

RAPPORT DE SYNTHÈSE DE LA RÉUNION DU GROUPE  
D'EXPERTS TENUE EN 2008



AVRIL 2008

## RAPPORT DE SYNTHÈSE DE LA RÉUNION DU GROUPE D'EXPERTS TENUE EN 2008

### Remerciements :

Nous tenons à remercier spécialement le Dr Jerry Maniate (Wilson Centre, Université de Toronto), d'avoir produit le présent rapport de synthèse pour le compte de l'AFMC.

© 2008 par l'Association des facultés de médecine du Canada. Tous droits réservés. Le présent matériel peut être téléchargé et imprimé en totalité à des fins éducatives, personnelles ou publiques non commerciales seulement. Pour toute autre utilisation, on doit obtenir la permission écrite de l'Association des facultés de médecine du Canada.

# Table des matières

Introduction	1
Réunion du groupe d'experts	2
Mandat	2
Objectifs de la réunion	3
Activités	4
Établissement du contexte	4
Tendances actuelles et émergentes	5
Envisager l'avenir idéal pour l'éducation médicale au Canada	7
Thèmes émergents : Premières notions dégagées dans le cadre du projet	10
Conclusion	14
Prochaines étapes	14
Annexe 1 : Projet de l'AFMC sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC)	15
Contexte	15
Mandat du projet	15
Échéancier	15
Objectifs du projet	15
Analyse contextuelle	16
Les besoins d'accès aux données pour la formation médicale	16
Forum des jeunes dirigeants	16
Groupe d'experts	16
Consultations avec les facultés de médecine canadiennes	16
Avis du public	16
Forum national	16
Diffusion du projet	17
Évaluation du projet	17
Annexe 2 : Lettre d'invitation	18
Annexe 3 : Liste des participants	20

Annexe 4 : Ordre du jour	22
Objectifs de la réunion	22
Annexe 5 : Sommaire de l’atelier sur les besoins d’accès aux données pour la formation médicale	24
Thèmes principaux : Indicateurs de succès / Vision sommaire /	
Recommandations clés	24
Recommandations critiques	26
Messages clés	26
Annexe 6 : Sommaire de l’édition 2008 du Forum des jeunes dirigeants	27
Thèmes principaux : Indicateurs de succès / Vision sommaire /	
Recommandations clés	27
Recommandations critiques	29
Messages clés	30
Glossaire	31

## Introduction

En 1910, grâce à la contribution financière de la Fondation Carnegie, Abraham Flexner créa ce qui continue à être perçu comme le cadre de l'éducation médicale moderne en Amérique du Nord. Au cours des 100 dernières années, le Canada a continué à promouvoir l'avancement de l'éducation médicale grâce à des contributions marquantes et uniques comme le programme d'apprentissage centré sur les problèmes, le projet de formation des futurs médecins de l'Ontario mis sur pied dans les années 1980 de même que l'élaboration et la mise en œuvre du Cadre de compétences CanMEDS pour les médecins. D'autres percées dans le domaine de l'éducation médicale et l'omniprésence de défis liés à la prestation de soins de santé de qualité nous incitent aujourd'hui à réexaminer le système d'éducation médicale canadien et à aller au-delà des possibilités envisagées par M. Flexner il y a près d'un siècle.

L'Association des Facultés de médecine du Canada (AFMC), la voix nationale des facultés de médecine canadiennes depuis 65 ans dont la mission consiste à assurer la santé des Canadiennes et des Canadiens en favorisant et en appuyant l'excellence en éducation et en recherche en santé, a joué un rôle de meneur afin d'assurer l'imputabilité sociale dans une variété d'activités. L'AFMC a institué le projet sur *L'avenir de l'éducation médicale au Canada* (AEMC) afin d'examiner les défis auxquels fait actuellement face le système d'éducation médicale pré-doctorale (EM pré-doctorale) et d'identifier les défis qui surgiront prochainement. Par l'entremise de ce processus, le projet sur l'AEMC fournira de précieux renseignements dans le cadre du processus décisionnel pour orienter le système d'éducation médicale pré-doctorale au Canada au cours des 100 prochaines années. Veuillez vous reporter à l'Annexe 1 pour plus de détails concernant le projet sur l'AEMC.



## Réunion du groupe d'experts

La première réunion du groupe d'experts s'est déroulée à The Old Mill, à Toronto, le 17 et 18 avril 2008. Le groupe d'experts se composait de membres représentant la collectivité dans son ensemble et ayant été choisis dans le cadre d'un processus de détermination des compétences et de consultations avec des intervenants (reportez-vous à l'Annexe 2 pour la lettre d'invitation et à l'Annexe 3 pour la liste des participants). Y participaient également des membres du Comité directeur du projet de l'AFMC sur *L'avenir de l'éducation médicale au Canada* (AEMC) ainsi qu'un certain nombre d'observateurs invités. Grâce à leur vaste représentation des groupes d'intervenants, les membres du groupe d'experts ont veillé à ce que de multiples perspectives soient exposées durant le processus consensuel visant à déterminer les besoins du système canadien d'éducation médicale. En consultation avec l'AFMC, Helena Axler, animatrice professionnelle de groupes, a élaboré un programme et structuré l'événement sans toutefois limiter la portée de la discussion.

### **Mandat**

Les membres du groupe d'experts s'engagent à :

1. représenter une perspective communautaire en formulant des commentaires durant ce projet d'une durée de 20 mois;
2. revoir des rapports préliminaires émanant des divers groupes d'experts et activités (Groupe sur l'accessibilité et les besoins en matière de données, Forum des jeunes dirigeants, examen de la documentation, entrevues avec des intervenants et consultations au niveau international);
3. fournir des commentaires concernant les principaux enjeux en matière d'éducation médicale pour l'avenir;
4. aider à l'élaboration de principes préliminaires concernant des changements à apporter à l'éducation médicale au Canada;
5. participer au forum national, qui aura lieu au début de 2009. Le forum national réunira un groupe d'éducateurs du domaine médical, notamment des doyens des facultés de médecine et des sciences de la santé ainsi que d'autres intervenants principaux, afin d'analyser les résultats du projet, en discuter collectivement et réfléchir à l'impact qu'ils devraient exercer et qu'ils exerceront sur l'éducation médicale dans le futur. Grâce à leur participation, les membres du groupe d'experts contribueront activement à une discussion de haut niveau et émettront des conseils quant aux prochaines étapes.



## Objectifs de la réunion

- Orienter les membres du groupe d'experts vers le contexte global de la formation médicale au Canada et les familiariser au travail réalisé dans le cadre du projet sur *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC)*.
- Consulter les membres du groupe d'experts (dans le cadre des cellules thématiques) en leur qualité de représentants d'une « perspective communautaire » pancanadienne.
- Revoir le travail accompli jusqu'à maintenant, notamment les premiers résultats / thèmes émergents, et le commenter.
- Susciter un dialogue et une réflexion préliminaire sur les recommandations potentielles portant sur la modification du système d'éducation médicale canadien.
- Élaborer une stratégie portant sur les prochaines étapes et nous préparer pour la prochaine réunion et le Forum national.

Après la réunion initiale, on a créé le présent rapport de synthèse pour décrire et résumer les travaux réalisés dans le cadre de l'atelier. Il servira d'une part comme résultat de l'initiative portant sur *L'avenir de l'éducation médicale au Canada*, mais également de plan pour le travail futur de l'AFMC. Les membres du groupe d'experts participeront également à un Forum national dont la date de tenue provisoire a été fixée à la fin 2009.



# Activités

## Établissement du contexte

La réunion du groupe d'experts a débuté par une activité de réseautage suivie de l'allocution de bienvenue du Dr Nick Busing (président directeur-général de l'AFMC) et des commentaires émis par Helena Axler pour jeter les bases de la discussion. Une tournée de présentations a donné aux participants une idée des perspectives présentées durant la réunion.

Le Dr Busing a fourni de précieux renseignements généraux aux membres du groupe d'experts et leur a présenté le projet sur l'AEMC de l'AFMC. La présentation mettait l'accent sur le mandat actuel et les objectifs de l'éducation médicale de même que sur la façon dont l'imputabilité sociale est liée à ce système. Par exemple, en utilisant les définitions des valeurs sociales fondamentales (pertinence, qualité, rentabilité et équité), le Dr Busing a expliqué comment ces valeurs sociales étaient liées à l'éducation, à la recherche et au service (la fonction tripartite des facultés de médecine). Le Dr Busing a également mis l'accent sur un certain nombre d'initiatives de l'AFMC en matière d'imputabilité sociale qui ont été développées depuis la publication, en 2002, de son guide intitulé *Imputabilité sociale – Une vision pour les facultés de médecine du Canada*. Les renseignements contextuels comprenaient également le fait de situer la réunion du groupe d'experts dans le contexte global du projet sur l'AEMC de l'AFMC en revoyant le travail accompli jusqu'à maintenant et les prochaines étapes. Veuillez vous reporter à l'Annexe 1 pour une description plus détaillée du projet sur l'AEMC.

Durant la session initiale, on a également fourni aux participants des renseignements supplémentaires concernant le système d'éducation médicale au Canada, notamment un examen des tendances actuelles concernant les inscriptions dans les facultés de médecine, les défis de l'éducation médicale hors les murs, les diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU) ainsi que l'étendue du système (notamment le processus d'admission, l'éducation médicale pré-doctorale (EM pré-doctorale), l'éducation médicale post-doctorale (EM post-doctorale), l'agrément, le permis d'exercer et la pratique).

