



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada

Repenser l'éducation médicale prédoctorale

Perspective de la médecine
familiale

Préparé par le Comité d'éducation
prédoctorale du Collège des médecins
de famille du Canada



Membre du Comité d'éducation prédoctorale :

Ian Scott (Président du comité)

Carolle Bernier

David Gass

David Keegan

Katherine Bell (Représentante junior des étudiants en médecine)

Wayne Weston (Auteur principal du document de travail)

Bruce Wright

Stuart Whittaker (Représentant principal des étudiants en médecine)

Paul Rainsberry (Directeur de l'éducation, CMFC)

Pamela Cirino (Coordonnatrice des activités des étudiants en médecine)

Un document de travail du Collège des médecins de famille du Canada

Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce document, veuillez communiquer avec :

Le Collège des médecins de famille du Canada
2630, avenue Skymark
Mississauga (Ontario)
L4W 5A4

1 800 387-6197

© 2007 Le Collège des médecins de famille du Canada. Tous droits réservés.

Table des matières :

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sommaire | 4 |
| Aperçu | 7 |
| Pourquoi une perspective de la médecine familiale? | 8 |
| Aperçu historique | 13 |
| Le rapport Flexner | 15 |
| Le rapport GPEP | 17 |
| Le projet EFPO, le cadre CanMEDS et les quatre principes de la médecine familiale | 17 |
| « Caché », le curriculum ? | 19 |
| Sujets méritant plus d'attention dans les cursus actuels des facultés de médecine | 25 |
| L'externat clinique | 26 |
| La nécessité d'amener un changement fondamental | 35 |
| Recommandations | 36 |
| Références | 41 |
| Annexe I – Récentes tendances en éducation médicale : certains signes d'amélioration encourageants | 53 |
| Annexe II – Qu'est-ce qui ne va pas avec l'éducation médicale? | 56 |
| Annexe III – Étude sur l'éducation médicale effectuée par la <i>Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching</i> | 60 |

Sommaire :

Même si l'éducation médicale prédoctorale s'est énormément améliorée depuis un siècle, elle souffre encore de nombreuses lacunes à cause de la dominance d'un modèle biomédical obsolète omniprésent dans tout le cursus. Il est généralement admis que l'éducation médicale doit changer si elle compte suivre le rythme des transformations de la pratique médicale et s'adapter à la meilleure compréhension que nous avons du processus d'acquisition des connaissances. La médecine familiale procure une perspective et un milieu qui ont le pouvoir d'améliorer l'expérience de l'étudiant : les patients d'une pratique familiale représentent mieux la démographie de la maladie dans la communauté; les patients indifférenciés qui sont vus en consultation aux premiers signes de la maladie contribuent davantage à perfectionner les aptitudes au raisonnement clinique; les patients ambulatoires sont plus autonomes et ils conviennent mieux à l'apprentissage du jugement clinique et de la recherche d'un terrain d'entente; on voit plus clairement les facteurs personnels, familiaux et autres qui prouvent l'importance de tenir compte de tous les déterminants de la maladie; les soins sont dispensés pendant de nombreuses années, ce qui illustre le rôle central de la relation patient-médecin.

Depuis les débuts de l'histoire écrite, on a utilisé deux modèles différents pour comprendre la maladie humaine et le rôle de la médecine : le modèle biomédical classique et le modèle de l'approche centrée sur la personne. Chaque modèle présente une orientation et une approche particulières et est l'expression de philosophies fort différentes. Au cours des dernières décennies, l'approche biomédicale a régné en maître. Elle a été remarquablement efficace pour expliquer et guérir de nombreuses maladies, mais elle est incomplète et ne suffit pas. Nous devons rétablir l'équilibre pédagogique. Les patients s'attendent à plus qu'une expertise technique. Ils veulent des médecins qui créent des liens sur le plan humain, les écoutent attentivement et les font participer aux décisions entourant leurs soins. Les efforts déployés pour compléter le modèle biomédical par de bonnes aptitudes à communiquer et à prêter attention à la situation personnelle du patient constituent un pas dans la bonne direction mais ils ne tiennent pas compte des lacunes fondamentales de l'approche réductionniste classique qui voit le corps comme une machine et néglige les interactions et rétroactions complexes entre l'esprit, le corps et l'environnement qui contribuent à la causalité et offrent des approches globales à la prise en charge. Nous devons transformer notre compréhension de la maladie humaine et considérer le corps comme un organisme doté de pouvoirs de guérison naturels que nous devons soutenir et améliorer par le biais de nos interventions. La méthode scientifique désuète utilisée en médecine valorise « l'objectivité » et demande aux médecins d'étouffer leurs sentiments de crainte qu'ils n'influencent leur raisonnement clinique. La médecine doit devenir autoréflexive et valoriser l'expérience subjective; les médecins doivent avoir une compréhension profonde d'eux-mêmes et de leurs sentiments afin de mieux comprendre leurs patients et d'établir une relation avec eux.

L'éducation médicale a été le sujet de nombreuses études et révisions au cours des cent dernières années depuis la publication du célèbre rapport Flexner en 1910. Il est ironique de constater que le rapport Flexner a créé un modèle « 2+2 » pour l'éducation médicale (deux années de sciences fondamentales suivies de

deux années d'expérience clinique) que Flexner n'a jamais eu l'intention d'inspirer. Par ailleurs, plusieurs des changements les plus radicaux qu'il préconisait n'ont jamais été mis en œuvre. Vint ensuite une autre grande révision, le *rapport GPEP (General Professional Education of the Physician)* de 1984, centré sur les méthodes d'enseignement permettant d'améliorer l'apprentissage des étudiants et sur l'importance d'élargir le cursus en y intégrant des sciences du comportement et des sciences sociales. À l'instar du rapport Flexner avant lui, ce rapport n'a pas réussi à produire les changements souhaités par ses auteurs. Depuis ce temps, nous avons eu droit à une surabondance de rapports et de recommandations. Mais aucun de ces rapports, ni aucune de ces recommandations n'a encore tenu compte de l'éclairage unique que pourrait offrir la médecine familiale.

Le curriculum caché est un obstacle majeur au changement. Ce code non écrit façonne les valeurs et les comportements des enseignants et de leurs étudiants, notamment en milieu clinique. Le changement du cursus a surtout mis l'accent sur la formation préclinique et jusqu'à une époque récente, n'avait pas touché aux années d'externat. C'est pourtant pendant l'externat que les étudiants apprennent à réfléchir, à agir et à se sentir comme des médecins. Ils oublient rapidement tout ce qu'ils ont appris pendant leurs premières années d'études si leurs professeurs cliniques ne renforcent pas cet apprentissage. Dernièrement, plusieurs facultés ont mis de nouvelles idées à l'essai en ce qui concerne l'externat : des approches qui exposent les étudiants au groupe de patients d'une pratique communautaire sur une période de plusieurs mois. Une analyse comparative des étudiants de ces facultés par rapport à leurs pairs qui font un externat classique a permis de constater qu'ils obtiennent des résultats semblables ou supérieurs dans le cadre des examens standardisés sur les connaissances et les compétences et qu'ils comprennent mieux l'influence du contexte social sur leurs patients. De plus, ils sont plus susceptibles d'exercer la médecine centrée sur les soins primaires dans une petite communauté à la fin de leurs études.

De nombreux aspects de l'éducation médicale se doivent d'être modifiés, particulièrement l'externat. Mais des changements s'imposent également pendant les années de formation préclinique pour préparer le terrain en vue de créer une expérience clinique transformée. Les médecins de famille et autres généralistes devraient jouer un rôle plus important dans l'enseignement; les étudiants devraient bénéficier de l'expérience clinique des médecins de famille et autres généralistes pendant toute la durée de leurs études médicales. Il faudrait que l'externat procure une expérience longitudinale d'une durée minimale de trois mois dans un milieu de médecine familiale unique où les étudiants auront la possibilité d'établir des relations stables avec un groupe de patients ambulatoires et des prestataires de soins de santé dans un milieu communautaire. De plus, il serait important d'encourager les facultés à mettre au point des externats intégrés à une pratique communautaire d'une durée de 12 mois ou plus.

Pour réaliser ces changements, il faudra pousser la formation professorale, réserver du temps à l'enseignement et favoriser l'avancement professionnel des professeurs en reconnaissance de la contribution faite à l'enseignement. Les ressources financières et autres doivent être affectées de manière à assurer que les enseignants pourront compter sur un soutien adéquat dans tous les établissements.

