERN

L'École de médecine et de dentisterie Schulich valorise les autres professionnels des soins de santé en tant qu'éducateurs dans tous les domaines. En première année, les étudiants prennent part à des activités d'apprentissage intégré avec tous les professionnels de la santé. L'exposition clinique en deuxième année, ainsi que tous les stages cliniques, signifient qu'ils doivent travailler avec tous les membres de l'équipe des soins de santé et apprendre d'eux. Tout au long du programme, nous appuyons nos étudiants pour qu'ils atteignent l'objectif de compétence en communication au sein des équipes de soins de santé et d'une équipe à l'autre. Le fait d'avoir désigné un responsable pour le corps professoral de l'éducation interprofessionnelle et la collaboration avec les professeurs de médecine de l'Université Western et les professeurs des sciences de la santé de l'Université Windsor permet à l'École de former des diplômés qui comprennent l'amélioration de la qualité et de la sécurité par des soins aux patients en équipe et axés sur la famille.

ÉCOLE DE MÉDECINE DU NORD DE L'ONTARIO

Les soins de santé dans le Nord sont intrinsèquement interprofessionnels, ce qui signifie que nous étudiants font régulièrement leur apprentissage dans des contextes interprofessionnels. Qui plus est, l'interprofessionnalisme est enseigné de façon explicite et évalué dans les thèmes un et deux du curriculum, et un groupe de l'éducation interprofessionnelle du portefeuille de l'engagement communautaire organise une vaste gamme d'activités qui regroupent nos étudiants en médecine et des étudiants d'autres programmes de l'EMNO ainsi que d'autres écoles et programmes de formation professionnelle en santé.

UNIVERSITÉ DU MANITOBA

1. En 2014, la Faculté de médecine est devenue le Collège de médecine avec la création de la Faculté des sciences de la santé conçue pour que la médecine, les sciences infirmières, la pharmacologie, la dentisterie et la réadaptation médicale travaillent ensemble. En Med I et Med II, des activités de formation interprofessionnelle spécifiques ont lieu avec les sciences infirmières, la pharmacologie et la réadaptation.
2. Une initiative école ouverte interprofessionnelle en santé, dirigée par les étudiants, permet à ces derniers de participer avec d'autres apprenants de disciplines où les soins sont généralement prodigués en équipe.
3. Le Laboratoire de formation et de simulation cliniques a permis aux membres du corps professoral d'élaborer un programme novateur, Cauchemar des soins de nuit, durant lequel étudiants en médecine, en sciences infirmières, en pharmacologie, en ergothérapie, en physiothérapie et en travail social travaillent ensemble dans une unité hospitalière simulée – ils reçoivent des appels, ont des patients à problèmes, des patients qui deviennent malades et doivent composer avec des problèmes sociaux. Ce programme a connu beaucoup de succès.
4. Nous avons veillé à ce que le rôle de collaborateur soit évalué dans chaque externat.

UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN

Situation actuelle

Les fournisseurs de soins de santé qui sont de bons praticiens collaborateurs saisissent l'importance de collaborer avec les collègues et le patient/la famille pour obtenir les meilleurs résultats en matière de santé.

Pour étudier la recommandation nationale qui précède dans le contexte du Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan, un groupe de travail dirigé par la Dre Liz Harrison a été créé.

Le groupe de travail sur la huitième recommandation du rapport sur l'AEMC comprenait des étudiants du Collège de médecine, des membres du corps professoral et des administrateurs principaux représentant les intérêts en éducation, recherche, pratique clinique, administration, engagement communautaire et perfectionnement professionnel. Les recommandations figurant à la page suivante portent surtout sur les études de médecine, étant entendu que nous devons collaborer avec autrui pour réaliser des progrès significatifs en formation interprofessionnelle.

Dans le cadre de l'élaboration des recommandations ci-après, on a procédé à l'étude de rapports nationaux et locaux. Un sondage axé sur la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle a été élaboré et communiqué à tous les membres du Collège de médecine en avril 2011. Des entrevues avec des personnes clé ont été menées en mai 2011. Des membres du corps professoral, des étudiants et des administrateurs ont pris part au sondage (n=68) et à des entrevues de suivi (n=13).

La plupart des répondants ignoraient l'existence de deux documents nationaux récents définissant les compétences interprofessionnelles et les normes d'agrément interprofessionnelles. Certaines personnes ont formulé des commentaires sur la culture de la hiérarchie en tant qu'obstacle à la formation interprofessionnelle. Cependant, ce thème n'était pas aussi répandu dans les constatations que ce que l'on aurait prévu d'après le rapport de l'AFMC sur l'AEMC. En outre, il a été largement reconnu que la pratique concertée contribue à de meilleurs soins aux patients et à la satisfaction du fournisseur de soins.

Le groupe de travail sur la huitième recommandation du rapport sur l'AEMC a dressé un inventaire des expériences de formation interprofessionnelle fondé sur les données du sondage et sur d'autres rapports accessibles au comité, comme la grille des possibilités d'apprentissage diversifiées établie par le groupe de travail chargé d'examiner la sixième recommandation du rapport sur l'AEMC. Il existe actuellement un petit nombre d'expériences de formation interprofessionnelle obligatoires dans le programme; toutefois, il existe également un certain nombre d'activités facultatives ou informelles de formation interprofessionnelle. Les activités des étudiants ont souvent été mentionnées comme expériences primaires constantes de formation interprofessionnelle au Collège. La plupart des gens (membres du corps professoral et étudiants) ont commenté les expériences de formation interprofessionnelle très positives à ce jour. L'élaboration d'un curriculum de formation interprofessionnelle s'accompagnant d'approches axées sur le patient/fondées sur les dossiers souvent qualifiées d'appropriées a bénéficié de beaucoup de soutien. Il a été reconnu que pour développer des compétences en formation interprofessionnelle, celles-ci doivent être évaluées formellement afin que le curriculum reçoive une attention appropriée et que sa valeur soit reconnue.

La nécessité de faire progresser considérablement la formation interprofessionnelle au Collège de médecine a obtenu énormément de soutien. Il existe de nombreuses possibilités de contribuer au développement des compétences en formation interprofessionnelle. Bien qu'il soit nécessaire d'établir une capacité en formation interprofessionnelle par le perfectionnement du corps professoral, il a également été mentionné que quelques membres du corps professoral possédant une expertise importante en formation interprofessionnelle (enseignement, recherche, pratique) devraient être consultés aux prochains stades de développement du curriculum pour mettre en œuvre les meilleures pratiques et appliquer les données concernant la formation interprofessionnelle.

Regard vers l'avenir

- 1) **Mettre l'accent sur les compétences interprofessionnelles.** Tous les diplômés du Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan doivent être des membres d'équipe efficaces, et démontrer qu'ils possèdent des compétences interprofessionnelles dans six domaines :
 - a. communication interprofessionnelle;
 - b. soins axés sur le patient/le client/la famille/la collectivité;
 - c. clarification des rôles;
 - d. fonctionnement d'une équipe;
 - e. leadership collaboratif;
 - f. résolution de conflits interprofessionnels.

Ces compétences de base seront acquises dans le cadre du curriculum interprofessionnel mettant l'accent sur le patient, qui devrait être intégré au nouveau curriculum 2+2. Un responsable médical de l'éducation interprofessionnelle devrait être nommé pour travailler avec le comité sur le curriculum médical et les représentants d'autres programmes professionnels en santé pour élaborer le nouveau curriculum interprofessionnel.

- 2) **Établir des mécanismes et structures appropriés à l'appui de la formation interprofessionnelle.** Le Collège de médecine doit établir les mécanismes appropriés à même ses structures de gouvernance afin d'assurer la représentation des membres du corps professoral, du personnel et des étudiants dans le contexte du travail d'éducation interprofessionnelle sur le campus et dans l'ensemble de la province et du pays, et leur engagement à cet égard. Le Collège de médecine doit établir les structures et les ressources administratives appropriées pour appuyer cette formation au sein du programme en tenant compte du travail des professeurs, du personnel et des étudiants.