Les membres du groupe d'experts ont participé à une discussion dirigée dans le cadre de laquelle on leur a demandé de déterminer les tendances actuelles et nouvelles qui façonneront l'avenir de l'éducation médicale avant de commencer à envisager un avenir idéal pour l'éducation médicale au Canada par le biais d'une table ronde. Les participants à la réunion ont consacré le reste du temps à l'élaboration des principes qui seront utilisés pour orienter le renouveau de l'éducation médicale au Canada. Veuillez vous reporter à l'Annexe 3 pour le programme détaillé de l'atelier. Vous trouverez en outre à la fin du rapport un glossaire d'acronymes dont vous ignorez peut-être la signification.



## Tendances actuelles et émergentes

On a demandé aux membres du groupe d'experts de répondre aux questions suivantes afin de stimuler le dialogue sur les tendances actuelles et émergentes façonnant l'avenir du système d'éducation médicale au Canada.

*« Alors que nous examinons la forme que pourra prendre l'éducation médicale au Canada en 2028 dans le cadre d'une réflexion sur les besoins de société changeants, quels enjeux, défis principaux et possibilités vous viennent à l'esprit? »*

*« Alors que nous envisageons l'avenir de l'éducation médicale au Canada, quelles hypothèses pratiques pouvons-nous émettre concernant les milieux professionnel, de réglementation et économiques? »*

*« Alors que nous pensons au renouveau de l'éducation médicale, de quels autres secteurs, industries ou régions pouvons-nous apprendre? »*

*« Dans l'ensemble, quelles sont selon vous les principales tendances de notre milieu en évolution les plus susceptibles d'influencer l'avenir de l'éducation médicale au Canada et d'y contribuer? »*

### Enjeux / défis principaux / occasions déterminés :

#### (1) Système de soins de santé canadien :

- (a) On a beaucoup discuté, à la fois au sein de la profession, mais également au niveau de la société, de la prestation de soins privés par opposition aux soins publics. Il faudra déterminer et examiner les points suivants : publicisation des soins primaires; leviers vers les soins publics; nouveaux modèles de rémunération et de pratique; point de vue longitudinal du patient.
- (b) Le coût du système de soins de santé continuera à augmenter en raison des facteurs suivants : population vieillissante; augmentation des coûts des médicaments et de la gestion; écart grandissant entre l'augmentation des revenus gouvernementaux (2 à 3 % par année) et l'augmentation des frais liés aux soins de santé (6 % par année) qui ne correspond pas aux autres secteurs de dépenses du gouvernement. Pendant leur formation, les médecins devraient : comprendre le contexte et les contraintes du système; comprendre leur responsabilité face au système.

#### (2) Patients :

- (a) On assistera à un changement permanent quant à la population de patients (diversité accrue et multiculturalisme, données démographiques et vieillissement, droits de la personne). Par exemple, dans l'Ouest canadien, la population autochtone est en plein essor et constitue une part de plus en plus importante de la main-d'œuvre.

- (b) Les citoyens doivent être en mesure de jouer un rôle plus important en ce qui a trait à la planification de leur santé et au contexte entourant leurs fournisseurs de soins de santé, grâce à l'utilisation de ressources telles que l'Internet.
- (3) **Mondialisation / internationalisation** : Ces tendances joueront un rôle significatif dans la libre circulation des gens et des maladies. Par exemple, le Canada continuera à accueillir un grand nombre d'immigrants de partout au monde, ce qui modifiera ses données démographiques et son aspect multiculturel.
- (4) **Collectivités canadiennes** : On continuera à noter des différences entre les collectivités canadiennes, notamment : milieu urbain par opposition à rural/éloigné/régions du Nord; niveaux élevés de croissance et de vivacité culturelle par opposition à un exode et à une stagnation; communautés des Premières nations/inuites par opposition à d'autres communautés.
- (5) **Déterminants sociaux de la santé** : Il nous faudra veiller à avoir un équilibre entre les compétences et le savoir et ce qui fait que les gens et les professionnels de la santé soient en santé. Nous devons explorer le rôle de l'environnement et du contexte dans la détermination de la santé des individus, et ne pas nous fier uniquement à la génétique. Nous devons créer un modèle qui structure le système de manière à ce qu'il soit principalement axé sur les soins primaires, la santé publique, la prévention des maladies et la santé mentale.
- (6) **Étudiants en médecine** : Les stagiaires deviendront des cliniciens, des éducateurs, des chercheurs, des administrateurs et des fonctionnaires. On estime qu'environ 10 à 15 % d'entre eux quitteront la pratique clinique. Nous devons étudier et comprendre les implications de la féminisation de la profession (60 % des étudiants qui arrivent).
- (7) **Éducation et formation** : On doit davantage discuter des questions et des enjeux que les éducateurs en médecine ont tenté de soulever au cours des années et qui ont suscité une importante résistance. Par exemple, qui forme les médecins et qui les paye? Comment allons-nous traiter la question du perfectionnement professionnel? Pouvons-nous demander à des médecins « chevronnés » de servir de mentors à de « jeunes » enseignants? De quel type de rôle(s) le médecin de l'avenir devra-t-il s'acquitter? En outre, des écarts se creuseront encore davantage dans le système d'éducation médicale entre les secteurs géographiques en ce qui a trait à l'accès aux richesses, à l'infrastructure, aux ressources et à l'industrie.
- (8) **Ressources humaines en santé** : Nous devons répartir les médecins afin de répondre aux besoins en santé de la collectivité, en traitant des points suivants : droit à la mobilité du médecin; identification des collectivités ayant des besoins élevés (collectivités rurales par opposition à des collectivités urbaines, à des communautés des Premières nations); exploration de l'utilisation de mesures incitatives pour encourager les médecins à se rendre dans des collectivités ayant des besoins élevés. Nous devons également étudier qu'elle sera la meilleure façon d'intégrer des professionnels de la santé immigrants dans le système de soins de santé canadien. Il pourra s'agir d'élaborer des programmes de mentorat ou d'assurer une meilleure intégration au sein de la population canadienne.
- (9) **Économie** : Nous devons établir des partenariats et des relations entre les patients et les fournisseurs de soins afin de coupler la création et l'innovation au secteur des soins de santé qui utilise ces produits.

(10) **Changement en matière d'éducation / Leadership:** Un thème commun ou un fil conducteur durant les discussions des membres du groupe d'experts consistait à savoir dans quelle mesure les choses doivent rester les mêmes par opposition à des changements cumulatifs ou à des changements fondamentaux/de transformation.

### **Envisager l'avenir idéal pour l'éducation médicale au Canada**

Dans le cadre de tables rondes, les participants ont discuté d'une série d'énoncés et de questions proposés. Au terme de la discussion, les différents groupes se sont réunis pour formuler une vision élaborative du système d'éducation médicale au Canada.

#### **Énoncé n° 1 : « Aucun système de soins de santé excellent ne serait complet sans les éléments suivants : »**

- Penser à la prévention des maladies et à la promotion de la santé plutôt que de simplement traiter les cas individuels. Cela demande un système possédant de solides composantes en santé publique et en soins primaires.
- Créer un système harmonieux :
  - juste et équitable et auquel on peut accéder en temps opportun;
  - maniable ou qui s'adapte rapidement aux données démographiques, à la diversité culturelle et aux changements au sein de la société;
  - qui possède la capacité de traiter les maladies actuelles et nouvelles;
  - qui incorpore des soins interprofessionnels;
  - qui met en pratique la médecine factuelle pour assurer la qualité des soins dispensés aux patients;
  - qui est axé sur les citoyens et dicté par eux (commentaires de la collectivité, démocratie, questions d'autorégulation);
  - qui examine toutes les méthodes possibles de prestation de soins de santé aux patients (modèles privé et public);
  - qui s'harmonise aux besoins du public, requérant donc continuellement les données nécessaires pour déterminer les besoins actuels et projetés du public avant d'instituer les changements.
  - qui examine d'autres méthodes de financement, notamment :
    - le rôle de la commercialisation;
    - l'accès à des mises en commun de capitaux de l'État (p. ex., Régime de pensions du Canada, Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario, caisse, etc..).
- Veiller à la qualité et à la sécurité (contrôle, paramètres, sécurité, perspective systémique).
- Développer un plan de ressources humaines en santé approprié :
  - qui explore l'harmonisation de l'offre et de la demande;
  - veille à l'existence d'un nombre approprié de médecins et d'autres professionnels de la santé;
  - veille à l'existence d'un équilibre entre les spécialistes et les fournisseurs de soins primaires;
  - assure un équilibre entre les secteurs urbains et ruraux.
- Élaborer un plan de durabilité (adaptation de nouvelles technologies, produits, procédés).
- Sensibiliser le public et les fournisseurs au fait que le système de santé est un continuum de services et de connaissances portant sur la manière de changer les aspects du système.