En dernier lieu, le présent rapport dresse une liste de 30 recommandations : 12 principes directeurs pour l'ensemble du cursus, huit recommandations sur la formation préclinique et dix recommandations sur l'externat. Nous présentons ici une recommandation tirée de chacun de ces trois domaines :

- Les enseignants généralistes (médecins de famille et internistes, chirurgiens et pédiatres généraux) doivent jouer un rôle central dans l'enseignement, à toutes les étapes du cursus, en particulier sur des sujets comme le raisonnement clinique, l'intégration et la mise en application des connaissances en sciences fondamentales et de leur pertinence clinique, l'art de communiquer, la promotion de la santé, le professionnalisme, la santé communautaire, les contextes familiaux et communautaires de la maladie, le travail d'équipe interprofessionnel, le rôle de guérisseur et la centralité de la relation patient-médecin. On doit démontrer le rôle clé des médecins de famille en assurant une présence adéquate des médecins de famille à toutes les étapes et dans tous les aspects du cursus de manière à ce que les étudiants puissent apprécier le rôle et le bien-fondé de la médecine familiale.
- Les méthodes d'enseignement doivent se fonder sur une compréhension évolutive de l'acquisition des connaissances et insister particulièrement sur les approches qui facilitent le transfert de l'apprentissage des années précliniques aux années d'externat et par la suite.
 - a. Il faut éliminer la surcharge factuelle et accorder du temps pour un apprentissage en profondeur.
 - b. Les méthodes d'enseignement doivent insister sur la participation active des étudiants à leur propre apprentissage plutôt que sur l'acquisition passive.
 - c. Il faut offrir souvent aux étudiants, à toutes les étapes du cursus, la possibilité d'interagir avec des patients réels, simulés et virtuels pour les aider à intégrer et à transférer les concepts appris dans les cours précliniques et à comprendre leur pertinence clinique.
- L'externat doit offrir une expérience longitudinale d'au moins trois mois dans un même contexte de médecine familiale où les étudiants auront la possibilité d'établir des relations continues avec un groupe de patients ambulatoires et de professionnels de la santé. Les étudiants doivent avoir la possibilité de suivre un groupe de patients, y compris des patients qui nécessitent :
 - a. des soins épisodiques pour des problèmes indifférenciés
 - b. la prise en charge d'une maladie chronique
 - c. la promotion de la santé, la prévention des maladies et la réadaptation
 - d. la représentation de leurs intérêts

Repenser l'éducation médicale prédoctorale – Perspective de la médecine familiale

« Il est clair que le contenu de la formation médicale se doit d'être modifié en profondeur. »
(Cook, Irby, Sullivan, Ludmerer, 2007)

« Il est important de ne pas sous-estimer la magnitude des changements associés à la transformation de notre méthode clinique. Il ne s'agit pas simplement d'apprendre de nouvelles techniques, même si cela fait aussi partie du processus. Il n'est pas non plus question de se limiter à ajouter des techniques d'entrevue et à la science du comportement au cursus. Le changement va beaucoup plus loin. Il n'exige rien de moins qu'une modification de la définition du médecin, qu'une façon différente d'envisager la santé et la maladie et qu'une redéfinition de la connaissance médicale. » (McWhinney dans Stewart, 2003)

Aperçu :
Bien qu'on ait observé une nette amélioration de l'éducation médicale prédoctorale au cours du dernier siècle, cette formation souffre encore de nombreuses lacunes. Lorsque Flexner a présenté son célèbre rapport sur l'éducation médicale en 1910, ses recommandations radicales ont provoqué d'importants changements et créé un modèle qui exerce encore une influence sur les facultés de médecine du monde entier. Des douzaines de facultés de second ordre ont été fermées et une nouvelle norme a été établie en matière d'éducation médicale en Amérique du Nord : une éducation portant sur la science fondamentale, donnée dans une institution affiliée à une université et suivie d'un stage de formation clinique supervisé. (Flexner, 1910) En 1981, *l'Association of American Medical Colleges* a commandé une étude majeure sur l'éducation médicale en Amérique du Nord qui a donné lieu au rapport sur l'éducation professionnelle générale du médecin, largement connu sous le nom de rapport GPEP (*General Professional Education of the Physician*). Le rapport faisait ressortir l'importance d'avoir un apprentissage indépendant et d'élargir le cursus afin d'y inclure les sciences sociales et les sciences humaines. (Groupe d'experts du GPEP, 1984) Dans son récent historique de l'éducation médicale, Calman résume parfaitement les principaux rapports sur l'éducation médicale issus du R.-U. et des É.-U. au cours des 100 dernières années. (Calman, 2007) Christakis a passé en revue 24 grands rapports nationaux rédigés entre 1910 et 1933 qui exigeaient qu'on apporte des changements précis au cursus des facultés de médecine. Il écrit :

« Les rapports sont remarquablement similaires en ce qui concerne les objectifs de réforme et les réformes spécifiques proposées... Certaines réformes reviennent presque toujours depuis 1910, notamment améliorer la formation des généralistes, augmenter l'exposition aux soins ambulatoires, donner des cours de sciences sociales, enseigner des compétences

permanentes et d'autoapprentissage, récompenser l'enseignement, préciser la mission de la faculté et centraliser le contrôle exercé sur le cursus. » (Christakis, 1995)

La *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* étudie actuellement « les défis rencontrés pour préparer les médecins à assumer une pratique complexe, ainsi que certaines pratiques distinctes instituées par les cursus, les pédagogies et les pratiques d'évaluation dans le but de relever ces défis. » (Voir l'annexe III)

Même si elles semblent intéressantes sur papier, ces recommandations ne se traduisent pas toujours en changement utile dans le cursus « vécu » par les étudiants. (Christakis, 1995; Bloom, 1988) Aucun de ces rapports ne fait référence à un rôle important de la médecine familiale dans le cursus ou au défi crucial de l'hégémonie biomédicale dans la plupart des cursus. Il y a plus de 20 ans, Bloom a décrit une longue suite « de réformes sans changement, de modifications répétées du cursus des facultés de médecine qui changent très peu ou pas du tout l'expérience des principaux participants, soit les étudiants et les professeurs. » Et il fait valoir que la structure des facultés de médecine inhibe le changement réel en raison de la dominance d'une approche réductionniste qui exige « de prêter foi à la solution rationnelle des problèmes médicaux, de témoigner un souci désintéressé au patient et à la société et de faire preuve d'un dévouement à l'égard de la compétence pratique et de la communauté scientifique qui transcende l'intérêt personnel. En conséquence, ces valeurs créent une réticence à prêter une attention sérieuse aux dimensions sociales, comportementales et personnelles de la maladie. Les sujets comme la famille, la communauté et la médecine préventive ou la sociologie sont des périphériques intellectuels. » (Bloom, 1988)

Au cours de la dernière décennie, le rythme des changements en médecine et en éducation médicale s'est accéléré et a fait ressortir un grand nombre de nouveaux problèmes. On intègre plusieurs nouvelles idées au cursus des facultés de médecine du monde entier : de nouveaux sujets, de nouvelles méthodes d'enseigner et de mesurer les connaissances, de nouvelles façons d'apprendre, de nouveaux milieux pour les expériences cliniques et de nouveaux partenariats avec d'autres corps professoraux qui œuvrent dans le domaine des sciences de la santé classiques et autres. L'éducation médicale moderne est efficace à plusieurs égards (voir l'annexe I), mais elle comporte malgré tout de sérieuses lacunes (voir l'annexe II). Il est temps d'entreprendre un nouvel examen de l'éducation médicale prédoctorale, un examen qui repensera réellement nos méthodes et qui tiendra compte de l'éclairage unique que peut offrir la perspective de la médecine familiale.

Pourquoi une perspective de la médecine familiale?

Tout au long du présent document de travail, nous soutenons que la médecine familiale peut apporter une contribution distincte à l'éducation médicale prédoctorale. Toutefois, il convient de ne pas adopter une attitude « de supériorité holistique ». Nous reconnaissons que les médecins de famille ne sont ni plus attentionnés, ni plus compatissants que leurs collègues spécialistes. Les généralistes de nombreuses disciplines peuvent offrir des expériences précieuses dans l'évaluation de patients indifférenciés. Les médecins spécialistes en milieu communautaire savent fournir d'excellentes occasions d'apprentissage au sujet des grands déterminants de la santé. Les spécialistes qui suivent des groupes de patients pendant plusieurs mois ou plusieurs années démontreront l'importance de la continuité des soins

et des soins centrés sur les relations. Mais la médecine familiale est la seule discipline qui combine tous ces éléments de soins aux patients.

Les médecins de famille voient des choses différentes et ils voient les choses différemment. Une étude classique menée par White et Greenberg (1961) a démontré que les gens souffrent régulièrement de maladies, qu'ils se soignent souvent seuls et qu'ils se retrouvent rarement dans un hôpital universitaire. Au cours d'une période d'un mois, des 750 personnes qui rapportent une ou plusieurs maladies, une seule est admise dans un hôpital d'enseignement qui dispense la majeure partie de l'éducation médicale. Lorsque Green et ses collègues ont répété cette étude en 2001, ils ont produit des résultats pratiquement identiques. (Green, Yawn, Lanier, Dovey, 2001)

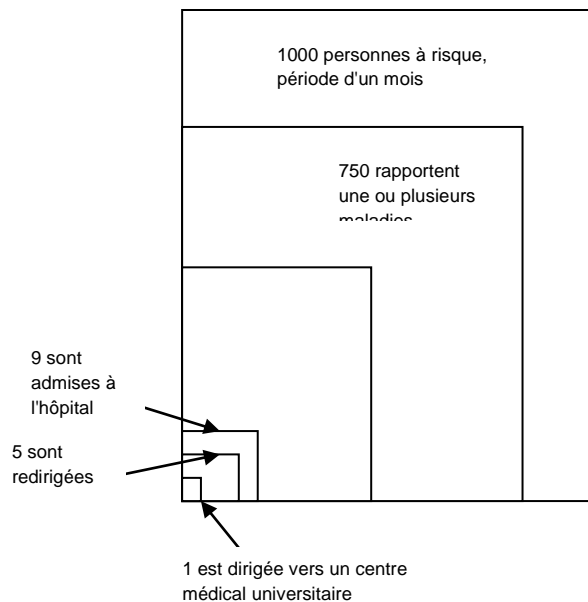


Figure 1 – La démographie de la maladie dans la communauté
(White & Greenberg, 1961)

Les caractéristiques de la pratique familiale qui en font un milieu idéal pour apprendre la médecine :

- Étant donné que la médecine familiale est une discipline généraliste qui s'exerce dans un milieu ambulatoire, elle se prête éminemment bien à l'enseignement de la méthode clinique : entrevue, questionnaire, examen physique et examens de laboratoire. Même si l'hôpital est l'endroit idéal pour acquérir des compétences spécialisées et voir les maladies graves qui se présentent rarement dans un contexte communautaire, les patients hospitalisés sont souvent trop malades pour que les étudiants en médecine mettent leurs connaissances en pratique auprès d'eux.