Bien que le groupe de travail sur la recommandation VIII de *L'Avenir de l'éducation médicale au Canada* (AEMC) soit déterminé à poursuivre son travail comme groupe consultatif pour la mise en œuvre des recommandations l'AEMC, il est souligné qu'un nouveau poste universitaire (responsable) de l'éducation interprofessionnelle au Collège de médecine est nécessaire. Le titulaire de ce poste serait responsable de la facilitation et de l'enseignement de l'éducation interprofessionnelle ainsi que des communications connexes. Le comité envisage l'établissement de ce poste comme une première étape vers la situation souhaitée.

- 3) **Veiller à ce que les tâches de l'éducation interprofessionnelle soient attribuées et à ce que les attentes à ce chapitre soient clairement décrites.** Le Conseil de faculté du Collège de médecine doit veiller à ce que les tâches, le rendement et les travaux d'érudition liés à l'éducation interprofessionnelle des membres du corps professoral et du personnel soient clairement identifiés, récompensés et reconnus dans les différentes structures du Collège et du Département, y compris les normes s'appliquant à l'avancement professionnel et à la permanence. Le Collège devrait créer deux nouveaux postes d'enseignant pour appuyer la recherche et les travaux d'érudition liés à l'éducation interprofessionnelle et à la pratique collaborative.
- 4) **S'assurer que les ressources pour l'éducation interprofessionnelle sont facilement accessibles aux membres du corps professoral du Collège.** Les ressources actuelles (compétences interprofessionnelles, ressources en ligne) doivent être facilement accessibles afin d'appuyer leur perfectionnement. Les documents nationaux seront utilisés pour diriger et orienter les activités.

Le groupe de travail sur la recommandation VIII de l'AEMC aidera aux communications, à l'évaluation et à l'enseignement de l'interprofessionalisme à l'échelle du Collège et surveillera les progrès en ce qui a trait aux recommandations du présent rapport. Le groupe de travail représentera également le Collège dans le cadre d'activités de planification stratégique de l'éducation interprofessionnelle avec le Conseil des doyens des sciences de la santé au besoin. Comme nous l'avons souligné précédemment, il est important que le Collège de médecine nomme un responsable de l'éducation interprofessionnelle, capable de travailler avec les différents groupes et intervenants pour mettre en œuvre ces recommandations.

UNIVERSITÉ DE L'ALBERTA

Il existe depuis longtemps à l'Université de l'Alberta un programme pour la promotion de la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle. Le Conseil des sciences de la santé, une association regroupant neuf facultés liées à la santé, facilite un programme d'éducation interprofessionnelle auquel nos étudiants participent en première année. Notre doyen associé (études) est responsable de la révision du programme d'éducation interprofessionnelle. Selon nos objectifs au niveau du programme, le programme doit prévoir des environnements propices à l'apprentissage en collaboration. Une variété d'activités d'apprentissage en équipe et d'apprentissage par problèmes renforcent l'importance de la pratique en équipe interprofessionnelle. De plus, des évaluations par les pairs et interprofessionnelles ont lieu durant le cours sur le rôle du médecin, dans deux modules de cours axés sur le système et durant l'externat.

UNIVERSITÉ DE CALGARY

- a. Nous avons récemment (2014) nommé le Dr Ian Wishart, un urgentologue de formation, directeur de l'éducation interprofessionnelle à notre École. Cela a donné lieu à un certain nombre de réunions très productives avec des membres du corps professoral des sciences infirmières et du travail social de l'Université de Calgary. En plus de consolider ce que nous faisons déjà à ce chapitre, ce groupe a organisé deux activités devant commencer en mai 2015:
- i. Un projet pilote dans notre cours d'endocrinologie durant lequel des étudiants en sciences infirmières et en travail social accompagneront des étudiants en médecine lors d'une visite au domicile d'un patient ayant un trouble endocrinien et discuteront la gestion en équipe du cas de ce patient.
 - ii. La simulation d'un trauma dans le cadre du Cours d'introduction à la pratique clinique durant laquelle les étudiants de deuxième année en médecine, en sciences infirmières, en pneumologie et en travail social dirigeront une situation de trauma avec l'aide du personnel de chaque discipline.

UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Nous avons élaboré une stratégie et un cadre s'appliquant à l'ensemble de la faculté pour l'éducation interprofessionnelle et nous élaborons actuellement un plan intégré de mise en œuvre. Le processus de renouvellement du curriculum s'est révélé l'occasion idéale pour intégrer l'éducation interprofessionnelle à notre nouveau cadre pour aller de l'avant.

8

RECOMMANDATION 8: Faire progresser la pratique interprofessionnelle et intraprofessionnelle

RECOMMANDATION 9

Adopter une approche flexible et fondée sur les compétences

9

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.

Innovations dans nos facultés de médecine

UNIVERSITÉ MEMORIAL

Curriculum

Les compétences du programme de médecine intégrant les compétences de CanMEDS et les quatre principes de la médecine familiale ont été créées et adoptées par le Comité des études médicales prédoctorales pour le curriculum qui existait alors et le curriculum actuel. Les phases et les buts des cours ainsi que les objectifs des sessions en sont dérivés. Avec l'élaboration d'un nouveau cours, Aptitudes opératoires avancées, des activités professionnelles non supervisées sont élaborées avec les jalons à atteindre. Tous les objectifs d'apprentissage et du cours doivent correspondre aux compétences du programme.

Les valeurs de base que nous avons adoptées lorsque nous avons commencé à élaborer le curriculum en 2008 étaient l'innovation, l'intégration, la responsabilité, la flexibilité et la collaboration. Elles sont le reflet des valeurs de base de l'Université et de son cadre d'enseignement et d'apprentissage, adopté en 2011. Le Comité des études médicales de premier cycle et les comités qui le soutiennent appuient des mesures qui reflètent ces valeurs. Elles incluent du temps protégé pour l'apprentissage autodirigé ou indépendant, une nouvelle base de données pour assurer le suivi et surveiller les compétences, des objectifs d'apprentissage, des liens, des ressources connexes et des répertoires de méthodes d'enseignement et d'apprentissage.

Les séances d'apprentissage intégré donnent aux étudiants du premier cycle la possibilité d'intégrer les apprentissages qu'ils ont faits récemment relativement aux patients, à leur famille et à leur collectivité. Les étudiants travaillent en petits groupes qu'ils animent eux-mêmes pour discuter du travail fait récemment dans les cours en réponse à de très courtes descriptions de cas. Plutôt que de « résoudre un cas », les étudiants mettent l'accent sur la manière dont différents sujets, notamment les rôles de CanMEDS autres que celui d'expert médical, se rejoignent dans une démarche pour mettre au point un scénario réaliste. Chaque groupe communique alors les résultats de sa discussion au reste de la classe durant une séance plénière dirigée par les étudiants et supervisée par des médecins enseignants qui fournissent une orientation et font part de leurs réflexions sur le sujet traité, puisant souvent à même leurs propres expériences pour rendre la discussion plus pertinente. Les étudiants complètent l'expérience des séances d'apprentissage intégré en soumettant un document de longueur modérée discutant plus en détail l'une des descriptions, en se préoccupant des questions qui n'ont pas encore été traitées en classe, et un plan pour son apprentissage alors qu'ils poursuivent leur carrière médicale.

UNIVERSITÉ DALHOUSIE

Élaborer un système d'évaluation fondé sur les compétences (accompagné du perfectionnement professoral approprié) qui prévoit une évaluation continue. La Faculté de médecine établit en 2015 une unité d'évaluation dont le mandat sera de promouvoir une approche programmatique à l'évaluation qui favorisera et appuiera l'évaluation axée sur les compétences, l'évaluation programmatique, la rétroaction et la pédagogie dans tout le continuum.

Identifier les compétences au niveau des études médicales prédoctorales. Ce travail est effectué par les Études médicales postdoctorales et le leadership des Études de premier cycle à l'échelle nationale.