**Énoncé n° 2 : « Aucun excellent système d'éducation médicale ne serait complet sans les éléments suivants : »**

- Attention apportée à toutes les caractéristiques requises
  - Rôle des critères de sélection.
  - Des notes élevées ne sont pas suffisantes; nous avons besoin de professionnels ayant du « cœur ».
  - Nous avons besoin de cliniciens chevronnés qui font preuve de sympathie/d'empathie, connaissent les limites et possèdent de solides compétences interpersonnelles leur permettant d'orienter leurs patients vers d'autres professionnels.
  - Explorer l'attitude des candidats pour déterminer la pertinence de la formation médicale (par exemple, consentement face à un apprentissage permanent).
- Bon enseignement et bonne recherche.
- Accès égal des étudiants aux membres du corps professoral, ce qui peut potentiellement avoir des implications sur l'éducation médicale hors les murs (EMHM).
- Être à l'écoute des besoins de populations diverses en choisissant et en formant les bonnes personnes.
- Appuyer le généralisme.
- Explorer les autres modèles (p. ex., programme de MBA pour cadres) pour l'éducation permanente et la formation spécialisée.
- Comprendre que nous vivons dans un monde en pleine évolution, que le médecin doit faire partie d'une équipe et qu'il est possible qu'il ne soit plus responsable. Nous devons former les médecins pour qu'ils soient des meneurs dans une équipe et des participants actifs au sein d'équipes interprofessionnelles composées d'infirmières, d'autres professionnels de la santé, de patients, de parents. Nous devons également explorer le rôle des autres fournisseurs (p. ex., acupuncteurs, chiropraticiens, etc.) vers qui se tournent les patients.
- Former les stagiaires à penser en fonction du système et des modifications apportées au système.
- Étudier l'écart entre la formation à la direction des médecins et le rôle significatif que peuvent jouer les médecins en tant qu'instigateurs du changement et utilisateurs des leviers du changement. Les médecins doivent comprendre qu'un changement va se produire et qu'ils doivent se montrer résilients et participer au changement. Les médecins peuvent être des agents d'un changement positif et devraient disposer des compétences nécessaires pour s'acquitter de ce rôle.
- Gérer les attentes de la société.
- Explorer l'état actuel et futur du professionnalisme médical.
- Traiter de l'évolution des caractéristiques démographiques des facultés de médecine (femmes, étudiants adultes, familles, etc.).
- Veiller à la qualité globale des facultés de médecine.
- Comprendre que le système d'éducation médicale est au service du public et que par conséquent, son rôle doit évoluer selon les besoins du public.

**Énoncé 3 : « Quels sont vos plus grands espoirs à l'endroit de l'éducation médicale et du type de médecins que nous allons former pour permettre la réalisation de l'avenir que vous entrevoyez pour notre système de soins de santé et la santé et les soins améliorés des Canadiens? »**

- Les médecins :
  - bénéficieront d'une formation interculturelle;
  - s'adapteront au changement (souplesse et résilience);
  - agiront comme modèles de rôles dans la société. Par conséquent, nous devons continuer à attirer les meilleurs éléments dans la profession.
- Nous devons démontrer que ce que nous faisons au sein du système de soins de santé est le mieux.
- Il n'existe pas de solution « universelle »; le système doit donc être en mesure de s'adapter à diverses variables.

**Énoncé n° 4 : « Quelles sont selon vous les principales priorités qui nous permettront de réaliser ce système d'éducation médicale? »**

- Nous devons élargir les critères de sélection afin d'inclure ceux qui démontrent des qualités de « cœur » et sont le reflet de la diversité (culturelle, régionale, etc.) de notre société.
- Nous avons besoin d'un système souple et adaptable répondant aux besoins du public.
- Les médecins doivent faire preuve de souplesse et d'adaptabilité et être à l'aise avec les changements.
- La santé publique et les soins primaires sont deux éléments primordiaux du système.
- Nous devons étudier tous les modèles de prestation de soins de santé pour nous assurer de répondre aux besoins du public.
- Nous devons faire preuve de leadership et de capacité de changement.
- Ressources (\$\$\$, davantage de médecins et de facultés / créneaux).
- On doit accepter les réalités futures, notamment :
  - l'existence d'un changement de génération;
  - le fait que les médecins ne travailleront pas 24 heures sur 24, ce qui peut avoir d'importantes implications sur la planification des ressources humaines en santé.
- Nous devons assister à un transfert d'attitude à la fois au sein de la profession et du public afin d'être ouverts au changement.
- Les soins médicaux sont très différents de ceux offerts aux générations passées en raison de la prévalence de l'obésité et de la dépendance accrue de la société à l'égard des médicaments.
- Un appui politique étant requis, nous devons mettre en place une stratégie de couloir / de défense des intérêts et nous montrer assez courageux pour procéder aux changements nécessaires à grande échelle.
- Nous devons déterminer les éléments moteurs des changements et les leviers du changement.
- Nous devons étudier les éléments qui incitent ou découragent les gens à rejoindre les rangs de la profession, notamment :
  - l'accès aux prêts étudiants / bourses / subventions;
  - les mécanismes permettant d'accroître l'accès.

## **Thèmes émergents : Premières notions dégagées dans le cadre du projet**

### *Mise à jour et analyse du contexte – Examen de la documentation et entrevues*

Une fois les sessions de groupe terminées, le Dr Busing a effectué une brève présentation sur les points saillants préliminaires du processus d'examen de la documentation effectué par le Wilson Centre et le CPASS. Son allocution se composait d'une présentation et d'une brève discussion concernant les points suivants :

#### **A. Contenu du programme d'études**

- Les concepts d'amélioration de la qualité
- La place de la communication dans la pratique médicale
- L'enseignement des techniques de résolution de conflits
- Les défis de la collaboration interprofessionnelle
- L'imitation de rôles négative
- La place des lettres et sciences humaines et des sciences sociales dans le programme d'études des facultés de médecine
- L'incorporation du professionnalisme dans le processus d'admission et dans le programme d'études
- La formation en santé de la population
- Les modèles de soins ambulatoires efficaces
- Les pratiques exemplaires en matière de gestion des maladies chroniques
- L'accent sur les soins communautaires

#### **B. Enjeux pédagogiques influant sur le système d'éducation médicale**

- Le rôle en pleine évolution du Centre universitaire des sciences de la santé (CUSS) et de l'enseignement au sein de la collectivité
- Le programme d'études temporel par opposition à basé sur les compétences
- La mise en œuvre de l'éducation interprofessionnelle
- L'éducation axée sur la simulation
- L'éducation médicale hors les murs (EMHM) et la recherche
- L'adaptation du système d'éducation en vue de répondre aux besoins de la situation
- Les attentes à l'égard du comportement professionnel
- Être à l'écoute des collègues
- La formation en matière de mieux-être
- La formation professionnelle améliorée
- Le suivi de la qualité et de l'efficacité des outils d'évaluation et des programmes
- Les outils relatifs à des secteurs difficiles d'accès

#### **C. Les mécanismes de la médecine et de l'éducation médicale**

- Rôle des résidents au sein de l'éducation médicale pré-doctorale
- Rôle de l'éducation médicale pré-doctorale au sein du CUSS
- Rôle des enseignants cliniques
- Réflexions sur le monde qui nous entoure – société et pratique
- Tirer profit de la médecine externe



- Le programme d'études caché
- L'empathie et la pratique centrée sur le patient

#### **D. Enjeux externes jouant sur le système d'éducation médicale**

- Planification en ressources humaines
- Vision globale
- Politiques relatives à l'admission – type d'étudiants
- Adaptation du programme d'études aux découvertes scientifiques
- Preuves et découvertes scientifiques par opposition à observation, expérience et culture locale

#### **E. Concepts d'ordre supérieur**

- Poursuite de la recherche en éducation médicale afin d'appuyer l'innovation
- Exposition à la recherche quantitative et qualitative
- Application des connaissances à titre de compétence essentielle, intégrée dans le programme d'études
- Rôle du mentorat
- Approches interprofessionnelles fondée sur une équipe dans l'éducation et la recherche médicale
- Stratégies d'enseignement et d'apprentissage afin de promouvoir un apprentissage permanent

Les membres du groupe d'experts ont déterminé quelques préoccupations concernant le processus jusqu'à maintenant, notamment la nécessité :

- d'avoir une stratégie de mise en œuvre;
- d'avoir l'appui des intervenants.
- d'identifier quelques éléments clés qui constitueront les leviers du changement;
- d'étudier d'autres cultures et d'autres pays (p. ex., la France, le Japon, la Scandinavie, l'Europe);
- d'opter pour une réflexion plus élevée concernant le système.

#### ***Dernières nouvelles concernant l'atelier sur les besoins d'accès aux données pour la formation médicale – Mars 2008***

La réunion a réuni des intervenants afin de déterminer et de prioriser les besoins d'information en matière d'éducation médicale pour l'avenir du système d'éducation médicale canadien. On a demandé aux participants d'articuler une vision pour chacun des secteurs du projet sur l'AEMC en ce qui a trait aux besoins d'information en matière d'éducation médicale. Pour amener cet exercice de visualisation encore plus loin, on a demandé aux participants de déterminer des indicateurs précis qui signaleraient la réalisation de cette vision. Reportez-vous à l'Annexe 4 pour un résumé des discussions tenues dans le cadre de la réunion.

#### ***Dernières nouvelles concernant l'édition 2008 du Forum des jeunes dirigeants (FJD) – Mars 2008***

En mars 2007, l'AFMC a convoqué le premier FJD afin d'identifier une vision relative aux systèmes de santé au Canada en 2027. L'objectif visé durant l'édition 2007 du FJD consistait à étudier la vision, les idées, les plans et les préoccupations de ceux qui agiront comme des agents du changement au sein du système de soins de santé canadien au cours des années à venir.