- Il est plus facile pour les patients ambulatoires de participer à la prise en charge de leur maladie que pour les patients hospitalisés gravement malades. Par conséquent, on apprend plus vite à trouver un terrain d'entente avec les patients en milieu ambulatoire.
- La médecine familiale procure également une fonction d'intégration, particulièrement pendant l'externat lorsque les étudiants ont besoin d'une occasion de « rassembler toutes les pièces du casse-tête » – de voir des patients indifférenciés avant qu'ils ne soient examinés et catégorisés.

Les caractéristiques de la pratique familiale qui mettent le contexte social et communautaire de la maladie au premier plan :

- Comme les cabinets de médecine familiale s'établissent souvent au cœur des communautés qu'elles desservent, les patients seront vus en consultation dans leur milieu : l'incidence de leur maladie sur leur quotidien et sur leur famille est plus manifeste, tout comme l'influence de leur situation personnelle sur le développement de la maladie. À titre d'exemple, les médecins qui exercent la médecine dans les milieux de vie de leurs patients identifieront clairement des facteurs comme la qualité de l'air, le trafic de stupéfiants, la pollution par le plomb, la perturbation de l'ordre social et la pauvreté.
- Au moins le tiers des patients qui se présentent devant un médecin de famille souffre de troubles affectifs importants (Anseau et al, 2004; Cwikel, Zilber, Feinson, Lerner, 2007) qui sont souvent liés à des difficultés relationnelles, au chômage ou à la pauvreté.
- Les visites médicales des patients souffrant d'une maladie chronique sont plus susceptibles d'être causées par le changement de leur situation sociale que par l'évolution de la maladie.
- Le réseau social des soins est devenu incroyablement complexe, composé de nombreux prestataires de soins traditionnels et non traditionnels, d'organismes communautaires subventionnés par l'État, d'organismes privés, d'organisations bénévoles, de la famille et des amis. Même les professionnels ont de la difficulté à déterminer les sources d'aide pour chaque problème; pour un patient affaibli par la maladie, la tâche peut s'avérer trop lourde. Le médecin de famille et son équipe jouent un rôle important dans la défense des intérêts de leurs patients.
- Les soins à domicile et les soins de longue durée sont des services importants qui exigent la contribution des médecins de famille au nom de leurs patients.
- Les visites à domicile constituent une source d'information précieuse sur les répercussions de la maladie sur les patients et leurs familles. Il est plus difficile d'ignorer les besoins et les souffrances des aidants naturels du patient lorsqu'on est directement témoin de leur situation à domicile.
- Le domicile-hôpital devient une réalité dans de nombreuses communautés et les médecins de famille soignent désormais des patients gravement malades à domicile. C'est une excellente

occasion de perfectionner les compétences en évaluation clinique sans l'aide immédiate de méthodes diagnostiques d'investigation comme les rayons X et les tests de laboratoire.

La médecine familiale et une approche réflexive à l'égard du cursus :

Schön (1983, 1987) fournit des indications précieuses sur la nature de la résolution des problèmes cliniques. Pour apprendre à devenir médecin, il faut apprendre à reconnaître, analyser et prendre en charge les problèmes cliniques. La nature de ces problèmes devrait influencer la nature de l'éducation médicale. Souvent, les problèmes cliniques sont mal définis et les situations sont confuses et indéterminées, en particulier dans le cas des problèmes de soins de première ligne. Une fois les patients dirigés vers un spécialiste ou hospitalisés, leurs problèmes sont souvent beaucoup mieux cernés. La première tâche du clinicien consiste à déterminer la nature du problème. Lorsqu'il cerne le problème, le médecin doit déterminer les éléments auxquels il prêtera attention, ceux qu'il retiendra et ceux dont il ne tiendra pas compte. Par exemple, lorsqu'un patient souffrant de douleurs thoraciques vagues depuis plusieurs mois se présente chez le médecin après s'être querellé avec sa femme, la situation soulève de nombreuses questions. S'agit-il d'un problème « d'angine atypique », de « douleur de la paroi thoracique » ou de « difficulté conjugale »? Le problème est-il lié au stress occasionné par un enfant qui souffre d'un retard de développement ou est-il une combinaison complexe de tous ces éléments?

Il est particulièrement difficile de poser un diagnostic aux premiers stades de la maladie avant l'apparition de tous les signes classiques. Comme le dit McWhinney :

« Reconnaître la maladie dès les premiers symptômes exige une expertise clinique à son meilleur. Cette compétence ne s'apprend pas à l'hôpital. La difficulté fondamentale est que le médecin a affaire à des problèmes cliniques indifférenciés. Les premiers symptômes d'une maladie grave diffèrent si peu de ceux d'affectations bénignes que les médecins inexpérimentés ne voient pas toujours la différence. » (McWhinney, 1964)

Bien souvent, la situation problématique est un cas unique qu'on ne retrouve pas « dans les livres » et qui ne cadre avec aucune directive officielle concernant la prise en charge. Face à une telle situation, les médecins doivent improviser, inventer et essayer des méthodes uniques. Schön soutient que les médecins ont besoin d'une âme d'artiste professionnel. Les conflits de valeurs sont courants. Le problème et les solutions recommandées produisent souvent des points de vue divergents, sans aucune réponse nette. L'incertitude règne. Fréquemment, la situation pose problème à plusieurs égards, par exemple :

- on ne peut attribuer les symptômes à aucune maladie connue;
- les ressources sont inadéquates pour investiguer ou traiter adéquatement les problèmes;
- le patient et le médecin ne s'entendent pas sur le plan de traitement.

Schön utilise une analogie qui compare deux paysages : le « terrain surélevé » et le « marécage ». En terrain surélevé, les patients présentent des problèmes partiellement définis que les sciences biologiques nous aident à comprendre. La tâche du clinicien consiste à confirmer ou à écarter quelques entités morbides clairement définies. S'il parvient à diagnostiquer la maladie, il prescrit la thérapie couramment dispensée; si aucune maladie n'est décelée, on rassure le patient dans l'attente qu'il obtienne satisfaction. Dans le marécage, lieu de travail de la plupart des cliniciens, la tâche n'est pas aussi clairement définie. Les sciences fondamentales classiques ne permettent pas toujours de comprendre le problème. Il est parfois impossible de diagnostiquer une maladie qui explique les souffrances du patient, et même si on y parvient, il arrive parfois qu'on ne lui connaisse aucun traitement efficace. La comorbidité ou les facteurs sociaux sous-jacents rendent fréquemment la situation plus complexe. Par exemple, une patiente atteinte de diabète peut présenter une cardiopathie ischémique, avoir un conjoint violent et être analphabète. En collaboration avec d'autres professionnels de la santé, le médecin viendra en aide à la patiente pour *tous* ses problèmes. Soulager les problèmes sociaux de cette patiente peut être un aspect essentiel de la prise en charge de ses maladies biomédicales. À d'autres occasions, il est plus utile d'analyser les préoccupations du patient, d'écouter son histoire et d'établir une relation d'empathie. Dans ce cas, la tâche fondamentale du médecin consiste à fournir un soutien affectif et des soins, plutôt qu'à guérir.

Schön soutient que notre cursus traditionnel, fondé sur la fausse hypothèse que la médecine clinique est simplement une science fondamentale appliquée, fait en sorte que nos diplômés ne sont pas prêts à affronter la complexité du travail clinique. Très tôt dans leurs études, les étudiants doivent être exposés au « désordre » de la médecine clinique afin de pouvoir apprendre les limites du modèle biomédical, apprendre à tolérer les ambiguïtés et les incertitudes de la médecine et développer l'art de la pratique clinique. Mathers et Rowland (1997) soutiennent que la médecine générale est une spécialité postmoderne. La perspective *moderne* soutient que nous pouvons connaître le monde « extérieur » grâce à la méthode scientifique et elle suppose que cette connaissance n'est pas contaminée par l'esprit de la personne qui le connaît. L'approche *moderne* entourant la conception du cursus met l'accent sur les buts et les objectifs, le contenu, le processus d'enseignement et la mesure et l'évaluation. Il s'agit d'un processus linéaire et mécanique qui s'apparente au modèle biomédical. Quant à l'approche *postmoderne*, elle est plus fluide et complexe. Aux termes de cette approche, les enseignants et les étudiants créent un dialogue qui cible les incidents critiques du cursus tels qu'ils en font l'expérience. À mesure qu'ils tentent de comprendre et de modifier les aspects problématiques du cursus, ils trouvent les questions qu'il convient de poser et acquièrent une connaissance approfondie du processus d'apprentissage et des changements qu'il doit subir.