Faire des liens plus étroits avec les études postdoctorales pour créer un continuum dans l'apprentissage. La Faculté de médecine a créé un Conseil de l'éducation qui se penche sur les questions et les tendances en matière d'éducation dans tout le continuum. Il a étudié en profondeur l'éducation axée sur les compétences au niveau des études médicales postdoctorales et en 2015, il explorera plus à fond sa mise en œuvre formelle au niveau des études médicales prédoctorales.

Resserrer l'intégration des normes d'agrément des études médicales prédoctorales avec celles des études médicales postdoctorales. Le Conseil de l'éducation est responsable de l'examen des pratiques et processus d'agrément pour tout le continuum des études médicales.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

- Développement d'un outil informatique pour la cartographie du programme facilitant l'identification des objectifs et compétences enseignés
- Validation auprès des responsables d'activités et de stages à l'externat le niveau d'atteinte attendu des diverses compétences dans leurs activités
- Possibilité de faire des interruptions d'études pour des projets personnels ou pour des difficultés académiques ou personnelles
- Ajout d'un mentorat particulier pour les étudiants et étudiantes éprouvant des difficultés académiques significatives
- Valorisation des nouvelles technologies dont entre autres la limitation des documents papiers (documents sur le site intranet)
- Implantation progressive de l'utilisation du iPad en transformant le matériel en format iBook pour toutes les activités du préclinique (sera obligatoire en 2015–2016)

UNIVERSITÉ LAVAL

Le programme de médecine de l'Université Laval est basé sur le développement de 7 compétences issues du cadre CanMEDS. Un suivi longitudinal et personnalisé du développement des compétences des étudiants tout au long du programme, du début du préexternat à la fin de l'externat, a été développé (série de cours Suivi du développement des compétences (I à V)). Il s'agit d'une innovation pédagogique majeure de la Faculté qui inclut le jumelage de chaque étudiant avec un médecin-superviseur l'accompagnant dans l'amorce d'une pratique réflexive et l'élaboration de plans de développement spécifiques de ses compétences ; qui intègre l'évaluation continue des compétences effectuée dans les cours intégrateurs et les stages ; qui suit l'exposition aux situations cliniques et la démonstration des habiletés cliniques pendant les stages ; et qui est supportée par des plateformes informatiques spécifiquement développées (Plateforme SDC et Clinifolio). Par ailleurs, l'Université Laval se distingue en offrant une grande flexibilité de cheminement académique au préexternat (2 ans, 2 ans et demi, 3 ans). Cela permet aux étudiants de réaliser un programme conjoint (MD-MSc, MD-MBA), un profil (international, entrepreneurial, développement durable, recherche, distinction), un certificat ou autres activités. Il y a aussi une souplesse d'accommodements vis-à-vis les congés pour études, sports d'excellence et autres, en respect des règles universitaires.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le vice-décanat aux études médicales de premier cycle ainsi que le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé ont multiplié les efforts pour intégrer l'approche par compétences sur la base des CanMEDS dans la formation de nos étudiants. Le conseil d'implantation de l'approche par compétences de la faculté a déposé en 2013, un document déclinant les trajectoires de développement des compétences dans tout le continuum de formation. Un groupe de leaders pédagogiques a été formé et mandaté pour développer et diffuser des formations aux enseignants en APC.

De nouvelles fiches d'évaluation de stage et des fiches d'évaluation du travail en équipe basées sur les compétences sont maintenant utilisées dans toutes les activités de formation. Des ÉCOS ont lieu tout au long des formations préclinique et clinique permettant une évaluation globale continue de la performance, afin que l'étudiant puisse identifier les zones de travail et suivre son développement. Nous continuons le développement d'outils avec, entre autres, la mise en place d'occasions propices à l'apprentissage (OPA) à partir des trajectoires, servant de balises en situation réelle au développement des compétences.

Nous avons, depuis 2012, mis en place un test de rendement progressif à l'externat qui nous permet de documenter, sur les deux années cliniques, la progression des connaissances et du raisonnement. Le programme permet une flexibilité à des réalités diverses sur une base individuelle : parcours académiques adaptés au sport d'élite, à un intérêt pour la recherche ou la santé mondiale ou autre. Nous avons augmenté le nombre de semaines de stages à option dans les années cliniques.

UNIVERSITÉ MCGILL

Des évaluations intégrées ont lieu maintenant tout au long du programme de quatre ans durant les semaines de réflexion et d'évaluation (R et E), des tests périodiques et l'Examen clinique objectif structuré. Le but est d'évaluer les étudiants par rapport aux objectifs MDCM, qui sont organisés par compétences et principes jugés essentiels pour les médecins canadiens. Ces compétences et principes ont été définis par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CanMEDS 2005) et par le Collège des médecins de famille du Canada (quatre principes de la médecine familiale). Durant la composante Fondements de la médecine et de la médecine dentaire, il y a six semaines de R et E intercalées entre les cours. Durant ces semaines, les activités régulières d'apprentissage sont remplacées par des activités peu structurées, dont de nombreuses se déroulent au Centre de simulation médicale Arnold et Blema Steinberg de l'Université McGill. Les semaines de R et E comprennent également une combinaison d'évaluations écrites et pratiques visant à encourager l'intégration continue du matériel auquel les étudiants ont été exposés jusqu'à ce moment. Durant la transition vers la pratique clinique ainsi que les composantes Externat et Externat senior, des évaluations des progrès sont représentatives de tous les domaines de connaissances d'un programme d'études et sont subies en classe à différentes étapes. Chaque évaluation a le même plan, lequel représente un vaste échantillonnage de la base de connaissances de l'ensemble du curriculum. Les évaluations ont pour but d'évaluer l'application des connaissances plutôt que leur simple mémorisation.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Le programme d'études médicales prédoctorales adopte une approche flexible et axée sur les compétences en offrant une année d'enrichissement à la suite de la troisième année d'études. Cette année permet aux étudiants de prendre une année entre les externats de la troisième et de la quatrième année pour enrichir leur formation médicale en profitant d'occasions uniques qui ne sont pas incluses dans le programme d'études médicales. Les étudiants doivent suivre une formation supervisée et évaluée de 48 semaines dans des endroits approuvés par la Faculté de médecine. Ils doivent soumettre une proposition et obtenir la permission de la Faculté au moins six mois avant le début de leur quatrième année. En général, les étudiants utilisent cette année pour suivre une formation en santé mondiale, en santé publique, en politiques de la santé, etc.

UNIVERSITÉ QUEEN'S

Curriculum. Le nouveau curriculum fondamental des études médicales prédoctorales est stable après une période de transition. L'Université a adopté et perfectionné un programme axé sur les compétences, sur les rôles CanMEDS et les présentations cliniques du Conseil médical du Canada. La création de niveaux ou de normes pour chaque rôle intrinsèque était au centre de la retraite de février 2015 avec les responsables des compétences. L'intégration des rôles intrinsèques a été le point focal de deux ateliers-express entre les responsables des compétences et les directeurs de cours. Dans le cadre de l'évaluation, l'évaluation fondée sur les compétences assortie de jalons pour chaque année fait partie du portefeuille électronique et fait partie intégrante des compétences cliniques et en communication. Les rôles intrinsèques sont intégrés aux postes des examens cliniques objectifs structurés.

Leadership relatif au curriculum. Les responsables des compétences supervisent les compétences intrinsèques (expertises non médicales), y compris les objectifs, les activités d'apprentissage et les évaluations sur quatre ans.

Groupes d'études créés par les étudiants. Parmi les vingt six groupes d'intérêt qui existent à l'Université Queen's, le groupe d'intérêt en neurosciences, le programme de formation des compétences chirurgicales, le programme de médecine et de littérature, le groupe d'intérêt en médecine en milieu sauvage et les groupes d'intérêt en santé des femmes et en santé autochtone sont des exemples de programmes spécialisés conçus par les étudiants pour compléter le programme régulier. Les projets Personnel médical débutant et Entretiens sur la santé communautaire, élaborés par les étudiants, améliorent les compétences éducatives et en communication orale des participants. La publication Queen's Medical Review, administrée par les étudiants, améliore les compétences éducatives et en communication écrite.