Le deuxième FJD s'est tenu en mars 2008 afin de discuter de l'avenir du système d'éducation médicale canadien. On a demandé aux participants de proposer des indicateurs mesurables précis à l'intérieur des secteurs thématiques puis de commenter la manière dont ils envisageaient le système d'éducation

médicale dans le futur. Reportez-vous à l'Annexe 5 pour un résumé des discussions tenues dans le cadre de l'édition 2008 du FJD.

### *Dernières nouvelles concernant les consultations tenues au Royaume-Uni*

Les docteurs Jay Rosenfield et Angela Towle ont effectué une présentation sur leur récent séjour au Royaume-Uni où ils ont visité trois facultés de médecine et effectué des entrevues avec des intervenants clés du General Medical Council (GMC) et d'autres organismes. Ils ont parlé des deux plus récentes facultés de médecine (2000 et 2001), mises sur pied par le R.-U. pour répondre à la demande accrue de médecins. Ces facultés ont une réputation de souplesse et d'adaptabilité et ne possèdent ni tradition ni structure traditionnelle de département clinique qui pourrait entraver l'innovation.

### **Façonner les principes afin d'orienter le renouveau de l'éducation médicale au Canada**

Les participants étaient répartis en nouveaux groupes au sein desquels tant les membres du groupe d'experts que les membres du Comité directeur ont collaboré afin d'élaborer des principes visant à orienter le renouveau de l'éducation médicale. Les groupes ont fait le point sur leurs discussions afin d'identifier les secteurs de convergence et de divergence, s'efforçant de confirmer un ensemble de principes de départ. Afin de nous assurer de leur pertinence, ces principes seront soumis à l'étude d'organismes clients d'envergure dans le cadre de consultations permanentes et futures.

Les principes suivants pourraient figurer sur la liste préliminaire :

- L'accent sur la compréhension du système de soins de santé et de la politique (dans le contexte sociétal et international).
- Une philosophie de changement continu qui tolère l'ambiguïté et favorise un esprit d'interrogation, d'entrepreneuriat et d'innovation.
- La transparence du système d'éducation médicale et sa responsabilité à l'égard du public, notamment le partage de la responsabilité avec le public.
- Une philosophie d'amélioration continue qui comprend :
  - l'évaluation;
  - la communication ouverte / la collaboration;
  - des mesures incitatives encourageant les changements.
- La diversité des expériences de formation associée à une intégration interdisciplinaire efficace.
- L'harmonisation avec des partenaires en vue de faire progresser les programmes mutuels.
- La promotion exhaustive de la santé grâce à l'établissement et à l'appui de solides systèmes de soins primaires et de santé publique.
- L'éducation médicale réceptive à la diversité (culturelle, géographique, démographique).
- L'éducation médicale intégrée à l'éducation d'autres professionnels de la santé.
- L'harmonisation de l'éducation médicale aux besoins changeants du public.
- L'éducation médicale habilitée à être un puissant agent de changement.
- L'utilisation optimale des ressources et de la responsabilité en matière de qualité.
- Les modèles favorisant l'accès aux médecins ou aux autres professionnels des soins de santé, dans les secteurs sous-desservis (y compris, mais sans y être limités, les régions rurales et éloignées).
- La souplesse du corps professoral. Les enseignants comprennent qu'ils sont des modèles de rôles et qu'ils vont utiliser des approches centrées sur l'étudiant. Ils créeront également des milieux d'apprentissage optimaux.

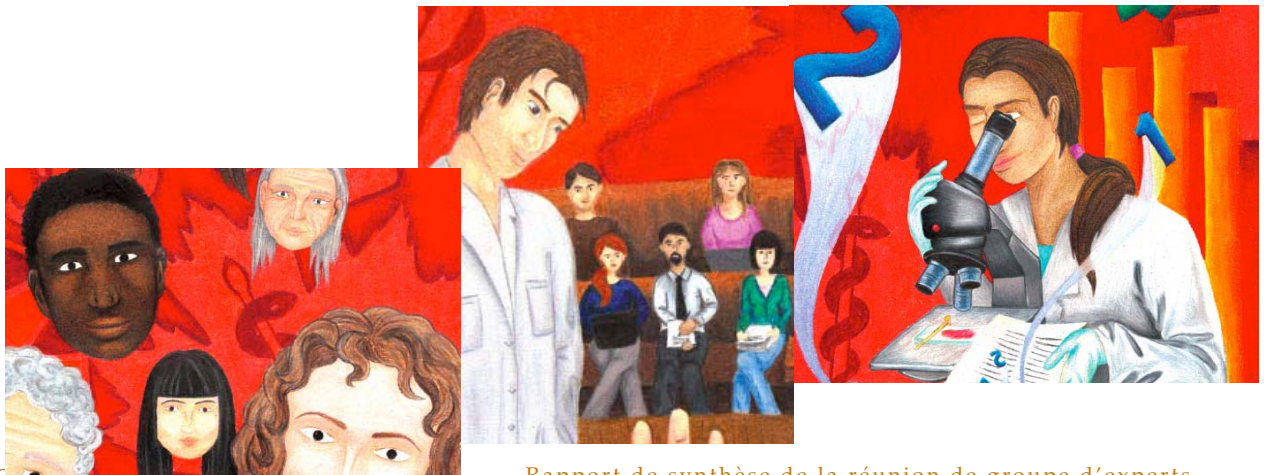
- La souplesse des étudiants :
  - ils font preuve de résilience, de souplesse, d'adaptabilité et de professionnalisme;
  - ils mettent en pratique une approche de soins holistique;
  - ils pratiquent la médecine axée sur les patients;
  - ils participent activement à une approche d'équipe pour les soins aux patients;
  - ils sont prêts à tolérer l'ambiguïté.
- L'équilibre entre la formation des généralistes et des spécialistes.
- L'appui relatif à la gestion de la pratique et à l'éducation relativement au domaine de la médecine.
- Le contexte de l'éducation clinique qui inspire la pratique que nous visons.
- Les facilitateurs de haut niveau pour un important changement positif, notamment :
  - la collaboration :
    - codifier la connaissance (programme d'études) qui a un impact plus vaste (non seulement pour les étudiants, mais pour le public);
    - élaborer et mettre en œuvre des outils Internet (généralistes, spécialistes, populations);
    - élaborer et mettre en œuvre un programme d'études de base pour les sujets spéciaux / convergents (p. ex., santé des Premières nations/Inuits/Métis);
    - identifier les attributs du succès (nouveau sujet, important, technohabilitation, économie).
  - l'accessibilité à tous les niveaux :
    - veiller à la diversification du corps étudiant (statut socio-économique, présence autochtone, langue);
    - traiter 1) de la durée, 2) du coût, 3) de la ligne de ravitaillement (programmes de sensibilisation du public, besoins en ressources);
    - élaborer et mettre en œuvre un programme structuré : ressources, reconnaissance des besoins.
  - le marketing social :
    - promouvoir les messages suivants :
      - les déterminants de la santé;
      - l'utilisation efficace du système de santé.
  - la technique de l'histoire à venir :
    - par exemple, l'histoire de l'imputabilité sociale.

# Conclusion

## Prochaines étapes

Pour poursuivre sur la lancée de la présente réunion :

- Les « Propos recueillis sur le vif » reflèteront les éléments oraux et écrits du jour sous forme d'un compte rendu exhaustif. Ce rapport sera affiché sur le site Web de l'AFMC dans le cadre du projet sur l'AEMC et constituera un élément livrable du projet. Ce site Web sera inauguré sous peu et on y retrouvera tous les documents publics portant sur le projet.
- Un rapport de synthèse sera produit et distribué aux participants à l'atelier qui détermineront s'il reflète bien les discussions.
- Une fois la révision du rapport de synthèse terminée, ce rapport sera affiché sur le site Web de l'AFMC.
- Les membres du Comité directeur de l'AFMC reverront les Principes du changement à l'intention des facultés de médecine canadiennes et autres données d'entrée afin de raffiner les principes préliminaires.
- Au début de l'automne, on procèdera à la tenue d'une téléconférence pour discuter des principes et des autres documents affichés sur le site Web de l'AFMC concernant le projet sur l'AEMC.
- En janvier 2009, on tentera de planifier la prochaine réunion en personne du groupe d'experts à Toronto afin de revoir et de peaufiner les principes préliminaires.
- On planifiera un Forum national qui se tiendra à Ottawa en mars 2009. Au total, 100 intervenants seront invités à discuter des principes et des autres résultats attendus découlant du projet sur l'AEMC de l'AFMC afin de déterminer les prochaines étapes du changement.
- Le projet sur l'A EMC prendra fin d'ici le 29 mars 2009.



AFMC

Rapport de synthèse de la réunion de groupe d'experts

# Annexe 1 : Projet de l'AFMC sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC)

En 1910, grâce à la contribution financière de la Fondation Carnegie, Abraham Flexner créa ce qui continue à être perçu comme le cadre de l'éducation médicale moderne en Amérique du Nord. Au cours des 100 dernières années, le Canada a continué à promouvoir l'avancement de l'éducation médicale grâce à des contributions marquantes et uniques comme le programme d'apprentissage centré sur les problèmes, le projet de formation des futurs médecins de l'Ontario mis sur pied dans les années 1980 de même que l'élaboration et la mise en œuvre du Cadre de compétences CanMEDS pour les médecins. D'autres percées dans le domaine de l'éducation médicale et l'omniprésence de défis liés à la prestation de soins de santé de qualité nous incitent aujourd'hui à réexaminer le système d'éducation médicale canadien et à aller au-delà des possibilités envisagées par M. Flexner il y a près d'un siècle. Le projet sur l'AEMC a vu le jour en réponse à l'évolution de la nature de l'éducation médicale au Canada.