« Les valeurs éducatives d'un cursus fondé sur ce modèle réflexif ou critique de la pratique professionnelle seraient utiles, actives et pragmatiques et pourraient englober tous les modèles courants de la médecine générale. Les méthodes d'enseignement convenant à ce modèle, notamment les affectations pratiques (« stages ») et l'enseignement en petits groupes, conviendraient mieux que les exposés didactiques. Les méthodes d'évaluation prendraient essentiellement la forme de portefeuilles, de projets, d'évaluation continue, de révisions des compétences et de contrôles par les pairs, et non pas de QCM ou d'ECOS... De plus, le cursus jouirait du respect de la majorité des médecins généralistes puisqu'il serait ancré dans la

réalité : on se retrouverait dans les basses terres marécageuses de la pratique quotidienne où le chaos et l'incertitude sont omniprésents! » (Mathers et collab., 1997)

Si les facultés de médecine se souciaient de l'éducation, et non seulement de la formation, elles devraient adopter une philosophie d'éducation fondée sur la culture générale et ajouter les sciences humaines au cursus. Dans la conférence qu'il a donnée à Johns Hopkins, Robertson Davies a affirmé que le plus grand malaise de l'humanité n'est ni le cancer, ni le sida ou le tabac : c'est la stupidité. Il met les médecins au défi « d'éradiquer complètement cette peste en injectant des doses quotidiennes massives d'art, de musique et de littérature ». (Davies, 1997). Dans son exposé sur James Mackenzie, Sweeney (1998) décrit la place des sciences humaines dans l'éducation d'un médecin : elles nous aident à mieux comprendre la souffrance de nos patients en élargissant notre cadre conceptuel. » Il offre un échantillon substantiel d'écrits portant sur l'art, sur l'importance des récits des patients et sur la force des sciences humaines pour renforcer l'empathie et la perspicacité. McWhinney nous lance le défi de rendre l'éducation médicale autoréflexive :

« Si nous comprenons nos sentiments et nos émotions, seulement alors pourrions-nous prêter attention à ceux de nos patients, mais l'éducation médicale ne tient pas compte de la connaissance de soi. C'est peut-être parce que le chemin vers cette connaissance est long et difficile. Les émotions égoïstes revêtent souvent l'aspect de certaines vertus et nous possédons tous une grande capacité d'aveuglement. Mais il existe des moyens d'atteindre cette connaissance et l'éducation médicale pourrait leur faire une place. La médecine pourrait-elle devenir une discipline autoréflexive? Certes, l'idée peut paraître absurde. Je crois pourtant que c'est la solution si nous voulons être à la fois des guérisseurs et des technologues compétents... La méthode clinique qui fait abstraction de l'expérience affective et domine l'école de médecine moderne est traversée par une ligne de faille. Tant que cette méthode n'aura pas fait l'objet d'une réforme, les émotions et les relations ne pourront occuper la place qu'elles méritent en médecine. Enfin, pour devenir autoréflexive, la médecine devra subir un changement culturel énorme. Pour sa part, la médecine générale a déjà franchi plusieurs étapes qui mènent à ces changements. L'avantage d'être différents, c'est que nous pouvons tracer la voie. » (McWhinney, 1996)

Aperçu historique : deux modèles de médecine

Il est temps qu'on s'interroge sur notre préoccupation envers la biomédecine dans l'éducation des médecins. Personne ne peut contester l'importance de la science médicale pour atténuer la souffrance humaine causée par la maladie. Mais plusieurs remettent en question la réticence à reconnaître les limites de l'approche biomédicale ou le besoin d'avoir des moyens additionnels de comprendre la maladie humaine. (Lipkin, 1987; Engel dans White, 1988)

Une ancienne statue d'Asklepios, dieu grec de la médecine, en compagnie de ses deux filles, Hygie et Panacée, symbolise deux approches de la médecine qui ont joué un rôle de premier plan dans l'histoire. (Renaud, 1994) Hygie est devenue la déesse de la prévention et Panacée, la déesse du traitement. La perspective de Panacée est *ontologique*, c'est-à-dire qu'elle met l'accent sur le besoin d'identifier la maladie, ce qui est « défectueux », et d'y remédier. L'approche d'Hygie est *physiologique*, c'est-à-dire qu'elle examine

la personne globale dans son environnement et cherche à adopter un mode de vie raisonnable et à promouvoir la guérison. La première approche, la recherche d'une panacée, est dramatique et passionnante et elle plaît à notre profond désir d'immortalité. Elle fait ressortir le rôle curatif du médecin : les maladies sont des entités réelles, distinctes de la personne, qu'il faut découvrir et éradiquer à l'aide de remèdes spécifiques.

La deuxième approche, qui met l'accent sur une manière de vivre raisonnable préconisant la modération en toute chose, comporte moins d'attraits à l'ère de la technologie et des remèdes « miracles ». Cette approche fait ressortir le rôle du médecin pour soutenir et éduquer le patient et elle sollicite davantage les qualités personnelles des médecins. On ne considère pas la maladie comme une entité qui suit son propre cours, mais plutôt comme une spécificité inséparable de la personne malade dans le contexte de sa famille et de son environnement. Il est moins important de classer la maladie que d'établir un lien de guérison avec le patient et d'assister la « vis medicatrix naturae », c'est-à-dire le pouvoir de guérison de la nature.

La coexistence millénaire de deux approches aussi divergentes laisse supposer que les mystères de la maladie sont trop profonds pour s'inscrire dans un seul des deux modèles. Il est impératif que les médecins comprennent les deux approches. Mais l'importance excessive qu'on a accordée à l'approche biomédicale classique au cours des cinquante dernières années a occulté l'approche d'Hygie. C'est une des raisons essentielles pour lesquelles nous devons repenser l'éducation des médecins.

Comparaison de deux modèles historiques de la médecine

Modèle biomédical classique → Panacée

- Réductionniste : met l'accent sur « ce qui est défectueux » et le répare
- Le « corps est une machine »
- Corriger le mécanisme défectueux
- Causalité linéaire, cause unique et pensée dichotomique (soit l'une, soit l'autre)
- Distinction entre le corps et l'esprit
- Accent mis sur la maladie en tant qu'entité distincte de la personne
- Mise en valeur des sciences fondamentales traditionnelles : physiologie, anatomie, pathologie, etc.
- Recherche de la certitude
- Le médecin doit demeurer un observateur impartial et détaché → le médecin est un scientifique clinique

Modèle de l'approche centrée sur la personne → Hygie

- Approche systémique : tient compte de la situation globale – le « patient dans son ensemble » et le contexte
- Le « corps est un organisme »
- Soutenir les pouvoirs de guérison naturelle
- Causalité complexe, p. ex. théorie de la complexité et pensée inclusive (à la fois/et)
- Intégration du corps et de l'esprit
- Accent mis sur la personne et son vécu, quel que soit le problème
- Intégration des sciences du comportement et des sciences humaines aux sciences biologiques et démographiques
- Acceptation de l'inévitabilité de l'incertitude
- Le médecin doit s'engager et faire appel à sa subjectivité et à son quotient émotionnel → le médecin est un guérisseur

Dans leur document fondamental en trois volets, Pauli, White et McWhinney (2000) nous demandent de tenir compte du nouveau paradigme de la médecine et de l'éducation médicale. Ils soutiennent qu'il « convient d'étendre le modèle biomédical contemporain extrêmement productif au-delà de la physique et de la biologie afin d'y intégrer des informations cohérentes sur la façon dont les expériences de chaque patient affectent son état de santé...les professionnels de la santé sont directement confrontés à un recensement croissant de données qu'il est désormais impossible d'expliquer ou de traiter au moyen du paradigme traditionnel et par conséquent, il y a des motifs « internes » de plus en plus sérieux pour procéder à un réexamen fondamental de ce paradigme. » À titre d'exemple, on note que la classification internationale des maladies ne parvient pas à catégoriser la moitié des problèmes pour lesquels les patients consultent leur médecin de famille.

Ils nous exhortent à « envisager la vision d'un cursus médical réformé. Pourquoi ne peut-on pas initier les étudiants à la médecine à son niveau le plus élémentaire, en envisageant un modèle *somatopsychosocioculturel*, en faisant appel aux *sciences systémiques* existantes qui s'intéressent aux interactions des gens avec leur environnement, comme les neurosciences, l'immunologie, l'épidémiologie, la psychologie et la sociologie? » (Pauli, White, McWhinney, 2000) Pour améliorer le cursus, Sturmberg offre des suggestions concrètes qu'il tire de sa propre expérience en médecine générale. Trois importants manuels de la médecine familiale donnent des indications précieuses sur une approche multidimensionnelle en matière de soins de santé qui pourrait orienter l'élaboration d'un cursus fondé sur ce nouveau paradigme. Ce sont le *Textbook of Family Medicine* (1997) de McWhinney, le *Oxford Textbook of Primary Medical Care* (2004) de Jones et collab. et le *Theory and Practice* (2007) de Greenhalgh.