UNIVERSITÉ DE TORONTO

- Nous procédons actuellement à l'examen exhaustif des buts et objectifs de notre programmes d'études en médecine afin d'élaborer des compétences conviviales, des compétences et des jalons habilitants ainsi que le programme d'évaluation connexe. Selon les principes de l'examen :
 - les sept rôles CanMEDS demeureront le fondement des compétences de notre programme de médecine.
- L'examen sera conforme aux révisions de 2015 de CanMEDS et éclairé par les recommandations de l'AEMC ainsi que par les développements émanant du Conseil médical du Canada, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada.
- Les compétences seront assorties de jalons qui indiqueront clairement le niveau atteint ainsi que des façons de démontrer l'acquisition de la compétence.
- L'examen tiendra compte des transitions faisant partie du continuum des études médicales. Dans la continuité de ces principes et de l'élaboration de compétences et de jalons de programme, deux initiatives majeures sont en cours dans les composantes préexternat et externat, qui appuieront toutes les deux la formation longitudinale, des parcours d'études plus flexibles et personnalisés ainsi que la capacité accrue des étudiants d'obtenir deux diplômes conjoints intégrés.

UNIVERSITÉ MCMASTER

Les pédagogies phares de l'Université ont adopté depuis longtemps la souplesse au chapitre des programmes éducatif, ancrée dans l'acquisition d'habiletés d'apprentissage auto-dirigé tout au long de la vie. L'apprentissage par problèmes se caractérise par une souplesse inhérente dans sa couverture du matériel de base. Le curriculum COMPASS (axé sur les concepts, multidisciplinaire, basé sur les problèmes, pratique en vue du transfert, simulations durant l'externat et sélection) restructuré fournit aux professeurs davantage de directives afin qu'ils puissent aider les étudiants à atteindre les objectifs d'apprentissage requis, tandis que des objectifs moins prescriptifs laissent aux étudiants plus de latitude.

Le programme de médecine de l'Université McMaster a toujours encouragé des interactions précoces avec les patients dans le contexte clinique réel – l'apprentissage de la médecine dans le contexte où elle est exercée. Les étudiants continuent de bénéficier de possibilités prévues au programme et facultatives de participer à des activités d'apprentissage des soins dès le premier mois du programme. Chaque étudiant fait un apprentissage structuré dans un environnement clinique réel, dans le cas des habiletés cliniques, et d'une expérience longitudinale obligatoire en médecine familiale. Les étudiants peuvent participer à des activités facultatives « horizontales ». Contrairement à la formation par observation, ce sont des occasions pour les étudiants de pratiquer l'application d'habiletés dans un contexte clinique réel. Ils se prévalent de ces possibilités pour parfaire leurs connaissances et leurs compétences, explorer les carrières en médecine et acquérir une compréhension plus solide de l'application des choses apprises en classe.

Tous les étudiants de McMaster participent à des stages cliniques au choix au cours de leur première année et continuent d'avoir des choix tout au long de leur externat – au début, au milieu et à la fin. Les étudiants ont ainsi de multiples possibilités de satisfaire aux objectifs des cours optionnels horizontaux décrits précédemment, mais dans des périodes de temps plus concentrées. Bien que cela puisse sembler similaire à de nombreux autres programmes d'études médicales, c'est l'inclusion de ces périodes de stages facultatifs tout au long du programme qui nous démarque des autres programmes; cela encourage les étudiants à concevoir activement leur parcours éducatif dès le début de leur apprentissage à McMaster. Cette orientation se prête bien aux nombreuses discussions sur les « transitions » qui découlent du projet sur l'AEMC EMPo.

UNIVERSITÉ WESTERN

Les compétences de notre curriculum sont mesurées tout au long des années d'études et proviennent du cadre CanMEDS. L'École de médecine et de dentisterie Schulich se joint à ses partenaires nationaux pour adopter le processus axé sur les compétences pour les études médicales prédoctorales et postdoctorales. L'École fournit des mentors et un soutien aux apprenants afin de renforcer la capacité des étudiants d'acquérir la compétence voulue au moment de la diplomation relativement à tous les objectifs de notre programme.

ÉCOLE DE MÉDECINE DU NORD DE L'ONTARIO

Il s'agit d'un travail en cours pour l'EMNO. Au cours des dernières années, nous nous sommes éloignés d'un modèle principalement fondé sur les objectifs pour adopter un programme de cours axé sur les résultats et nous explorons maintenant l'utilisation des compétences de manière plus explicite pendant la dernière moitié du programme. Bien que nous n'ayons pas encore pleinement adopté un modèle axé sur les compétences, nous avons basé une grande partie de notre enseignement sur les objectifs du Conseil médical du Canada, qui sont eux-mêmes basés sur les rôles CanMEDS. CanMEDS est utilisé pour structurer de nombreux aspects de notre curriculum. Notre externat obligatoire intégré de huit mois et nos autres modèles d'éducation fondés sur la continuité permettent l'acquisition des compétences dans des contextes véritablement expérientiels.

UNIVERSITÉ DU MANITOBA

1. Dans tous les stages, les étudiants ont une liste de présentations cliniques essentielles qu'ils peuvent porter à leur journal de bord. Celles-ci doivent être effectuées pour que le stage soit complété.
2. Les examens cliniques structurés objectifs (ECISO) commencent à l'automne de la première année et nous permettent de nous assurer que les habiletés cliniques sont maîtrisées.
3. Un examen clinique exhaustif a lieu à la fin de l'externat et les étudiants doivent le réussir pour obtenir leur diplôme.
4. Nous nous sommes assuré que les objectifs liés aux activités professionnelles non supervisées recommandées par l'Association des écoles de médecine des États-Unis (AAMC) sont atteints par les étudiants avant l'obtention de leur diplôme.

UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN

Situation actuelle

Les attentes à l'égard des professionnels de la médecine évoluent au fil du temps et c'est ce que doivent faire également les études en médecine. L'initiative CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada peut être considérée comme une réponse aux attentes en évolution des médecins sur les questions de responsabilité et de réactivité sociale. Frank et Danoff (2007) décrivent l'initiative CanMEDS comme un cadre national de compétences fondé sur les besoins et axé sur les résultats qui est centré sur sept rôles de médecin clairement définis : expert en médecine, communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel. Frank et Danoff ont écrit que l'initiative CanMEDS a défini un cadre de compétences conçu pour traiter des rôles que jouent les médecins pour répondre aux besoins sociétaux et que de tels cadres constituent une méthode efficace d'études fondées sur les résultats.

Le Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan a adopté les rôles de l'initiative CanMEDS dans les études de médecine de premier cycle. L'utilisation de cette approche d'évaluation des étudiants fondée sur les compétences peut être constatée dans des cours principaux comme Compétences professionnelles I, II et III. Pour réussir Compétences professionnelles I, par exemple, les étudiants en médecine doivent être compétents dans les sept rôles de l'initiative CanMEDS. Des outils d'évaluation basés sur les compétences décrits et organisés en fonction des rôles de l'initiative CanMEDS ont été élaborés pour la pédiatrie, la médecine d'urgence et la médecine familiale dans le cours Compétences professionnelles II et pour les rotations en reproduction féminine, en psychiatrie et en réadaptation dans Compétences professionnelles III. Les évaluations de fin de rotation pour les rotations de stages obligatoires ont été rédigées et sont en processus d'approbation. Le continuum d'évaluation de ces rôles comprend les mentions Sous les attentes, Répond aux attentes et Dépasse les attentes.