## Mandat du projet

Procéder à un examen approfondi de l'éducation médicale au Canada afin de promouvoir l'excellence dans le cadre des soins dispensés aux patients en réformant le système d'éducation médicale (dans l'ensemble du programme d'études) lorsque la situation l'exige et que cela s'avère essentiel.

## Échéancier

Inauguré le 1<sup>er</sup> octobre 2007, ce projet financé par Santé Canada prendra fin le 31 mars 2009.

## Objectifs du projet :

- Doter les médecins des connaissances, compétences, attitudes et valeurs leur permettant d'offrir des soins médicaux de haute qualité et de répondre aux besoins en pleine évolution de la société.
- Par le biais de l'éducation médicale, s'attaquer à la question de la formation des médecins au Canada pour veiller à atteindre un équilibre entre généralistes et spécialistes.
- Veiller à ce que des secteurs comme la bioéthique, le professionnalisme, les aptitudes à la communication et l'approche relative à la santé de la population bénéficient de la même attention que certains autres aspects de l'éducation médicale.
- Déterminer les ressources nécessaires pour appuyer les changements dans le domaine de l'éducation médicale.

## Analyse contextuelle

Le projet sur l'AEMC examinera de façon exhaustive le système d'éducation médicale canadien par le biais d'une **analyse contextuelle** qui pourra être effectuée grâce à un partenariat avec le *Wilson Centre* de l'Université de Toronto et le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de l'Université de Montréal. Cette analyse contextuelle comprend un examen de la documentation, des entrevues et des exercices de synthèse avec les principaux intervenants, ainsi qu'un accent sur les thèmes clés suivants : 1) contenu du programme d'études; 2) enjeux pédagogiques influant sur le système d'éducation médicale; 3) philosophie (s) de la médecine et de l'éducation médicale; 4) questions externes touchant le système d'éducation médicale et 5) concepts d'ordre élevé. Ces secteurs thématiques englobent plusieurs facettes de l'éducation médicale pré-doctorale (EM pré-doctorale) au Canada. Par exemple, on étudiera la santé de la population et l'intra-professionnalisme dans le cadre de l'examen du programme d'études. L'éducation médicale hors les murs et la formation professorale seront couvertes

par l'examen de la pédagogie. On examinera la diversité du corps étudiant en médecine et les besoins relatifs aux ressources humaines en santé dans le cadre de l'examen des enjeux externes. Ce sont là des exemples des nombreux éléments sur lesquels se pencheront les membres du projet sur l'AEMC.

Outre l'analyse contextuelle, le projet sur l'AEMC comprendra également les composantes suivantes qui permettront de recueillir des données et commentaires supplémentaires des intervenants : l'édition 2008 du Forum des jeunes dirigeants de l'AFMC; la création d'un groupe d'experts; une série de consultations internationales (Royaume-Uni, États-Unis); la tenue d'un atelier sur l'accessibilité et les besoins en matière de données relatives à l'éducation médicale.

### **Les besoins d'accès aux données pour la formation médicale**

En mars 2008, les intervenants se sont réunis dans le cadre d'un atelier afin de discuter les besoins d'accès aux données pour la formation médicale au futur système d'éducation médicale au Canada. Pour aider à encadrer la discussion initiale, on a demandé aux participants de revoir les thèmes du projet sur l'AEMC dans la perspective des besoins en matière d'information. Durant l'atelier, les participants ont dû définir des besoins précis et des indicateurs mesurables en matière d'information dans le cadre des secteurs thématiques et en arriver à un consensus entourant le besoin d'information et de données prioritaires relativement au système canadien d'éducation médicale. On leur a également demandé de suggérer des stratégies pouvant répondre à ces besoins en matière d'information et de données et d'orienter l'AFMC dans son travail futur de collecte de données.

### **Forum des jeunes dirigeants**

Les participants au Forum des jeunes dirigeants se sont réunis en mars 2008 pour discuter de l'avenir du système d'éducation médicale au Canada du point de vue des futurs dirigeants du système de soins de santé canadien. Afin d'aider à encadrer la discussion initiale, on a remis aux participants un sommaire de thèmes découlant du projet sur l'AEMC, puis, durant l'atelier, on leur a demandé de proposer des indicateurs mesurables précis à l'intérieur des secteurs thématiques. Ils devraient également commenter la manière dont ils envisageaient l'avenir du système d'éducation médicale.

### **Groupe d'experts**

Les participants du groupe d'experts représenteront la collectivité dans son ensemble et seront déterminés par le biais d'un processus d'identification des compétences et de consultations avec des intervenants. Les membres du groupe se rencontreront en avril 2008 pour revoir les résultats de l'analyse contextuelle et en discuter et pour analyser les recommandations possibles en matière de changement. Ils participeront également au Forum national, qui devrait, selon les prévisions actuelles, se tenir à la fin de 2009.

### **Consultations avec les facultés de médecine canadiennes**

L'AFMC amènera les facultés de médecine canadiennes à participer à un processus consultatif afin de discuter des principes recommandés en vue du changement, de commencer à développer un appui et d'en arriver à un consensus.

### **Avis du public**

Durant la prochaine année, on sondera l'avis du public dans divers lieux et grâce à diverses méthodes.

### **Forum national**



L'AFMC organisera un forum d'éducateurs en médecine et autres intervenants clés à la fin de 2009 afin d'analyser les résultats du projet sur l'AEMC. Ce forum donnera aux participants l'occasion de discuter collectivement des résultats du projet sur l'AEMC et de réfléchir à la nature de l'impact qu'ils devraient avoir sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada. Le forum sera également l'occasion d'en arriver à un consensus sur la situation actuelle et de passer à l'étape suivante.

#### **Diffusion du projet**

Vous aurez accès en continu au processus de collecte de données et d'élaboration des principes préliminaires sur le site Web de l'AFMC.

#### **Évaluation du projet**

Un évaluateur indépendant élaborera un plan d'évaluation dès le début du projet sur l'AEMC. On procédera à une évaluation à mi-parcours pour permettre de rajuster les activités ainsi qu'à une évaluation finale qui sera partagée avec tous les participants.

## Annexe 2 : Lettre d'invitation



**AFMC**

The Association of Faculties of Medicine of Canada  
L'Association des facultés de médecine du Canada

Le jeudi 28 février 2008

Monsieur ou Madam,

Je vous écris pour vous inviter à participer à un nouveau projet innovateur que l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) s'est engagée à mener à terme. D<sup>r</sup> Jean Rouleau, doyen de la faculté de médecine de l'université de Montréal, a tenté de vous rejoindre par téléphone à ce sujet mais n'a pas pu vous rejoindre puisque vous êtes en dehors du pays. Le projet est financé par Santé Canada et il s'intitule *L'avenir de l'éducation médicale au Canada*. À cette fin, nous voulons constituer un groupe d'experts nationaux représentant divers secteurs autres que la santé qui agiront à titre consultatif et formuleront des commentaires afférents à cette initiative d'envergure. Les membres de notre comité directeur ont suggéré votre nom et je vous écris pour vous inviter personnellement à vous joindre à notre groupe d'experts.

L'éducation médicale au Canada n'a pas fait l'objet d'une analyse globale depuis la publication du rapport Flexner en 1910. Le projet sur *L'avenir de l'éducation médicale au Canada* permettra de réunir les principaux intervenants afin d'entreprendre un examen exhaustif de l'état actuel de l'éducation médicale au Canada tout en procédant à une étude comparative à l'échelle internationale. Cet ambitieux projet porte sur la manière dont le système d'éducation médicale pourrait mieux répondre aux besoins des Canadiens, tant à l'heure actuelle que dans l'avenir. Il tentera de délimiter clairement certains des principaux changements de société que nous vivons aujourd'hui qui devraient être reflétés dans le cadre de l'éducation médicale actuelle et d'élaborer une série de principes relatifs à des changements. Parmi les principales activités du projet figurent un examen environnemental exhaustif accompagné d'analyses approfondies des documents publiés et de la littérature grise, des entrevues avec des intervenants clés du niveau national ainsi que des consultations comparatives à l'échelle internationale. On intégrera au projet l'opinion d'experts et du public par le biais de contributions des membres du groupe d'experts, du forum des jeunes dirigeants de l'AFMC et d'un groupe ressource sur les besoins en matière de données et l'accessibilité à ces données. Les membres du groupe d'experts ont pour mandat de commenter les rapports des consultants et de réagir aux projets de principes relatifs aux changements proposés par le comité directeur à l'égard du système canadien d'éducation médicale.

On se penchera activement sur les thèmes émergents durant le Forum national qui se tiendra en février 2009 et les membres du comité directeur établiront en bout de ligne une liaison avec les doyens des 17

facultés de médecine canadiennes afin de partager des recommandations de haut niveau ainsi que les prochaines étapes du système d'éducation médicale au Canada.