Le rapport Flexner :

Souvent cité mais rarement lu, le rapport Flexner exerce une forte influence sur le cursus médical depuis près de cent ans. (Jonas, 1978; Barzansky, 1992; Bonner, 2002) Patronné par la *Carnegie Foundation*, Abraham Flexner, ancien enseignant au niveau secondaire, a visité 155 facultés de médecine en Amérique du Nord. Dans son rapport historique présenté en 1910, il recommandait la fermeture de presque toutes ces écoles, n'en conservant que 31. Après avoir visité un certain nombre de facultés, particulièrement son alma mater Johns Hopkins, Flexner s'est fait une idée de l'approche idéale de l'éducation médicale qui engloberait les meilleurs éléments de l'éducation médicale d'Angleterre, de France et d'Allemagne. Il a analysé les conditions d'admission, le nombre d'enseignants, les finances des collèges, les laboratoires et l'équipement hospitalier. (Calman, 2007) Plusieurs de ses recommandations ont été adoptées, surtout celles dont l'*American Medical Association* et l'*American Association of Medical Colleges* faisaient déjà la promotion.

Flexner a utilisé son influence pour obtenir des subventions de philanthropes dans le but de restructurer certaines des facultés les plus prometteuses. En 1924, la moitié des collèges avaient fermé leurs portes, notamment les écoles à but lucratif de piètre qualité. Johns Hopkins est alors devenu le modèle que les autres facultés s'efforceraient d'égaliser : les facultés de médecine devraient être des départements

universitaires; les étudiants devraient être des apprenants actifs qui auraient la possibilité d'exercer leurs compétences et d'apprendre la méthode scientifique; chaque faculté devrait être associée à un hôpital et un laboratoire; et les étudiants devraient avoir une bonne maîtrise de la recherche bibliothécaire pour se maintenir informés.

Même si le rapport Flexner a catalysé diverses grandes réformes de l'éducation médicale, seules quelques-unes de ses recommandations ont été mises en œuvre : bon nombre de ses suggestions étaient jugées trop radicales. Dans son analyse approfondie du rapport Flexner, Jonas (1978) donne des indications sur le paysage politique du début des années 1900 et étoffe les nombreuses suggestions qui, même à notre époque, seraient révolutionnaires :

« Une lecture attentive du rapport Flexner révèle la quête d'un bon système d'éducation médicale qui est fort différent, à bien des égards, du système qui s'est construit au cours des soixante-cinq années qui ont suivi la publication du rapport. ...

« On insisterait sur la médecine préventive. ... Les concepts de responsabilité sociale et de nature sociale du travail du médecin figureraient parmi les principes les plus élémentaires de la philosophie éducative. ...La principale tâche du processus d'éducation médicale consisterait à enseigner la compréhension et l'usage de la méthode scientifique. Ainsi, la méthode d'enseignement didactique/exposé/apprentissage par cœur/mémorisation et les examens seraient d'une utilité restreinte. Les exposés serviraient essentiellement à présenter et à résumer les matières. Dans la mesure du possible, l'enseignement de la science médicale fondamentale serait intégré à l'enseignement clinique et il reflèterait cet enseignement. ...

« Comprendre le rôle social du médecin et la nature sociale de l'exercice de la médecine serait une composante essentielle du cursus. Par voie de conséquence, l'épidémiologie, la biostatistique, l'analyse des systèmes de prestation des soins de santé, l'histoire médicale, la déontologie, la science du comportement, la sociologie, la science politique et l'économie, dans la mesure où elles s'appliquent à la santé et à la prestation des soins de santé, tiendraient un rôle central dans l'éducation médicale plutôt que d'être reléguées à la périphérie comme elles le sont actuellement. ...

« On insisterait pour enseigner la médecine dans des milieux de soins ambulatoires puisqu'ils se rapprochent davantage de l'environnement dans lequel la majorité des médecins exercent, contrairement aux services d'un hôpital universitaire. ...

« C'est une ordonnance plutôt radicale. De nos jours, la mise en œuvre à grande échelle de ces recommandations produirait un bouleversement politique national qui prendrait des proportions titanesques, voire révolutionnaires. Sans parler de l'éducation et de la rééducation qu'il faudrait entreprendre pour former les facultés de médecine afin qu'elles enseignent dans la plus pure tradition Flexnerienne. » (Jonas, 1978)

Le rapport GPEP :

Même si l'éducation médicale a fait l'objet de nombreuses révisions en Amérique du Nord depuis la parution du rapport GPEP, ce rapport représente la dernière grande révision de l'éducation médicale aux États-Unis et au Canada. Le groupe d'experts du projet comptait 29 chefs de file du milieu de l'enseignement supérieur et incluait notamment des présidents d'université, des directeurs de département et le doyen d'un département d'anglais. Ils ont écouté les mémoires de quelque 96 facultés américaines et canadiennes et ont lu 43 rapports écrits additionnels. Par surcroît, au cours des 30 mois qu'ont duré les délibérations, le groupe d'experts a tenu des audiences publiques et reçu les rapports écrits des représentants de 83 facultés de médecine, 24 collèges et universités, 21 corporations professionnelles et 11 groupes supplémentaires. Le rapport a fait des recommandations sur le processus d'admission, le contenu du cursus, les méthodes d'enseignement, la gouvernance, le budget et les ressources. Le fondement philosophique de ses recommandations était qu'on croyait à l'importance de préparer les étudiants à apprendre tout au long de leur vie professionnelle. « Cet apprentissage doit être autonome, actif et indépendant. Le processus éducatif formel devrait surtout aider les étudiants à développer l'aptitude et le désir de continuer à acquérir et à appliquer des connaissances en matière de résolution de problèmes. » (Groupe d'experts du GPEP, 1984) Bien que le rapport GPEP ait fait de nombreuses recommandations utiles pour améliorer l'expérience des étudiants, « il n'a pas répondu à la question suivante : Quel est le but du programme éducatif? ... Il n'est donc pas étonnant de constater qu'ils sont encore nombreux à croire que le premier but du programme est de préparer les diplômés à exercer la médecine en leur communiquant des renseignements concrets et un ensemble de compétences ou, du moins, à les préparer à participer à un programme de résidence. Résultat? Il existe une forte réticence à modifier les externats classiques. » (Whitcomb & Nutter, 2002)

Le projet EFPO, le cadre CanMEDS et les quatre principes de la médecine familiale :

En 1990, après avoir constaté le mécontentement généralisé du public à l'égard des médecins, les cinq facultés de médecine de l'Ontario ont lancé un projet de collaboration intitulé *Educating Future Physicians for Ontario* (EFPO) qui visait à découvrir quelles étaient « les attentes des Ontariens à l'égard de leurs médecins et les modifications qui pourraient être apportées aux programmes qui préparent les futurs médecins dans le but de répondre à ces attentes... Huit rôles ont été attribués au travail du médecin : expert médical, communicateur, collaborateur, promoteur de la santé, apprenant, gestionnaire (« gardien du système »), érudit et 'médecin en tant que personne'. » (Neufeld et al, 1998) Le projet avait pour objectif global de modifier la nature de l'éducation médicale en Ontario pour la rendre plus attentive à l'évolution des besoins de la société ontarienne. Le projet s'est poursuivi pendant 11 ans et a modifié le paysage de l'éducation prédoctorale de la province (Maudsley, 2000) :

- Pour répondre aux attentes du public, on a élargi la définition de compétence médicale. Il ne suffisait plus d'être simplement un expert médical; il fallait avoir des aptitudes additionnelles comme celles décrites par les sept autres rôles du médecin. Les rôles ont servi de cadre pour renouveler le cursus, perfectionner le corps professoral et évaluer les étudiants de chaque faculté.

- La collaboration entre les facultés de médecine a atteint un degré inégalé. Avant le projet, il s'exerçait souvent une vive concurrence entre les facultés. Elles se critiquaient mutuellement et avaient de la difficulté à comprendre le cursus de leurs rivales. Pendant la durée du projet, toutes les facultés ont organisé des rencontres régulières, partagé des idées et des ressources et appris les unes des autres. Comme le faisait remarquer Jock Murray dans son analyse externe du projet, « C'est l'une des expériences les plus importantes et les plus visionnaires de l'histoire de l'éducation médicaleElle est observée par des éducateurs et des chefs de file du secteur médical du monde entier. » (Murray, 1992) En raison de la longue durée du projet, des professeurs de chaque faculté se sont liés d'amitié et ont établi des relations de travail et ils ont fait en sorte d'intégrer des modèles de collaboration et de soutien à la culture de l'éducation médicale dans la province.
- Le perfectionnement du corps professoral a joué un rôle important dans l'implantation des changements. Le programme de fellowship a permis aux enseignants, aux résidents et aux étudiants de consacrer du temps à la recherche en éducation. Il s'est créé un intérêt pour les carrières en éducation médicale et un plus grand nombre d'enseignants ont suivi des formations additionnelles, y compris des maîtrises en éducation médicale.
- Par ailleurs, il est possible que le principal bienfait du projet EFPO ait été d'encourager le développement du projet CanMEDS.