Regard vers l'avenir

- 1) **Harmoniser les objectifs du cours et les compétences.** Dans le cas des cours du programme d'études médicales prédoctorales qui seront axés sur les compétences, les objectifs devraient faire l'objet d'un examen et être redéfinis afin de tenir compte des compétences requises. Les étudiants doivent bien comprendre les principaux principes et habiletés pour lesquels ils seront évalués. Comme l'écrit Leung (2002), dans un système de formation médicale axé sur les compétences, les évaluations sont fondées sur un ensemble clairement défini de résultats de manière à ce que toutes les parties concernées, y compris les évaluateurs et les étudiants, puissent faire des jugements raisonnablement objectifs quant à l'atteinte de ces objectifs. Cela signifie que les objectifs du cours et les compétences de base doivent être alignés.
- 2) **Continuer d'évaluer les rôles CanMEDS.** Les rôles CanMEDS ont été acceptés partout au pays, mais la discussion se poursuit à l'Université de la Saskatchewan quant à l'utilisation du terme « expert médical ». Le cadre de 2005 de CanMEDS définit ce rôle de la façon suivante : « En tant qu'experts médicaux, les médecins jouent tous les rôles CanMEDS et utilisent leur savoir médical, leurs compétences spécialisées cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins axés sur les patients. Le rôle d'expert médical est le rôle pivot du médecin dans le cadre CanMEDS. » (Frank et Danoff 2007).

Reconnaissant l'importance du généralisme dans la formation et la pratique médicales, ainsi que le fait que les médecins ont avantagés par les possibilités d'apprentissage professionnel continues tout au long de leur carrière ainsi que par les valeurs et habiletés que contribuent à la prestation des soins de santé d'autres professionnels de la santé, le terme « expert médical » devrait être réexaminé et l'on devrait envisager le remplacer par un autre terme, comme « apprenant clinique ».

- 3) **Soutenir l'apprentissage autonome.** Les étudiants de premier cycle en médecine devraient se voir accorder amplement de temps pour explorer les sujets et les questions qui représentent pour eux un intérêt particulier. De l'information devrait leur être fournie sur une vaste gamme de possibilités d'apprentissage autodirigées et ce temps d'apprentissage autonome devrait être valorisé et protégé.
- 4) **Élaborer une stratégie d'évaluation par les pairs.** Les médecins doivent travailler efficacement pour fournir des soins de santé au sein d'équipes interprofessionnelles et intraprofessionnelles. Il est crucial qu'ils fassent preuve en tout temps d'un haut niveau de professionnalisme et qu'ils apprennent à respecter l'opinion des autres. Une initiative d'évaluation par les pairs relativement à tous les rôles de CanMEDS, à l'exception de celui d'expert médical, serait donc bénéfique.

UNIVERSITÉ DE L'ALBERTA

Le virage vers une conception de la formation axée sur les compétences en est à la première étape dans notre programme. Nous avons concentré nos efforts sur un processus qui incluait une vaste base d'intervenants en vue de l'élaboration de nouveaux objectifs de programme axés sur les résultats. Nous élaborons une approche programmatique à l'évaluation, qui prend ces objectifs comme point de départ. Nous croyons que ces étapes sont essentielles pour l'établissement d'une approche d'apprentissage axée sur les compétences. Le cours sur le rôle du médecin est notre premier cours entièrement axé sur les compétences et administré tout au long du programme. Les étudiants doivent réussir tous les aspects de ce cours; ceux qui échouent se voient assigner un plan d'apprentissage personnel qui leur permettra de maîtriser toutes les compétences. Un système complexe d'évaluation suit les progrès des étudiants et leur fournit des rapports d'étape. D'autres changements pourront devoir être apportés au processus d'évaluation lorsque nous passerons d'une approche axée sur le temps à une approche axée sur les compétences en matière d'apprentissage et d'évaluation pour le reste du programme.

Afin d'accorder la flexibilité nécessaire à l'apprentissage des compétences, nous avons commencé à modifier l'externat de manière à déterminer plus rapidement les déficits d'apprentissage et à y remédier. Nous avons nommé un coordonnateur du mentorat pour l'établissement de plans d'apprentissage personnels pour les étudiants qui ont besoin d'aide et afin de permettre une certaine souplesse au sein du programme. Le cours sur le rôle du médecin comporte également une composante de transitions afin de faciliter le passage à la formation postdoctorale.

UNIVERSITÉ DE CALGARY

- a. Notre comité sur les études médicales prédoctorales a travaillé avec diligence pour revoir notre document sur nos buts, nos objectifs et notre philosophie (approuvé par notre Conseil de Faculté en mars 2015). Ce document fournit maintenant des objectifs
 - i. fondés sur les résultats;
 - ii. liés aux compétences CanMEDS;
 - iii. liés aux jalons pour commencer l'externat et le programme de résidence.

UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

La faculté a adopté une approche axée sur les compétences et flexible à la formation médicale. Cette approche est clairement démontrée dans notre processus de renouvellement du curriculum du premier cycle en médecine, lequel est fondé sur les compétences requises pour obtenir un diplôme en médecine de l'U. de la C.-B. Le curriculum renouvelé est fondé sur les compétences requises pour obtenir un diplôme en médecine de l'Université. Les compétences devant être maîtrisées à la fin du programme sont organisées en fonction du cadre 4 de CanMEDS, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui décrit les sept rôles du médecin : expert médical, collaborateur, communicateur, promoteur de la santé, gestionnaire, professionnel et érudit.

Les principes qui sous-tendent le nouveau programmes d'études sont également alignés sur la vision stratégique de l'Université, qui est d'accroître la flexibilité en matière d'apprentissage, d'intégrer les possibilités de formation interprofessionnelle à d'autres programmes professionnels en santé et d'adopter une approche éducative axée sur les compétences.

Le nouveau curriculum permet plus de souplesse pour fournir une gamme de possibilités d'apprentissage et d'activités d'érudition qui favorisent l'innovation, la créativité, la pensée critique et l'apprentissage continu. Il reconnaît également les étudiants qui ont des antécédents, des intérêts et des situations personnelles diversifiés et leur permet de réussir dans le programme. Bien que tous suivent les mêmes cours dans le même ordre, le parcours de chacun dans le programme est différent et les connaissances, habiletés et attitudes qui doivent former les compétences maîtrisées par nos diplômés sont enseignées, apprises, acquises, renforcées et assimilées d'une façon unique en fonction des antécédents et du style d'apprentissage propres à chacun. La flexibilité du curriculum renouvelé reconnaît le caractère unique du parcours de chaque étudiant. Ce parcours puisera à même leurs forces individuelles et les fera ressortir.

RECOMMANDATION 10

Favoriser le leadership médical

10

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.

Innovations dans nos facultés de médecine

UNIVERSITÉ MEMORIAL

Les Services de perfectionnement professionnel et de conférences, Faculté de médecine, ont amélioré les connaissances en matière de leadership et les habiletés des membres du corps professoral, des étudiants, des médecins communautaires et d'autres professionnels de la santé grâce à différentes initiatives au cours des cinq dernières années. Ces initiatives ont fourni des possibilités d'exercice d'un leadership de base et avancé, assorti d'une meilleure compréhension du système de santé de la part des apprenants et leur fournissent les habiletés et les ressources nécessaires pour être des leaders efficaces de l'environnement des soins de santé de Terre-Neuve-et-Labrador. Parmi ces initiatives :

- **Le Physician Management and Leadership Program (PMLP)** (<https://www.physicianleadership.ca/>)

Lancée en 2012 avec le soutien du gouvernement provincial et des autorités régionales de la santé, cette initiative est dirigée par les Services de perfectionnement professionnel et de conférences, et est exécutée en collaboration avec le Centre Gardiner, Faculté d'administration des affaires, Université Memorial. Elle s'adresse à une cohorte spécifique de médecin et d'autres leaders du domaine des soins de santé de la province sur une base annuelle. Le contenu du programme a été élaboré à partir d'une évaluation des besoins à l'échelle provinciale. Le programme d'une durée d'une année consiste en dix modules accrédités par des médecins – dont trois sont offerts en ligne et sept utilisent une approche novatrice de classe inversée (contenu didactique et évaluation préalables au module, séance en personne, évaluation postérieure). Les participants doivent également remplir un rapport d'apprentissage appliqué pour recevoir le certificat du programme. Le programme a attiré 71 participants appartenant à deux cohortes (2012-2013; 2013-2014). La cohorte 2014-2015 compte 34 participants.