Le moment est venu de mettre notre imagination créatrice au service de l'avenir de l'éducation médicale et nous désirons vous convier à prendre part à cette initiative passionnante. À titre de membre du groupe d'experts, vous vous engagerez à participer à deux rencontres personnelles durant les 20 mois sur lesquels s'échelonne le projet (les 17-18 avril 2008 et au début de 2009). En outre, nous vous inviterons à participer au Forum national en février 2009. La rencontre des 17 et 18 avril se tiendra à *The Old Mill* à Toronto. Elle débutera par un souper à 18 h le 17 avril et se terminera à 17 h le 18 avril.

C'est avec plaisir que nous acquitterons les frais liés à vos déplacements, votre hébergement et vos repas /dépenses journalières pour ces trois rencontres en personne.

Nous serions ravis et honorés que vous acceptiez notre invitation à vous joindre au groupe d'experts dans le cadre du projet *L'avenir de l'éducation médicale au Canada*. Nous aimerions obtenir votre réponse dès que possible. Vous trouverez ci-joint à titre informatif un résumé du projet et la liste des membres du comité directeur. Si vous avez besoin de plus amples renseignements concernant le projet, n'hésitez pas à communiquer avec moi ou avec Catherine Moffatt, gestionnaire du projet.

Sincères salutations,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Nick Busing". The signature is fluid and cursive, with the first name "Nick" and the last name "Busing" clearly distinguishable.

Nick Busing, MD  
Président-directeur général

## Annexe 3 : Liste des participants

### GROUPE D'EXPERTS

- **Pat Atkinson, BA, B.Ed**  
MAL  
Saskatoon Nutana
- **Penny Ballem, MSc, MD, FRCP**  
Professeure clinique de médecine  
Université de la Colombie-Britannique
- **L'honorable James K. Bartleman**  
Ancien lieutenant-gouverneur de l'Ontario  
Bureau du lieutenant-gouverneur de l'Ontario
- **M. Claude Castonguay, CC, OQ, FICA, FSA**  
Fellow invité  
CIRANO
- **Hélène Desmarais, B.BA**  
Présidente et PDG  
Centre d'entreprises et d'innovation de Montréal
- **Robert A. Gordon**  
Président émérite  
Humber College Institute of Technology and  
Advanced Learning
- **Mary Jo Haddad, RN, BScN, MHSc, LLD**  
Présidente et PDG  
L'Hôpital pour enfants malades
- **Judith G. Hall, OC, MD, FRCPC, FAAP, FCCMG,  
FABMG, FCAHS**  
Professeure émérite de pédiatrie et de médecine génétique  
Université de la Colombie-Britannique et Centre  
pour la santé des femmes et des enfants de la C.-B.  
Département de pédiatrie  
Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique
- **Malcolm King, PhD, FCCP**  
Professeur  
Département de médecine (pulmonaire)  
Université de l'Alberta
- **Wayne MacKay, CM, BA, B.Ed, MA, LL.B**  
Professeur de droit  
École de droit de Dalhousie  
Université Dalhousie
- **Rob McLean, MA, CA**  
Président  
MatrixLinks International Inc.

- **L'honorable Stephen Owen, QC, PC**  
Vice-président  
Relations externes, juridiques et communautaires  
Université de la Colombie-Britannique
- **Judith Wolfson, SW, LL.B**  
Vice-présidente, Relations universitaires  
Université de Toronto

### COMITÉ DIRECTEUR

- **Nick Busing, MD, CCFP, FCFP**  
Président et directeur général  
L'Association des facultés de médecine du Canada
- **Deborah Danoff, MD, FRCPC, FACP**  
Directeur, Bureau de l'éducation  
Collège royal des médecins et chirurgiens du  
Canada (CRMCC)
- **Jonathan DellaVedova**  
Vice-président, Education  
Fédération d'étudiants en médecine du Canada  
(FEMC)  
École de médecine du Nord de l'Ontario
- **David Gass**  
Département de médecine familiale  
Université Dalhousie
- **Anne-Marie MacLellan, MDCM, CSPQ,  
FRCPC**  
Directrice et secrétaire adjointe, Direction des  
études médicales  
Greffier auxiliaire  
Collège des Médecins du Québec
- **Sue Maskill**  
Vice-présidente, Éducation et projets spéciaux  
L'Association des facultés de médecine du Canada
- **Mathieu Moreau, BSc**  
Université du Montréal  
Fédération médicale étudiante du Québec  
(FMEQ)

- **Jay Rosenfield, MD, MEd, FRCPC**  
Vice-doyen, Éducation médicale de premier cycle  
Faculté de médecine  
Université de Toronto
- **Angela Towle, Ph.D**  
Doyen associé, Programme de médecine du premier cycle  
Faculté de médecine  
Université de la Colombie-Britannique
- **W. Todd Watkins, BSc(Hon), MD, CCFP**  
Directeur, Bureau des affaires professionnelles  
Direction des Affaires professionnelles  
Siège social de l'Association médicale canadienne  
(AMC)

#### OBSERVATEURS

- **Glen Bandiera, MD, MEd, FRCPC**  
*L'avenir de l'éducation médicale au Canada*  
Expert-conseil pour le projet – Analyse du contexte  
Wilson Centre for Research in Education  
Faculté de médecine  
Université de Toronto
- **Chris Lovato, Ph.D**  
*L'avenir de l'éducation médicale au Canada*  
Expert-conseil pour le projet - Evaluation  
Directeur, Évaluation du programme de médecine de  
premier cycle  
Université de la Colombie-Britannique
- **Jerry M. Maniate, MD, MEd(C), FRCPC**  
*L'avenir de l'éducation médicale au Canada*  
Expert-conseil pour le projet – Analyse du contexte  
Wilson Centre for Research in Education  
Faculté de médecine  
Université de Toronto
- **Bernard Millette, MD, MSc, FCFP**  
*L'avenir de l'éducation médicale au Canada*  
Expert-conseil pour le projet – Analyse du contexte  
Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la  
santé (CPASS)  
Faculté de médecine  
Université du Montréal

#### PERSONNEL PROFESSIONNEL

- **Helena Axler**  
Animatrice professionnelle  
Helena Axler & Associates Inc.

- **Muriel Beauroy**  
Interprète
- **Andre Moreau**  
Interprète
- **Caroline Napier**  
Interprète
- **Heather Sterling**  
Rédacteur de comptes rendus

#### PERSONNEL DU PROJET

- **Claire de Lucovich**  
Assistante de projet  
L'Association des facultés de médecine du Canada
- **Catherine Moffatt**  
Gestionnaire de projets  
L'Association des facultés de médecine du Canada



## Annexe 4 : Ordre du jour

L'Association des facultés de médecine du Canada / The Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC)

### ~ Réunion du groupe d'experts ~

Le jeudi 17 avril et le vendredi 18 avril, 2008

The Old Mill, Toronto, ON

#### ORDRE DU JOUR

##### Objectifs de la réunion

- Orienter les membres du groupe d'experts vers le contexte global de la formation médicale au Canada et les familiariser au travail réalisé dans le cadre du projet intitulé *L'avenir de l'éducation médicale au Canada*.
- Consulter les membres du groupe d'experts (dans le cadre des cellules thématiques) en leur qualité de représentants d'une « perspective communautaire » pancanadienne.
- Revoir le travail accompli jusqu'à maintenant, notamment les premiers résultats / thèmes émergents, et le commenter.
- Susciter un dialogue et une réflexion préliminaire sur les recommandations potentielles portant sur la modification du système d'éducation médicale canadien.
- Élaborer une stratégie portant sur les prochaines étapes, notamment trouver la meilleure façon d'amener les facultés de médecine à participer au projet et nous préparer pour la prochaine réunion et le Forum national.

#### Jeudi 17 avril 2008

18 h	<b>Réception</b>	
18 h 30	<b>Mot de bienvenue et présentations</b> -Mot de bienvenue -Présentation des participants	Nick Busing
19 h	<b>Repas</b>	
19 h 45	<b>Projet L'avenir de l'éducation médicale au Canada</b> -Objectifs -Cadre sous-tendant le projet -Portée du projet et progrès accomplis à cette date -La formation médicale au Canada aujourd'hui, quelques faits	Nick Busing
	<b>Point de départ</b> -Confirmation du rôle du groupe d'experts -Présentation générale du jour 2 -Objectifs de la journée -Lecture de l'ordre du jour et préparation à la réunion	Helena Axler
21 h	<b>Ajournement de la réunion du jour 1</b>	





# Annexe 5 : Sommaire de l'atelier sur les besoins d'accès aux données pour la formation médicale

**Thèmes principaux : Indicateurs de succès / Vision sommaire / Recommandations clés**

## **Contenu du programme d'études**

*Vision Idéale* : Programme d'enseignement socialement adaptable et reflétant l'évolution des besoins de la société; mesure de sa qualité et de son adaptabilité; production de ressources humaines en santé durables (cliniciens, professeurs et chercheurs)

- Mesure de l'intégration du Cadre de compétence pour les médecins (CanMeds) dans le programme d'enseignement actuel (analyse de carences);
- Inventaire des bases de données actuelles;
- Identification des partenaires essentiels;
- Conception et mise en œuvre du concept d'intégration des données défini lors de l'atelier (remarque : l'illustration figure dans le sommaire de l'atelier).

## **Questions d'ordre pédagogique qui se répercutent sur le système de formation médicale**

*Vision Idéale* : Système avant-gardiste prenant en compte la formation médicale distribuée, la formation interprofessionnelle et les nouvelles stratégies d'intégration des sciences cliniques et fondamentales pour assurer la production de praticiens qui resteront opérationnels à l'avenir.