Le cadre CanMEDS :

En 1993, prenant acte des « changements qui bouleversaient l'exercice de la médecine » (JR Frank, 2005), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a entrepris de revoir l'éducation postdoctorale des spécialités dans le but « de recenser les compétences essentielles que doivent posséder tous les spécialistes pour répondre aux besoins de la société. » (JR Frank, 2005) S'inspirant du projet EFPO, le Collège a rencontré des comités d'experts et des groupes de discussion, procédé à une révision systématique de la documentation, largement consulté d'autres organisations de soins de santé et utilisé un processus Delphi modifié pour cerner les rôles du médecin qui constituent les compétences essentielles. Il a recensé sept rôles. Cinq sont identiques à ceux du médecin du rapport EFPO : expert, communicateur, collaborateur, promoteur et gestionnaire. On a combiné le rôle d'apprenant de l'EFPO à celui d'érudit, et le rôle du « médecin en tant que personne » tiré de l'EFPO est devenu le rôle de professionnel. Depuis 2002, le Collège offre aux enseignants de tous les programmes des cours de perfectionnement complets sur le cadre des compétences essentielles et il propose des ateliers sur l'enseignement de chaque rôle. Entre 2003 et 2005, le Collège a formé huit groupes de travail composés de fellows et de médecins de famille pour leur confier la tâche d'étudier et d'actualiser le cadre. Cette étude approfondie a permis d'établir la description de chaque rôle avec précision et de revalider les concepts essentiels initiaux de CanMEDS. Le cadre sert désormais à établir les normes d'agrément, de certification et d'examen.

À l'instar du projet EFPO pour les médecins de l'Ontario, le cadre CanMEDS a redéfini la compétence médicale pour tous les spécialistes au Canada. « ...CanMEDS a non seulement été mis en œuvre au Canada, il a aussi été adopté par de nombreux pays du monde entier. Les idées de CanMEDS façonnent désormais

l'éducation médicale et la médecine, que ce soit au chevet des patients, dans les laboratoires, dans les salles d'opération, en classe et dans les autres milieux. CanMEDS décrit les aptitudes que doivent posséder les médecins pour répondre aux besoins des patients au 21^e siècle. » (JR Frank, 2005) Plusieurs facultés de médecine du Canada utilisent également le document comme cadre pour décrire les objectifs éducatifs de leurs programmes prédoctoraux.

Les quatre principes de la médecine familiale :

Le Collège des médecins de famille du Canada a une longue histoire de planification et de perfectionnement de l'éducation. Dans les années 1970 et au début des années 1980, le Collège a endossé les objectifs nationaux en matière de certification. En 1985, cette longue liste d'objectifs a cédé la place aux quatre principes de la médecine familiale, qui ont à leur tour été révisés dans les années 1990. Un principe désigne « un comportement ou un aménagement de base personnel ou spécifique; une caractéristique déterminante, une qualité essentielle ». (Stein, 1966) Ainsi, les quatre principes procurent un cadre obligatoire pour comprendre et enseigner la discipline de la médecine familiale :

- Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace
- La médecine familiale est une discipline communautaire
- Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients
- La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille

« L'approche des quatre principes » reflète la méthode clinique centrée sur le patient que décrit le groupe de Western (Stewart et al, 2003) et met ainsi l'accent sur une approche transformée des soins aux patients. Certains éducateurs ont fait valoir que les quatre principes et les rôles du médecin CanMEDS sont simplement deux façons différentes de dire la même chose; d'autres ont laissé entendre que les rôles du médecin peuvent servir à décrire la marche à suivre pour réaliser les principes. Mais toutes les tentatives pour harmoniser les deux cadres ont échoué. Cela démontre probablement le caractère unique de la médecine familiale en tant que discipline :

« L'engagement inconditionnel et ouvert qui nous lie à nos patients est l'essence de la médecine générale. C'est cette relation qui nous définit. Les cliniciens d'autres domaines nouent des relations avec les patients, mais leur engagement est dirigé vers les patients qui ont une maladie ou un problème associé à leur spécialité. La plupart des autres domaines se définissent par rapport au contenu : les maladies, les systèmes organiques ou les technologies. En médecine générale, la relation a généralement préséance sur le contenu. Nous prenons un engagement envers les patients avant de connaître leur maladie. »
(McWhinney, 2003)

Caché, le curriculum ?

Le curriculum « caché », aussi appelé « contenu latent », a le pouvoir de façonner les attitudes et les valeurs des professeurs et des étudiants. (Hafferty & Frank, 1994; Hafferty, 1998; Margolis, 2001; Inui, 2003) Il exerce une influence plus forte que les objectifs écrits et peut même aller à l'encontre du cursus établi dans le calendrier scolaire de la faculté. Si le curriculum caché exerce une telle influence, c'est qu'il se transmet par l'exemple. (Bandura, 1985). Il est contagieux : les étudiants « saisissent » les leçons

enseignées par ce curriculum tacite parce qu'ils baignent dans le système. Mais comme il fait partie de la culture cachée de la faculté de médecine, il n'est pas soumis à la réflexion critique et on le tient simplement pour acquis. Il faudra un effort concerté sur de nombreux fronts pour initier un changement. Comme la réforme du cursus fait généralement abstraction du curriculum caché, elle tend à ne produire que des changements mineurs.

« D'après Dewey, le rôle assigné à une personne dans un environnement précis – ce qu'on lui permet de faire – est le rôle qu'il apprendra. En d'autres mots, le milieu lui-même, c.-à-d. l'environnement, est le message. Ici, le message désigne les perceptions que vous êtes autorisé à bâtir, les attitudes qu'on vous convainc d'affecter, les sensibilités que vous êtes encouragé à développer, pratiquement toutes les choses que vous apprenez à voir, à ressentir et à apprécier. Vous les apprenez parce que votre environnement est organisé de telle sorte qu'il vous autorise, vous encourage ou vous force à les apprendre. » (Postman et Weingartner, 1969)

Le curriculum caché a été défini comme un « ensemble d'influences qui se manifestent au niveau de la structure et de la culture organisationnelles et qui comprend, par exemple, les règles de survie implicites au sein d'une institution comme les coutumes, les rituels et les aspects tenus pour acquis. » (Lempp & Seale, 2004) Certains concepts s'y apparentent : apprentissage tacite, conséquences involontaires des études, socialisation, développement d'un rôle, objectifs implicites, enculturation, connaissance des règles informelles. Il s'enseigne au moyen d'éléments subtils, inconscients, qui envahissent tout l'environnement éducationnel (Bevis et Watson, 2000) :

- l'horaire des cours
- le temps alloué à un sujet
- le nombre d'éléments évalués se rapportant à un sujet
- les interactions entre les personnes et comment elles se font
- la façon dont l'enseignant répond aux étudiants dont l'opinion va ouvertement à l'encontre de sa propre opinion
- la façon dont les étudiants sont encouragés ou non à travailler ensemble
- la façon dont les enseignants interagissent avec les étudiants

McWhinney expose la forte influence du curriculum caché sur l'apprentissage des étudiants :

« Si les étudiants font essentiellement leur formation clinique en milieu hospitalier, ils recevront le message suivant : 'Voici le vrai visage de la maladie, et la méthode que nous utilisons pour étudier un problème est la méthode préconisée en médecine.' S'ils soignent un patient à domicile, on leur dira 'La place d'un médecin n'est pas au domicile de ses patients.' Si leur formation est principalement dispensée par des spécialistes, on leur transmettra le message : 'C'est ici que l'autorité, le prestige et le pouvoir résident.' » (McWhinney)

Voici certaines des leçons transmises par le curriculum caché :

- La biologie éclipse tout le reste : la médecine est l'application de la biologie
- Les questions de comportement font surtout appel au « bon sens » : il est acceptable de faire abstraction des sciences qui expliquent le comportement
- Il est « intéressant » de connaître les sciences humaines, mais on peut les laisser de côté s'il faut consacrer plus de temps à l'apprentissage des sujets importants
- « Les sentiments n'ont pas leur place en éducation. » (Postman and Weingartner, 1969)
- Plus le cursus consacre d'heures à un sujet particulier, plus ce sujet est important
- Peu importe ce que vous apprenez en classe, ce sont les agissements de vos supérieurs qui comptent vraiment
- Les médecins sont les intervenants clés du système de soins de santé
- La médecine spécialisée revêt une plus grande importance que la médecine généraliste
- Les soins tertiaires ont plus d'importance que les soins primaires ou secondaires
- La connaissance des faits compte davantage que les attitudes ou les compétences
- Être en mesure d'énoncer la plus récente donnée est davantage apprécié qu'une compréhension approfondie des concepts. « La mémorisation est la forme de réussite intellectuelle la plus noble et l'éducation a pour objectif de regrouper des « faits divers » (Postman et Weingartner, 1969)
- Les soins des maladies aiguës sont plus importants que les soins préventifs ou les soins aux malades chroniques
- La recherche a plus de poids que l'enseignement ou l'éducation
- Devenir « trop engagé », « trop réflexif » ou « trop introspectif » comporte des risques (Hafferty & Franks, 1994)

L'évaluation : (Brown & Knight, 1994; Palomba & Banta, 1999)

On dit souvent de l'évaluation qu'elle est « la composante qui dicte notre conduite ». Les étudiants prêtent une plus grande attention aux sujets sur lesquels ils s'attendent à être interrogés dans les examens qu'à la longue liste des objectifs éducationnels. Lorsque le cursus est surchargé, les étudiants adoptent des stratégies de survie comme l'écramage et le bourrage. Ils concentrent leurs énergies sur les sujets qui pourraient faire l'objet de questions d'examen et mettent les autres de côté. Même si les questions à choix multiples (QCM) bien rédigées ont le pouvoir de mesurer les connaissances d'ordre supérieur, les professeurs déplorent souvent qu'ils manquent de temps et de compétences pour les rédiger. Par conséquent, la majorité des QCM tendent à se limiter au rappel de faits et donc à récompenser les étudiants qui ont une connaissance superficielle suffisante de la matière pour reconnaître la bonne réponse dans un examen. On a proposé toute une gamme de formats différents pour remplacer les QCM par des examens écrits, mais aucune proposition n'a prouvé qu'elle produisait de meilleurs résultats que les questionnaires à choix multiples bien élaborés. Le défi consiste à trouver des moyens de persuader les professeurs qu'ils doivent consacrer plus de temps et d'énergie à l'élaboration de bonnes questions. Les facultés se doivent de reconnaître et de récompenser cette démarche.