En 2014, le PMLP s'est mérité le Prix de l'innovation des prestataires de développement professionnel continu agréés par le Collège royal. Une composante essentielle de son approche novatrice est que le PMLP peut être le seul programme qui met spécifiquement l'accent sur les besoins éducatifs des médecins chefs de file de la province de T.-N.-L. et sur le contexte local dans lequel ils dirigent et exercent leur profession. Le contenu du programme est adapté aux besoins locaux, utilisant des cas localisés et des enseignants qui possèdent de l'expérience du système de santé de la province. Les participants sont des collègues locaux et régionaux; un groupe qui peut animer la discussion et éventuellement collaborer avec les établissements de soins de santé et les régions. Une étude d'évaluation sur six mois du programme, réalisée chaque année, a démontré un rendement et une application améliorés des connaissances et des habiletés dans le milieu de travail.

- **Certificat de leadership pour médecin**

Les Services de perfectionnement professionnel et de conférences collaborent actuellement avec le programme d'études médicales prédoctorales pour élaborer et offrir huit modules dans le cadre d'un certificat de leadership pour médecin, que les étudiants en médecine recevront parallèlement au programme de formation en médecine. Les modules seront offerts en ligne et donneront aux étudiants certaines des connaissances et habiletés dont ils ont besoin pour devenir des leaders efficaces une fois diplômés.

- **Forum sur le leadership en soins de santé**

En novembre 2014, les Services de perfectionnement professionnel et de conférences ont tenu le Forum sur le leadership en soins de santé; l'activité d'une journée s'adressait aux décideurs des soins de santé, dont les administrateurs, PDG, directeurs, gestionnaires, chefs de département et leaders du domaine des soins de santé, représentant différents secteurs et professions des régions de la santé, des hôpitaux, des autorités de santé publique et des centres universitaires. Le but de la conférence était de communiquer aux participants les connaissances et habiletés nécessaires pour :

- Démontrer des pratiques de gestion et de leadership efficaces dans les contextes des soins de santé de Terre-Neuve-et-Labrador et du Canada atlantique;
- Faire valoir des points de vue et être mieux outillés pour faire face aux défis organisationnels et systémiques en matière de soins de santé;
- Fournir une occasion de réseauter avec d'autres leaders et le système de soins de santé.

UNIVERSITÉ DALHOUSIE

Approfondir la compréhension qu'ont les apprenants du système de santé et de leurs responsabilités en tant que médecins de participer au processus de transformation du système de santé. Durant le programme longitudinal de deux ans en compétences professionnelles, les étudiants sont introduits aux systèmes de soins de santé et par l'intermédiaire de séances d'apprentissage par cas, peuvent explorer leur responsabilité en tant que médecin de participer au processus de transformation de ces systèmes.

Cultiver des habiletés de leadership en collaboration chez les apprenants en utilisant des mentors et des modèles à imiter venant de multiples disciplines. Pendant les quatre années du programme, les étudiants en médecine de Dalhousie ont de nombreuses possibilités de perfectionner leurs aptitudes au leadership par le biais des activités suivantes :

- Des étudiants sont membres votants de tous les comités et sous-comités responsables du curriculum;
- La Société des étudiants en médecine de Dalhousie offre de nombreux postes de chef de file pour les étudiants inscrits dans chacune des quatre années du programme – c.-à-d., leadership en matière de bien-être des étudiants, études médicales, leadership étudiant, etc.
- Par l'intermédiaire de la Société, chaque classe forme un conseil étudiant – le leadership étudiant est essentiel;
- Chaque classe élit un président;
- Chaque unité du programme d'études préexternat a un représentant d'unité élu, qui doit assurer la liaison avec les représentants du corps professoral de cette unité;
- La Société a facilité la création de différents groupes d'intérêt étudiants – dont la vocation est déterminée entièrement par chaque groupe.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

- Soutien facultaire par un coaching et accompagnement des initiatives étudiantes qui favorisent une meilleure compréhension du système de santé, des problématiques sociales ou encore, une implication répondant aux besoins des communautés
- Intégration longitudinale de la notion du professionnalisme (Profession MD), laquelle inclut le leadership
- Soutien financier facultaire visant une participation significative des étudiants à différents colloques d'importance au niveau de la recherche et de la formation médicale (CCME, etc.)
- Participation, représentation et implication étudiante dans l'ensemble des structures organisationnelles et décisionnelles du programme

- Instauration d'un processus permettant d'attester de l'implication remarquable des étudiants qui est incluse dans la lettre du doyen lors du processus CARMS
- Soutien financier des professeurs pour des formations et perfectionnements sur le leadership tel ICLEM
- Élaboration d'une série de formations (3) sur le leadership de même que sur le processus du changement pour tous les coordonnateurs pédagogiques et gestionnaires du programme en vue d'une implantation optimale du nouveau curriculum

UNIVERSITÉ LAVAL

L'Université Laval encourage et favorise l'implication des étudiants dans de nombreux domaines, de la gestion facultaire à l'implication communautaire, en passant par la mise sur pied d'activités pédagogiques étudiantes. Ainsi, les étudiants siègent sur différents comités académiques facultaires et universitaires, autant pour leur permettre de développer un leadership académique que pour leur donner une voix sur les transformations et le fonctionnement. De nombreux projets et initiatives étudiantes reçoivent un support facultaire afin de reconnaître et encourager l'engagement social. Par ailleurs, les étudiants sont exposés à des leaders du système de santé dans les cours Médecin, médecine et société (I à IV). Enfin, le programme de formation utilise des travaux d'équipe où chaque étudiant doit jouer un rôle actif et contribuer au succès des tâches à accomplir. Ils sont aussi évalués sur cette collaboration et leur participation.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le programme actuel permet aussi à tous nos étudiants de développer leurs habiletés en leadership, et ce, autant dans les rôles actifs dans l'apprentissage par petits groupes que dans les cours CSS en inter professionnalité ou dans les nouveaux stages en engagement social. Nous favorisons la participation étudiante à plusieurs comités universitaires et non universitaires : Ainsi ces étudiants côtoient des modèles de leadership, tant en enseignement qu'en gestion et recherche, et exercent leur pro- pre capacité d'organisation et d'influence sur les réalisations à produire.

La faculté supporte aussi les initiatives étudiantes en engagement social qui favorisent le développement de leur leadership, ainsi que l'association étudiante, et en certains regroupements comme le groupe d'intérêt en santé autochtone, le groupe d'intérêt en médecine familiale ou le groupe d'intérêt en chirurgie et IFMSA.

UNIVERSITÉ MCGILL

Le concept du rôle du médecin (son double rôle en tant que guérisseur et que professionnel) demeure un leitmotiv important et un principe directeur du nouveau curriculum. Le rôle du médecin est à la fois une composante (avec cours désignés) et un thème du curriculum.

En tant que thème, il englobe les domaines suivants : professionnalisme, guérison en médecine, méthode clinique, soins palliatifs et leadership. La composante rôle du médecin s'est adaptée au nouveau plan éducatif, principalement pour ce qui est de l'enseignement de la méthode clinique. Nous avons créé deux nouveaux cours : Méthode clinique-I et Méthode clinique-II. MC-I met l'accent sur l'entrevue médicale et les aptitudes à la communication. MC-II est axé sur l'examen physique.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Pour promouvoir le leadership médical, nous avons conçu un cours obligatoire composé d'exposés magistraux et de travail en petit groupe, de la durée du programme d'études. Nous avons également créé un poste d'expert longitudinal pour le curriculum sur le leadership. Ce curriculum est structuré de la façon suivante :

Année 1 : Comprendre les styles de leadership, donner une rétroaction efficace, utiliser efficacement la rétroaction, introduction à la rétroaction de sources multiples

Année 2 : Résolution de conflits

Année 3 : Outil de rétroaction de sources multiples en soins de santé

Année 4 : Cours facultatif en leadership

Les étudiants qui ont un intérêt particulier pour le leadership peuvent suivre une formation menant à un certificat en leadership.