- Collecte de données sur les méthodes de formation médicale distribuée et classification par lieu, objet et moyens;
- Suivi de la répartition finale des praticiens.

## **Culture(s) du domaine de la formation médicale**

*Vision Idéale* : Étant donné la relation dynamique et réciproque qui existe entre la culture du domaine de la formation médicale, le système de santé et la société, la formation médicale ne pourra changer de façon durable que si elle s'adapte à l'évolution des soins de santé et si elle génère cette même évolution.

- Mesure de l'effet des filtres à l'admission (+/- programmes préalables) sur les résultats (pourquoi et comment) : choix des disciplines, endroit, qualité, rétention, etc.;
- Création et mise en œuvre des outils de mesure des compétences et résultats normalisés par objectifs selon divers modèles et contextes d'apprentissage;
- Détermination de l'effet des questions d'accessibilité économique sur le bassin de candidats et sur les choix des inscrits;
- Mécanismes visant à inciter tous les intervenants à influencer sur les décisions relatives au programme dans chaque faculté de médecine;
- Détermination du mode de sélection, de préparation et d'évaluation des sites et des professeurs;
- Chez les candidats et les non-candidats, évaluation des caractéristiques qui sont liées au choix de carrière.

## **Facteurs externes qui se répercutent sur le système de formation médicale**

*Vision Idéale* : Dans le contexte de l'évolution du système de santé, nous mesurerons les liens réciproques (bidirectionnels) qui existent entre les changements qui touchent la formation médicale et ceux qui affectent la prestation de soins de santé. Voici une liste non exhaustive des changements qui touchent la formation médicale : admissions, formation interprofessionnelle, formation médicale distribuée, expérience en milieu rural, stages cliniques intégrés, accroissement de l'effectif des écoles de médecine. Voici une liste non exhaustive des changements qui touchent la prestation de soins de santé : nombre, discipline, endroit, compétences des médecins, emploi et rétention des médecins, patients et populations, pratique en collaboration.

- Définition des résultats attendus pour ce qui est des liens entre la formation médicale et les soins de santé;
- Création d'un cadre conceptuel pour cartographier les éléments de la formation médicale et du système de soins de santé;
- Élaboration d'une terminologie commune à la formation médicale et aux systèmes de soins de santé;
- Création de liens entre les bases de données ayant des identificateurs, des définitions ou des objectifs communs (repères mesurables, incitatifs, éléments de dissuasion);
- Application du cadre conceptuel à la création d'un programme de collecte et de recherche de données;
- Délégation de la recherche documentaire (effet des nouveaux modèles de soins de santé primaires sur les choix de carrière);
- Suite de la cartographie des apprenants et des endroits, et élargissement aux résultats attendus (élaboration d'un outil de cartographie);
- Établissement de la terminologie et des définitions communes.

## **Structures d'ordre supérieur**

*Vision Idéale* : Mise sur pied d'une alliance stratégique de l'ensemble des intervenants (partenaires actuels) pour la création d'une avant-garde en vue de la création d'un système de santé durable, adaptable et de haute qualité au moyen d'une formation médicale s'appuyant sur la recherche et la transposition des connaissances.

- Mise sur pied de l'alliance stratégique des intervenants (gouvernement, CCPSRH);
- Détermination des indicateurs de soins de santé qui sont pertinents aux intrants ou aux extrants de la formation médicale.

## **Collecte et gestion des données**

*Vision Idéale* : Données intégrales de haute qualité qui serviront à des fins pertinentes (administratives, de recherche, stratégiques). Projet bien financé et durable.

- Cartographie de la réglementation actuelle sur la confidentialité et évaluation de ses effets sur les politiques et procédures de collecte de données;
- Modèle pratique de collecte, d'analyse et de traitement des données, tenant compte des intrants et des extrants actuels (au moyen d'un projet pilote);
- Étude des options et création d'un mécanisme optimal d'interface parmi les intervenants.

## Recommandations critiques

Après avoir identifié un ensemble de recommandations clés pour chacun des thèmes principaux, les participants à l'atelier ont ensuite dû élaborer une liste de recommandations critiques qu'il serait absolument nécessaire d'étudier ou de mettre en œuvre pour réussir.

- Faire l'inventaire des bases de données actuelles.
- Concevoir et mettre en œuvre le concept d'intégration de données (Institut de recherche) (reportez-vous à l'Annexe 5 – Modèle des flux et des stocks de données).
- Recueillir des données sur les méthodes d'éducation médicale hors les murs (EMHM) : classement où, quoi, comment.
- Faire un suivi de la répartition éventuelle de praticiens.
- Élaborer et mettre en œuvre des outils pour mesurer les résultats normalisés axés sur les objectifs / compétences dans une variété de contextes / modèles.
- Élaborer un cadre conceptuel pour schématiser les composantes en éducation médicale avec le système de soins de santé (l'AFMC prend l'initiative).
- Élaborer une terminologie commune au sein des systèmes d'éducation médicale et de soins de santé (l'AFMC prend l'initiative).
- Évaluer les caractéristiques des candidats et des non-candidats prédisant le choix de carrière.
- Établir l'alliance stratégique d'intervenants (c.-à-d., FMC, gouvernement, CCDSRH?).
- Déterminer les indicateurs des soins de santé pertinents pour les éléments d'entrée et de sortie relatifs à l'éducation médicale.
- Créer et mettre en œuvre un modèle pratique de collecte, d'analyse et de distillation des données, en tenant compte des éléments d'entrée et de sortie (par l'entremise d'un projet pilote).

## Messages clés

L'atelier sur les besoins d'accès aux données pour la formation médicale a permis aux participants d'explorer plusieurs questions, défis et occasions entourant les besoins en matière d'information et de données pour l'avenir du système d'éducation médicale au Canada. Durant la discussion, les participants ont déterminé un certain nombre de messages clés pouvant être partagés avec une variété de publics.

Voici un échantillon de ces messages :

- Il y a beaucoup de travail à faire.
- On constate un besoin relativement à l'importance :
  - d'une terminologie commune;
  - du couplage des données;
  - d'une utilisation efficace des données;
  - de suivre les apprenants tout au long de leurs expériences pour déterminer leurs résultats;
  - de faire preuve d'énergie, de dévouement et d'engagement pour faire de cette situation une réalité;
- de faire preuve d'optimisme;
- d'établir une collégialité entre les intervenants – nous sommes tous aux prises avec le même problème;
- de démontrer un intérêt pour ce genre de discussion sur la façon d'utiliser et de recueillir des données relatives à l'éducation médicale.

- Dans le contexte actuel d'imputabilité sociale, ce genre de travail s'imposait. Nous devons examiner nos résultats et nous montrer plus rigoureux dans notre processus d'évaluation et également plus disciplinés quant à sa diffusion. L'information est très volumineuse et nous devons faire preuve de rigueur concernant sa diffusion.

# Annexe 6 : Sommaire de l'édition 2008 du Forum des jeunes dirigeants

## Thèmes principaux : Indicateurs de succès / Vision sommaire / Recommandations clés

### Contenu du programme d'études

*Vision idéale* : Milieu de la formation médicale axé sur la qualité de la vie, la prévention des maladies et la promotion de la santé auprès des patients et des dispensateurs de soins. Contexte où l'apprentissage permanent des compétences cliniques et autres serait intégré à tous les aspects de la pratique quotidienne. Milieu offrant un soutien à la mise en œuvre du contenu du programme d'études dans la pratique.

- Existence de cours et (ou) d'objectifs d'apprentissage liés à la qualité de la vie et faisant ressortir l'importance de celle-ci, et qui soient intégrés aux programmes de formation médicale (études de premier cycle et post-doctorales, formation continue);
- Création, mise en œuvre et évaluation des programmes ou des cours sur la pratique clinique sans risques (p. ex. sécurité du patient, erreurs du dispensateur de soins);
- Part minimale du programme d'enseignement consacrée à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à la qualité de vie;
- Établissement de relations avec les facultés des arts et des sciences sociales pour offrir des cours-clés sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé;
- Création d'un système de signalement anonyme des erreurs des fournisseurs de soins de santé. Encouragement à la recherche sur les erreurs signalées, ce qui inclut la diffusion auprès du milieu des soins de santé et du public;
- Dans les études de premier cycle, enseignement obligatoire sur les modes d'accès, d'examen, d'évaluation critique et d'intégration des nouvelles informations et connaissances. Suivi et évaluation des étudiants en médecine selon leurs projets d'apprentissage personnels;
- Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale encourageant la qualité de la vie personnelle et professionnelle;
- Conscientisation à l'égard des lignes directrices reconnues sur la pratique clinique sans risques;
- Création d'occasions d'apprentissage conjointes pour les étudiants et les médecins en pratique (p. ex. séries de séminaires en soirée);
- Pendant toute la durée de la formation médicale, promotion de l'apprentissage continu par la fourniture d'outils d'auto-suivi des compétences cliniques et théoriques (présentations cliniques du Conseil médical du Canada, autres compétences, attitudes et connaissances en soins de santé).