L'évaluation des facteurs non cognitifs (aptitudes de communication, compétences interpersonnelles et attitudes) pose encore plus de problèmes. Si on n'évalue pas ces facteurs avec beaucoup de rigueur, les étudiants auront le sentiment qu'ils n'ont pas d'importance, malgré ce qu'on en dit. Plusieurs facultés ont intégré l'utilisation de journaux de réflexion pour promouvoir la réflexion et la prise de conscience. L'examen clinique objectif structuré (ECOS) est désormais un outil normalisé pour évaluer les habiletés en communication. Mais la spécificité du contenu des aptitudes de communication pose des problèmes. Par exemple, un étudiant qui s'en tire bien avec un patient atteint de diabète peut éprouver des difficultés avec un patient souffrant d'une cirrhose. Par conséquent, les ECOS doivent comporter suffisamment de stations pour être fiables lorsque les enjeux de l'examen sont élevés. Les propriétés de mesure des instruments d'évaluation sont importantes - si elles ne sont ni fiables ni valables, elles sont sans intérêt. Or, il est très difficile de créer des examens qui présentent concurremment un degré élevé de fiabilité et de validité; plus un examen est valable, moins il a tendance à être fiable et vice versa. Comme le dit Marinker : « Qui dit fiabilité, dit équité concurrentielle pour les étudiants. Et qui dit validité, dit justice responsable pour leurs futurs patients. » (Marinker 1997)

« Les deux aspects [la fiabilité et la validité] sont importants et aucune méthode d'évaluation n'est susceptible de satisfaire à toutes les exigences. L'apprentissage et l'évaluation sont l'un pour l'autre des éléments indispensables. Nous devons faire en sorte que les étudiants apprennent ce que nous voulons qu'ils apprennent et veiller à ne pas laisser la fiabilité éclipser ce qui est réellement important. » (Cushing, 2002)

Les stratégies de changement :

Il convient d'analyser l'apprentissage et les changements sur trois plans. (Hargrove, 2003) L'apprentissage en simple boucle consiste à améliorer ce que l'on fait déjà; le changement est minime, p. ex. améliorer les exposés et les discussions en petits groupes par le biais d'activités de formation professorale.

L'apprentissage en double boucle exige de développer de nouvelles manières de procéder sans pour autant modifier l'objectif général; cet apprentissage est plus exigeant, p. ex. remplacer les exposés traditionnels par un apprentissage en équipe. L'apprentissage en triple boucle apporte des transformations; il exige un changement de mentalité, p. ex. structurer l'externat clinique autour d'une affectation de 12 mois en médecine familiale.

On peut utiliser plusieurs approches pour favoriser le changement :

- La formation professorale est une composante essentielle de toute modification efficace au cursus. Il faut que les enseignants aient la possibilité de s'initier au nouveau contenu, aux nouvelles méthodes d'enseignement et d'évaluation et aux nouvelles philosophies en matière d'éducation. C'est aussi une stratégie importante pour les « rallier » au nouveau cursus. Steinert et ses collègues (2007) font remarquer ce qui suit : « Depuis quelques années, on reconnaît que les programmes de perfectionnement du corps professoral ne peuvent se contenter de cibler l'amélioration individuelle; ils doivent également examiner les institutions de plus en plus complexes qui dispensent l'enseignement et l'apprentissage. » Ils décrivent l'approche préconisée par la faculté de médecine

de l'Université McGill à partir du modèle établi par J. P. Kotter (1996) pour effectuer des changements : « ...créer un sentiment d'urgence, former une coalition dirigeante, élaborer une vision, communiquer la vision, donner les moyens d'agir, créer des gains à court terme, consolider les gains et produire de nouveaux changements et ancrer les nouvelles approches dans la culture. » (Steinert et al, 2007). D'autres soulignent aussi l'importance de la formation professorale comme stratégie pour apporter des changements institutionnels. (Litzelman & Cottingham, 2007; Christianson et collab., 2007)

- Suchman et ses collègues (2004) décrivent le recours à une approche positive basée sur l'expérience personnelle pour favoriser un environnement social qui perpétue et renforce le cursus formel.

« Changer les schémas d'interaction dans l'ensemble de la faculté de médecine échappe à la planification et à la conception linéaires; à notre avis, les interventions, les évaluations et les analyses normatives standardisées ne vont pas donner de résultats. En lieu et place, nous avons adopté une perspective non linéaire qui consiste plutôt à « créer des ondes de surface » afin de causer des perturbations constructives dans les modèles d'interactions existants, perturbations que d'autres pourraient alors adopter, modifier et propager. Nous utilisons une méthodologie de changement organisationnel appelée la démarche appréciative, qui porte l'attention sur les capacités existantes et les expériences réussies comme terrain d'appui pour amplifier l'effet désiré. » (Suchman et collab., 2004)

- Mowat et Mowat (2001) décrivent l'utilisation de la recherche-action comme stratégie de changement. Ils soutiennent qu'il est difficile de changer le cursus puisque « par défaut, la position institutionnelle est toujours la résistance au changement. » Ils laissent entendre que les personnes les plus disposées à accepter le changement sont celles qui sont les moins engagées dans le statu quo et le pouvoir actuel. En sa qualité de discipline universitaire relativement nouvelle, la médecine générale a un statut 'marginal' et occupe donc une position idéale pour négocier de nouvelles approches. Les techniques de recherche-action produisent une boucle de rétroaction pour les participants et elles permettent d'apporter des changements fondés sur des données de recherche.

« Il semble clair que le changement se produit en marge des institutions, et que la médecine générale a la tâche et le défi de rester marginale tout en intégrant un apport majeur à son cursus. Le processus de changement est assuré par le maintien des liens avec les prestataires de services qui jouent le rôle de baromètres des besoins de la communauté et peuvent traduire les attentes communautaires et sociales à l'égard des médecins dans un cursus. Bien sûr, les médecins généralistes ne sont pas les seuls à être sensibles aux attentes communautaires et sociales. » (Mowat et Mowat, 2001)

- Earp, French et Gilkey (2008) ont publié un texte sur la défense des intérêts des patients que tous les chefs de file de l'éducation médicale devraient étudier. Ils établissent un dossier précis sur les

divers échecs fondamentaux de l'éducation médicale et offrent des solutions de rechange réfléchies et créatives. Dans un de leurs exemples, ils décrivent le travail d'équipe entre les planificateurs hospitaliers et les membres du *Medical College of Georgia* lors de la construction du nouveau centre médical pour enfants qui a ouvert en 1998.

« Plus de 20 parents et enfants ont travaillé avec les architectes et le personnel hospitalier pour faire en sorte que le centre soit un environnement propice à la guérison...Grâce à cette collaboration, l'hôpital pour enfants a bénéficié d'une conception architecturale primée...Lorsque la culture a commencé à favoriser un milieu centré sur le patient et la famille, les critères liés à la satisfaction du patient ont pris de l'importance pour atteindre un percentile de 95 et plus. » (Earp, French et Gilkey, 2008)

On a modifié les restrictions entourant les heures de visite plutôt que de demander aux membres de la famille de quitter les lieux à la fin des quarts de travail des infirmières. Les familles étaient les bienvenues et on les consultait à titre « d'experts » sur la vie de leurs enfants. La participation accrue des membres de la famille a fait en sorte que les étudiants ont acquis plus d'assurance pour interroger et examiner les enfants en leur présence et ils ont appris à leur demander leur opinion et à leur présenter les résultats de leur recherche : ils ont développé une approche de soins axée sur la famille.