UNIVERSITÉ QUEEN'S

Leadership relatif au curriculum. Des représentants étudiants participent à tous les comités démontrant des aptitudes au leadership appréciables. Les étudiants participent de façon active et constante à l'examen et à l'évaluation des cours ainsi qu'à l'élaboration du curriculum. Les étudiants apprennent la résolution des conflits, la construction d'équipes, les rôles des médecins et des autres professionnels des soins de santé ainsi qu'à donner et à recevoir de la rétroaction en tant que compétence propre au rôle du médecin et au leadership. L'enseignement entre pairs dans le cadre d'activités d'apprentissage, concernant le droit à la confidentialité des patients et le statut d'étudiant en médecine par exemple, permet aux étudiants de mettre en pratique leurs compétences en leadership.

Au chapitre de la prestation d'un leadership, le projet des interventions communautaires demande aux étudiants d'analyser des interventions qui ont favorisé la santé des collectivités ou encore prévenu la maladie. Les étudiants communiquent leurs constatations au reste de la classe et soumettent un travail sous forme de demande de financement pour mettre en œuvre une autre intervention en santé de la population, visant le même problème de santé ou le même déterminant de la santé. Les étudiants à Queen's sont encouragés à servir la collectivité par l'intermédiaire d'initiatives d'apprentissage du service.

UNIVERSITÉ DE TORONTO

- Notre Programme de formation et de développement en matière de leadership est un partenariat novateur et interdisciplinaire entre le Programme d'études médicales prédoctorales, l'École de gestion Rotman, l'École de politique publique et de gouvernance et l'Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé qui existe depuis quelques années. L'objet du programme est d'encourager une nouvelle génération de médecins chefs de file ayant à cœur d'améliorer les soins de santé et la santé de nos collectivités. Disponible à neuf étudiants de chaque cohorte, le programme comprend une séquence longitudinale de six cours de cycles supérieurs qui fournissent aux participants les connaissances et les habiletés nécessaires pour assumer un rôle de leader, ainsi que deux stages d'été durant lesquels ils ont la possibilité de mettre en application leurs connaissances et d'approfondir leur compréhension des possibilités de carrière en leadership.
- Nous prévoyons au cours des cinq prochaines années, en collaboration avec l'Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé de l'Université de Toronto, consolider notre curriculum sur le rôle de gestionnaire ainsi que notre Programme de formation et de développement en matière de leadership pour améliorer encore notre enseignement relatif aux compétences en leadership et en gestion que doivent posséder les médecins. Pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de ces travaux, nous avons créé un nouveau poste de directeur du portefeuille intégré du leadership. Une recherche de candidats pour ce poste est en cours.

UNIVERSITÉ WESTERN

Former les chefs de file de demain est l'un des principaux objectifs de l'Université Western. Notre programme d'études médicales prédoctorales a mis en œuvre un cours de première année sur les habiletés essentielles au leadership. L'accès à des programmes de l'École, des rôles encadrés dans le gouvernement étudiant, la participation aux comités de l'École, et l'accès aux processus d'élaboration et de gouvernance de curriculum, pour ne nommer que quelques possibilités, aident au développement du leadership personnel des étudiants. Nos diplômés poursuivent cet objectif dans leur carrière et s'imposent sur la scène nationale et internationale comme la prochaine génération de chefs de file en soins de santé.

ÉCOLE DE MÉDECINE DU NORD DE L'ONTARIO

Le leadership médical est inculqué à nos étudiants par l'intermédiaire de l'externat longitudinal intégré ainsi que par une formation qui met l'accent le rôle d'agent de changement des médecins (enseigné durant le volet préexternat et mis en pratique durant l'externat) et de nombreuses expériences pluriprofessionnelles et interprofessionnelles. Nous donnons actuellement de la formation aux membres de notre corps professoral (dont un grand nombre en sont venus à l'enseignement au milieu ou à la fin de leur carrière) pour qu'ils deviennent des leaders universitaires et pour qu'ils partagent leurs expériences à tant que chef de file en santé communautaire.

UNIVERSITÉ DU MANITOBA

1. Nous avons commencé un cours en leadership pour un groupe d'étudiants intéressés et nous explorons actuellement comment il pourrait être offert à tous les étudiants.
2. Les étudiants de l'Université du Manitoba se voient confier un niveau élevé de responsabilités durant leur externat comparativement aux étudiants d'autres écoles, ce qui selon nous leur permet de développer leur rôle de chef de file.
3. Compte tenu de la taille relativement petite de l'École, de nombreux rôles de leadership sont disponibles aux étudiants pendant les quatre années de sorte que ceux qui le souhaitent n'ont aucune difficulté à assumer un tel rôle.

UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN

Situation actuelle

La documentation sur le leadership établit fréquemment une distinction entre les leaders « formels » et « informels ». Les leaders formels dans les collèges de médecine sont facilement identifiables – par exemple le doyen, les vice-doyens et les doyens associés, les chefs de département et les administrateurs de haut niveau – le leadership informel constitue également un aspect important du comportement organisationnel. Comme dans le cas du leadership formel, le rôle du leadership informel doit être établi et confié à tous les étudiants, membres du corps professoral et membres du personnel. C. Dean Pielstick (2000) mentionne que les leaders formels et informels acquièrent des visions communes et que ce thème constitue la pierre d'assise du leadership authentique. Pielstick ajoute que l'un des rôles importants du leader authentique consiste à énoncer à répétition la vision, les valeurs et les croyances communes de l'organisation. Ce peut être fait par les personnes qui occupent des rôles formels au Collège de médecine et par celles qui jouent des rôles informels.

Le site Web Leaders for Life (www.leadersforlife.ca) reconnaît que le système médical canadien fait face à divers défis et que ces sources de tension établissent clairement que nous devons instaurer des changements importants dans l'organisation et la prestation de services de santé. Le site Leaders for Life ajoute qu'il y a un nombre important de leaders formels dans le système de soins de santé canadien. Il évalue prudemment ce nombre à plus 80 000 personnes qui occupent des rôles formels de gestion de la santé dans l'ensemble du pays. Toutefois, comme les données démographiques de ces leaders sont cohérentes avec celles de l'ensemble de la population, il faut identifier d'autres leaders potentiels dans les professions de la

santé; le site Leaders for Life mentionne dans sa description des défis en matière de leadership du système de santé que l'on a peu fait pour élaborer des plans relatifs à la relève pour combler efficacement cette lacune, qu'il n'est question ici que des leaders formels, et que si l'on tient compte du fait que les employés en tous genres voudront peut-être jouer un rôle dans la direction des changements, la nécessité d'un leadership efficace en soins de santé est effectivement très grande.

Il faudra faire preuve de leadership pour transformer les études médicales de premier cycle et pour s'assurer que les recommandations sur l'AEMC sont mises en œuvre. Comme l'indique le rapport sur l'AEMC, il revient aux facultés de médecine de favoriser différentes compétences en leadership chez les médecins de demain, ce qui pourrait signifier de préparer les médecins à des rôles « au-delà des soins médicaux directs », comme des postes en administration et en gestion et une participation à un « plaidoyer à l'échelle du système préconisant le changement social ».

Regard vers l'avenir

- 1) **Créer un programme de développement en matière de leadership et de gestion.** Tous les étudiants de premier cycle et les résidents du Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan devraient avoir accès à un programme de perfectionnement des compétences en leadership et en gestion. Une approche en trois étapes venant compléter les intérêts et la passion des étudiants est recommandée. Par exemple, un cours d'introduction au leadership devrait être offert à tous les étudiants. Ce cours utiliserait le cadre LEADS (cadre des capacités de leadership en santé) et serait fondé sur les cinq pratiques des dirigeants définies par Barry Z. Posner et James M. Kouzes (1988) : remettre en question le processus, inspirer une vision commune, habiliter les autres à agir, montrer la voie et encourager le travail fait avec cœur. Dans les termes du programme Leaders for Life, le leadership est une activité et non un poste : [Traduction] « N'importe qui peut être chef de file, quel que soit le degré d'autorité inhérente au poste occupé. Il faut exercer les capacités de LEADS dans un environnement à visage humain, assumer un leadership, mobiliser les autres, obtenir des résultats, créer des coalitions et transformer les systèmes. Un changement positif se produira ».