### Questions d'ordre pédagogique qui se répercutent sur le système de formation médicale

*Vision idéale* : Nous préconisons des stratégies pédagogiques souples, fondées sur les compétences et dont l'efficacité a été démontrée; elles devraient être axées sur l'apprentissage continu et permettre des points d'entrée multiples dans les systèmes de soins de santé et de formation. Les médecins recevant leur diplôme auront les compétences et la motivation nécessaires pour :

- Collaborer à des équipes interprofessionnelles;
- Adopter les innovations et les technologies émergentes;
- Avoir un sentiment de satisfaction personnelle;
- Être socialement responsables de leurs choix de carrière.



- Création une plate-forme commune pour :
  - La mise en commun du contenu et des outils du programme d’enseignement;
  - La mise en commun de la recherche et la collaboration sur les projets de recherche;
  - La diffusion de méthodes pédagogiques efficaces en matière de formation médicale, notamment l’apprentissage en ligne.
- Structuration du système de formation médicale en modules d’apprentissage, ce qui permettra une démarche « échelonnée », c’est-à-dire que les étudiants pourront toucher à la pratique, puis rentrer dans le système de formation à divers moments de leur carrière;
- Financement de programmes de recherche visant à évaluer l’efficacité de diverses méthodes pédagogiques en formation médicale;
- Financement de recherches et de travaux sur la formation fondée sur les compétences :
  - Pour poursuivre l’évaluation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la formation fondée sur les compétences;
  - Pour développer et rendre accessibles les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la formation fondée sur les compétences;
  - Pour évaluer les programmes « échelonnés ».

Dans la formation médicale, ajout d’une composante obligatoire encourageant les compétences et la collaboration interprofessionnelles.

### **Culture(s) du domaine de la formation médicale**

*Vision idéale* : La culture de la formation médicale doit permettre de recruter et d’appuyer des étudiants en provenance de toutes les collectivités de notre société, et de produire des médecins pour ces mêmes collectivités. Elle doit créer un idéal collectif de gérance de la qualité de vie des patients et de la santé du système.

- Réduction ou élimination des frais de scolarité;
- Établissement par les facultés de relations avec les communautés marginales pour recruter des étudiants et retenir des diplômés qui en sont issus.

### **Questions externes qui se répercutent sur le système de formation médicale**

*Vision idéale* : Que la société et les fournisseurs de soins de santé s’entendent sur un mode de financement de la formation médicale qui permette une affectation adéquate des ressources (p. ex. nombre de médecins, collectivités mal desservies, temps d’attente) et l’accès à la formation médicale pour tous les groupes socio-économiques. La formation médicale doit être socialement pertinente, ce qui inclut les déterminants sociaux de la santé et la priorité accordée au patient, et elle doit avoir un effet favorable tangible sur la satisfaction des patients pour ce qui est des soins de santé.

- Suivi des caractéristiques démographiques des classes des écoles de médecine et modification des critères d’admission pour accroître la part des groupes sous-représentés;
- Élargissement de l’évaluation des étudiants (et des médecins) aux éléments suivants :
  - Évaluations des patients;
  - Évaluation des membres des équipes interprofessionnelles.
- Participation des membres de la communauté à la conception des programmes d’enseignement;
- Accroissement de la formation dans les secteurs mal desservis (régions géographiques, formation médicale distribuée) et de l’apprentissage des services des spécialités (et de la pratique générale).

### **Structures d’ordre supérieur**

*Vision idéale* : Formation médicale :

- Incorporant les résultats de la théorie et de la recherche en enseignement;
- Limitant dans la mesure du possible les influences pernicieuses possibles du secteur privé;
- Dirigée par des personnes ayant reçu une formation en leadership et en enseignement;  
Favorisant la prise en compte de questions systémiques (p. ex. rapports coûts/efficacité, affectation des ressources) dans la prise de décision.
- Inclusion de la formation en santé publique dans la formation des médecins, y compris les rapports coûts/efficacité, l'affectation des ressources, etc.;
- Intégration du Cadre de compétence des médecins (CanMeds) dans les études médicales de premier cycle pour créer des compétences de leadership et d'enseignement;
- Création d'un système d'incitatifs pour promouvoir l'excellence en matière de formation médicale;
- Promotion d'un échange sain entre les formateurs en soins de santé et le secteur privé pour limiter les influences indues;
- Aide aux étudiants pour qu'ils se dotent d'outils leur permettant de faire preuve de responsabilité et de sens éthique lors de leurs interactions avec le secteur privé (p. ex. industrie pharmaceutique).

### Recommandations critiques

Après avoir identifié un ensemble de recommandations clés pour chacun des thèmes principaux, les participants à l'atelier ont ensuite dû élaborer une liste de recommandations critiques qu'il serait absolument nécessaire d'étudier ou de mettre en œuvre pour réussir.

- Consacrer une proportion minimale du programme d'études à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à la qualité de vie.
- Créer des liens avec les Facultés des Arts et des Sciences sociales afin d'offrir des cours clés sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.
- Dans le cadre du programme d'EM pré-doctorale, on enseignera obligatoirement comment accéder aux nouvelles données et connaissances, les noter, les évaluer de façon critique et les incorporer. Les étudiants en médecine feront un suivi de leurs projets d'apprentissage personnel et seront évalués à cet égard.
- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale pour encourager les qualités personnelles et professionnelles.
- Promouvoir un apprentissage continu tout au long de l'éducation médicale en fournissant des outils pour faire le suivi des compétences cliniques et théoriques (pour les présentations cliniques du CMC, et autres compétences, attitudes et connaissances en matière de soins de santé).
- Créer un lieu commun / une plate-forme pour :
  - partager le contenu et les outils du programme pédagogique;
  - partager la recherche et collaborer dans le cadre de projets de recherche;
  - diffuser des méthodes pédagogiques efficaces en matière d'éducation médicale, en particulier en ce qui a trait au cyber-apprentissage.
- Le système d'éducation médicale sera structuré en modules d'apprentissage afin de créer une approche « échelonnée » qui permet aux étudiants de pratiquer et de réintégrer le système d'éducation à divers points de leur carrière.

- Financer des programmes de recherche pour évaluer l'efficacité de la variété des approches pédagogiques en matière d'éducation médicale.
- Financer la recherche / le travail en matière de formation axée sur les compétences (FAC) :
  - pour évaluer plus avant les ressources nécessaires pour mener à terme la FAC;
  - pour développer et rendre accessibles les ressources requises pour mener à terme la FAC;
  - pour évaluer les programmes axés sur le concept de « l'échelonnage ».
- Introduire une composante obligatoire dans l'éducation médicale pour encourager la compétence et la collaboration interprofessionnelles.
- Réduire ou éliminer les frais de scolarité.
- Les facultés doivent établir des relations avec les communautés marginalisées afin de recruter des étudiants et de conserver les diplômés.
- Faire un suivi des données démographiques des classes des facultés de médecine et modifier les critères d'admission afin d'accroître la participation des groupes sous-représentés.
- Élargir le processus d'évaluation des étudiants (et des médecins) pour inclure :
  - les évaluations des patients;
  - les évaluations des membres de l'équipe interprofessionnelle.
- Faire participer les membres de la collectivité à la conception du programme d'études.
- Augmenter la formation dans les secteurs mal desservis sur le plan géographique (éducation médicale hors les murs) et en ce qui a trait au service des spécialistes (généralistes).
- Inclure la formation en santé publique dans la formation en médecine, notamment les questions de rentabilité, d'affectation des ressources, etc...
- Veiller à ce que les rôles CanMEDS soient intégrés à l'EM pré-doctorale afin de favoriser le développement de compétences en matière de leadership et d'enseignement.
- Développer un système de récompense afin de promouvoir l'excellence dans le domaine de l'éducation médicale.
- Aider les étudiants à développer des outils favorisant les interactions éthiques et responsables avec l'industrie (p.ex., l'industrie pharmaceutique).

### Messages clés

L'édition 2008 du Forum des jeunes dirigeants a permis aux participants d'explorer les nombreux enjeux, défis et occasions entourant le futur système d'éducation médicale au Canada. Dans le cadre de la discussion, les participants ont identifié un certain nombre de messages clés de la réunion pouvant être partagés avec une variété de publics. Voici un échantillon de ces messages :

- Le système de soins de santé doit changer pour répondre aux demandes futures.
- La majeure partie du processus de modernisation de l'éducation médicale devra s'étendre au-delà du modèle biomédical, vers une approche holistique de l'éducation, basée le concept d'équipe.
- Nous devons peut-être avoir recours à des solutions créatives (comme l'échelonnage) pour traiter des problèmes systémiques qui ne sont pas résolus par les produits ou systèmes actuels.
- Pour répondre aux demandes futures, les cliniciens devront changer notre manière de réfléchir et d'agir.
- Nous devons être dotés de pouvoirs surhumains.

# Glossaire

**A) AEMC**

Projet sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada

**B) AFMC**

Association des facultés de médecine du Canada

**C) CAPER**

Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique

**D) CCDSRH**

Comité consultatif sur la distribution des soins et les ressources humaines

**E) CEA**

Canadiens étudiant à l'étranger

**F) CUSS**

Centre universitaire des sciences de la santé

**G) DHCEU**

Diplômés hors Canada et États-Unis

**H) EIP**

Éducation inter-professionnelle

**I) EM post-doctorale**

Éducation médicale post-doctorale

**J) EM pré-doctorale**

Éducation médicale pré-doctorale

**K) EMHM**

Éducation médicale hors les murs

**L) FMC**

Forum médical canadien

**M) RHS**

Ressources humaines en santé