À la suite du cours d'introduction, les étudiants auraient la possibilité d'apprendre dans un cours de niveau intermédiaire. Ce cours reposerait sur des projets personnels, des dissertations et des possibilités d'assumer un leadership dans des rôles formels et informels menant à un programme de certificat ou diplôme du Collège de médecine. Pour les étudiants qui se passionnent pour ce domaine d'études et qui le voient comme une quête personnelle ou professionnelle, un programme officiel menant à un grade devrait être offert ou encouragé à l'Université de la Saskatchewan ou dans un autre établissement d'enseignement postsecondaire.

- 2) **Intégrer le leadership au curriculum des études médicales prédoctorales.** Le développement d'aptitudes en leadership devrait être formellement et stratégiquement intégré au nouveau programme 2+2. Tout nouveau cours de leadership élaboré devrait être basé sur les deux cadres décrits précédemment : LEADS et les cinq pratiques du leadership de Posner et Kouzes. Tous les projets visant le leadership des étudiants devraient être liés à la compétence Expert médical et aux autres rôles CanMEDS – communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel. Les compétences en leadership des étudiants, y compris les connaissances, les attitudes, les habiletés et les comportements devraient être évaluées à l'aide des outils appropriés. Les possibilités interprofessionnelles d'apprentissage devraient être utilisées de manière à développer le leadership dans le contexte d'une équipe pour tenir compte des paradigmes changeants de la prestation des soins de santé.
- 3) **Donner l'exemple du leadership à l'échelle du Collège.** Les professeurs devraient donner activement l'exemple du leadership à leurs collègues, au personnel et aux étudiants. Pour aider à renforcer les compétences en leadership des professeurs, des ateliers devraient être offerts régulièrement tout au long de l'année scolaire à toutes les personnes intéressées. Les étudiants devraient se voir offrir des occasions d'observer les chefs de file et de créer des liens de mentor-mentoré, et on devrait les encourager à assumer des rôles formels et informels en soins de santé, éducation médicale et leadership communautaire. Afin de s'assurer que l'apprentissage ciblant le leadership durant les premières années (première et deuxième) ne soit pas oublié au cours des années subséquentes (troisième et quatrième), on devrait continuer d'offrir des possibilités de travail et d'apprentissage en matière de leadership au cours des dernières années du premier cycle et durant les années des cycles supérieurs.

Des prix de leadership devraient être créés pour les étudiants et les résidents et attribués durant les événements prestigieux du Collège, de manière à ce que le leadership soit officiellement reconnu et célébré au sein de l'établissement.

UNIVERSITÉ DE L'ALBERTA

Notre programme de formation en médecine encourage le leadership médical en en faisant une composante du curriculum de base. Nous permettons également à tous les étudiants de participer à des occasions d'apprentissage du leadership dans le cadre d'initiatives extérieures au curriculum au sein de la Faculté et avec des intervenants de l'extérieur. Le nouveau programme combiné MD/MBA offre une option additionnelle aux étudiants qui s'intéressent aux systèmes de soins de santé et à l'administration médicale pour leur future carrière. Le développement du leadership au niveau du système et la promotion du changement social font partie des objectifs de notre programme. Un groupe de travail sur le système de santé et la politique de la santé a décrit les objectifs au chapitre du leadership devant être couverts par le curriculum de base. Une activité hors programme de formation au leadership en promotion de la santé a été élaborée afin de permettre une expérience d'apprentissage plus en profondeur pour les étudiants intéressés.

Des possibilités d'exercer un leadership en faisant partie du comité responsable du curriculum ainsi que de sous-comités et de groupes de travail sont disponibles pour les étudiants. Au cours des deux derniers étés, nous avons offert des stages en éducation médicale. Ces stages permettent aux étudiants de participer et, dans plusieurs cas, de diriger l'élaboration d'objectifs et de contenus pédagogiques. Des possibilités d'exercice du leadership existent également au sein de l'association des étudiants en médecine et du conseil étudiant de toutes les professions de la santé.

UNIVERSITÉ DE CALGARY

a. L'année dernière le Dr Grondin (directeur du programme de résidence en chirurgie thoracique) a travaillé avec nos leaders étudiants pour offrir aux étudiants en médecine une série de quatre séminaires sur le leadership. Elle couvrait des sujets essentiels tels : la résolution de conflits, l'autoévaluation et la réflexion, et le style de leadership. Cette activité condense en quatre séminaires (d'une durée d'une heure à une heure et demie) des concepts de haut niveau faisant partie de programmes de plusieurs semaines. Les étudiants qui ont suivi trois des quatre séances ont reçu un certificat de participation pouvant être inclus dans la demande au CaRMS.

UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Nous visons continuellement à encourager le leadership tant dans la formation médicale que dans la pratique. Au fil des ans, nous avons ciblé le renforcement de la capacité au niveau postdoctoral, en augmentant le nombre de places en résidence dans l'ensemble de la Colombie Britannique. Dans notre nouveau programme d'études, des cours flexibles contiendront spécifiquement des leçons sur le leadership à l'intention des étudiants intéressés. Le programme d'études renouvelé intègre également de la formation sur la transformation des systèmes de soins de santé, qui préparera les étudiants à s'adapter au changement du modèle actuel de soins de santé.

APPENDICE

Pour plus de renseignements, veuillez lire les réponses complètes fournies par chaque faculté de médecine canadienne :

UNIVERSITÉ MEMORIAL

Reflecting on 5 years of FMEC MD Innovations

UNIVERSITÉ DALHOUSIE

A Brief Overview of Implementation Activities
Addressing the 10 Recommendations

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

AFMC Bilan des réalisations

UNIVERSITÉ LAVAL

Un Idéal – Oeuvre au mieux-etre de la société

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada

UNIVERSITÉ MCGILL

5 Years of Reflection on Medical Education
Innovation

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

The Impact of FMEC Recommendations at uOttawa,
Faculty of Medicine, MD Program

UNIVERSITÉ QUEEN'S

Report on the Future of Medical Education in
Canada

UNIVERSITÉ DE TORONTO

University of Toronto MD Program – FMEC-MD
Implementation Activities

MICHAEL G. DEGROOTE SCHOOL OF MEDICINE, UNIVERSITÉ MCMASTER

Five Years of FMEC MD at the Michael G. DeGroot
School of Medicine, McMaster University

SCHULICH SCHOOL OF MEDICINE AND DENTISTRY, UNIVERSITÉ WESTERN

FMEC MD Memo from Schulich Medicine at
Western University

ÉCOLE DE MÉDECINE DU NORD DE L'ONTARIO

Northern Ontario School of Medicine and the
FMEC MD Collective Vision

UNIVERSITÉ DU MANITOBA

The Future of Medical Education in Canada (FMEC)

UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN

MD Education at the University of Saskatchewan's
College of Medicine – Looking to the Future

UNIVERSITÉ DE L'ALBERTA

AFMC FMEC Recommendation Implementation
Update – University of Alberta

CUMMING SCHOOL OF MEDICINE, UNIVERSITÉ DE CALGARY

FMEC accomplishments at University of Calgary

UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

The Future of Medical Education in Canada –
UBC Faculty of Medicine



Pour nous contacter

fmec-aemc@afmc.ca

L'Association des facultés de médecine du Canada

265, avenue Carling, bureau 800
Ottawa (ON) K1S 2E1

Tél. : 613-730-0687

Télec. : 613-730-1196

www.afmc.ca