- Rachel Naomi Remen, qui a suivi une formation en pédiatrie, observe que la médecine est une expérience de « marginalisation » qui met l'accent sur l'objectivité, ce qui nous sépare de nos patients et des autres et nous rend vulnérables à l'épuisement professionnel. Pour occulter les blessures infligées par la formation médicale, elle laisse entendre que nous devons modifier la culture :

« Chaque culture a sa part d'ombre et refoule, d'une certaine manière, l'intégrité de ses gens. Elle nous convainc de nous rabaisser, en désapprouvant certaines parties de notre intégrité. Il est très naturel de renoncer à son intégrité pour se faire accepter. Nous n'avons même pas conscience d'agir ainsi même si nous le faisons constamment dans de nombreuses relations et au sein de la culture. Jusqu'à récemment, notre culture épurait énormément ses gens : le cœur, l'âme, l'intuition n'avaient pas leur place. Seuls l'intellect, les faits étaient respectés... ... Alors comment pouvons-nous venir à bout du côté sombre de la culture médicale? J'ai finalement compris que la culture blesse, mais qu'elle peut aussi guérir. On guérit une culture dominante en formant en son centre une sous-culture de gens dignes de foi, qui valorisent une nouvelle façon de faire, qui renforcent et récompensent un aspect refoulé par la culture dominante. » (Remen dans Lerner et Warshall, 2000)

Remen décrit la méthode de travail qu'elle utilise avec les étudiants, les résidents et les enseignants pour les reconnecter avec les mystères et la signification de la pratique médicale par l'entremise d'approches créatives comme les rituels, l'imagerie, le dessin et l'imposition des mains.

Sujets méritant plus d'attention dans les cursus actuels des facultés de médecine¹ :

Même si de nombreuses facultés présentent certains signes d'amélioration encourageants (voir l'Annexe 1), plusieurs sujets importants reçoivent encore trop peu d'attention :

- L'art d'être médecin
 - Le rôle de guérisseur
 - La pleine conscience et la connaissance de soi (Epstein, 1999; Longhurst, 1988; Smith, 2005; McWhinney, 1996)
 - Les relations avec les patients et autres professionnels de la santé/guérisseurs
 - La « présence » – manifester une présence profonde et significative auprès des patients
 - La défense des intérêts (Earp, French et Gilkey, 2008)
- Les problèmes de santé rencontrés principalement dans la communauté et non dans les hôpitaux de soins tertiaires
- Le raisonnement clinique : en particulier, comment aborder des problèmes indifférenciés avant le triage et le transfert des patients dans une clinique spécialisée spécifique
- Le jugement clinique : combiner les préférences et les valeurs du patient avec l'excellence clinique et les meilleures données probantes afin de dresser des plans de prise en charge optimaux
- Les symptômes et les troubles fonctionnels pour lesquels il n'y a pas explication d'ordre médical (Wileman, May, Chew-Graham, 2002)
- L'expérience personnelle du patient qui ne se sent pas bien
 - La nature de la souffrance (Cassell, 2004)
 - La maladie chronique au quotidien (Toombs, Bernard, Carson, 1995)
 - Les stratégies d'adaptation et l'aide à apporter (A Frank, 1991)
- La communication verbale et non verbale. Même si les enseignants insistent sur ces habiletés au cours des deux premières années d'études, la situation se détériore pendant l'externat en raison du manque de renforcement. Selon Headly, les étudiants et les résidents se sentent apparemment moins préparés que jamais à faire face à des situations difficiles liées aux patients et les patients sont de moins en moins satisfaits des compétences en communication des médecins. (Headly, 2007)
- La comorbidité complexe
- Les données probantes de première importance centrées sur le patient (p. ex. le traitement X réduit la morbidité et la mortalité) par rapport aux données probantes centrées sur la maladie (p. ex. le traitement Y améliore les résultats de laboratoire)

¹ Voir aussi Weston, W. « What We Bring », dans Woollard, R. (rédacteur), *The Present and the Promise of Family Medicine in Undergraduate Education: Generalist Foundations: A Discussion Paper*. Toronto, Section des enseignants en médecine familiale, Le Collège des médecins de famille du Canada, 2000.

- La collaboration interprofessionnelle, le travail d'équipe, le leadership et l' « esprit de subordination » efficace (Greiner et Knebel, 2003)
- Les soins aux patients mourants et l'aide à leur famille
- Les problèmes dentaires courants
- La médecine complémentaire et les médecines douces
- Le bien-être, la santé et la prévention, y compris les « bien-portants anxieux »
- La communauté à titre de patient : les problèmes sociaux courants et la responsabilité sociale des médecins (Popay et collab., 2007; Taylor et collab., 2003)

L'externat clinique :

Les expériences cliniques forment la composante la plus importante de l'éducation médicale : ce sont ces expériences qui transforment les étudiants en médecins. C'est principalement pendant l'externat que les étudiants ont la possibilité de « faire l'essai de 'diverses identités' » pour se faire une idée de leur compatibilité avec chaque spécialité en se projetant dans des carrières hypothétiques et des rôles personnels (Burack et collab. 1997). Cette réalité fait ressortir la valeur de la relation entre l'étudiant et l'enseignant et l'importance de travailler avec des médecins qui représentent le type de médecin que la plupart des étudiants deviendront : médecins de famille, spécialistes généralistes et spécialistes dans la communauté.

Même si les deux premières années des études médicales ont fait l'objet de nombreuses innovations et améliorations, l'externat clinique a peu changé depuis 40 ans. Il subit un certain nombre de pressions qui posent des défis :

- La conception traditionnelle du cursus « 2+2 de Flexner » compartimentait l'apprentissage des sciences fondamentales pendant les deux premières années et l'apprentissage de la médecine clinique au cours des deux années suivantes. Cette approche ne tenait pas compte de ce que nous savons maintenant à propos du *transfert de l'apprentissage* de la salle de classe au contexte clinique. Le transfert – apprendre une chose dans une situation et la mettre ensuite en pratique dans une autre situation – ne se fait pas facilement. Si les étudiants n'ont pas la possibilité de faire le lien entre ce qu'ils apprennent en pathophysiologie pendant les cours théoriques et le milieu clinique, ils auront de la difficulté à incorporer les concepts de sciences fondamentales dans leur application clinique. Selon Norman, enseigner la physiologie sans établir de liens avec d'autres sujets, c'est comme enseigner à faire l'examen physique complet dans l'isolement ou, encore, enseigner le latin de façon totalement séparée. Si les étudiants ne parviennent pas à mettre en pratique les concepts qu'ils apprennent pour comprendre et expliquer des problèmes cliniques, le savoir demeurera inerte et sera bien vite oublié (Norman, 2007). Il n'est donc pas surprenant que les étudiants et les enseignants cliniciens affirment que pendant l'externat, les étudiants arrivent difficilement à se rappeler ce qu'on leur a enseigné au cours des deux premières années d'études. Les étudiants disent parfois que c'est comme recommencer les études de médecine à zéro : ils doivent reformater les apprentissages théoriques pour qu'ils cadrent avec le contexte clinique.

- À la suite de l'augmentation de 30 % du nombre d'inscriptions en médecine des dernières années, de nombreuses facultés n'ont plus la capacité d'offrir des expériences cliniques locales adéquates. Cette hausse a contraint les facultés à décentraliser l'enseignement et à répondre aux défis associés à une telle expansion, p. ex. le perfectionnement professoral, le leadership et la gouvernance.
- Les centres hospitaliers universitaires ne conviennent plus à la formation prédoctorale en raison de la gravité des cas, de la courte durée des séjours, de la démographie des patients et de la charge de travail. La plupart des services hospitaliers ressemblent de plus en plus à des unités de soins intensifs pour patients gravement malades. Ces patients sont des cas difficiles sans point commun avec les maladies que l'on retrouve dans la collectivité où la plupart des patients se font soigner. Si les étudiants ne parviennent pas à passer du temps dans les hôpitaux communautaires et les cabinets de médecins, ils n'auront pas la chance d'exercer le rôle que la majorité des médecins sont appelés à jouer en matière de soins de santé.
- Les cliniciens enseignants – tant les professeurs que les résidents – sont trop occupés à répondre aux exigences universitaires et à prodiguer des soins aux patients pour bien enseigner.
- Les normes d'agrément (en particulier ED-2) exigent qu'on accorde plus d'attention au contenu des expériences cliniques. Il n'est plus acceptable de dépendre des « cas qui se présenteront »; le cursus clinique doit être structuré de manière à garantir que les résidents seront exposés au contenu de base de chaque discipline. Cela signifie qu'il faut offrir d'autres possibilités d'apprentissage pour couvrir les sujets cliniques qu'on ne rencontre pas en milieu clinique.
- Les budgets des facultés de médecine ne prévoient pas une rémunération suffisante pour que les enseignants cliniciens se permettent de réserver du temps à l'enseignement.
- La continuité pédagogique fait grandement défaut. L'externat typique comporte une série de stages cliniques déconnectés dont la durée varie de deux à huit semaines. Les superviseurs cliniques sont en service pendant de courtes périodes et ils ont peu d'occasions d'apprendre à connaître les étudiants. Dès que l'étudiant se sent à l'aise dans son rôle à l'intérieur du service, il doit passer au stage suivant. Bien souvent, les étudiants sont épuisés et dépassés (Irby, 2007; O'Brien, Cooke et Irby, 2007).
- Les étudiants en situation d'échec ou de difficulté n'obtiennent pas les conseils et le soutien additionnels dont ils ont besoin.

En raison de ces pressions, les facultés de médecine ont récemment centré leur attention sur les problèmes d'ordre pédagogique de l'externat. Selon Withcomb et Nutter :

« Si l'on souhaite offrir aux étudiants des expériences qui leur permettront de mieux comprendre le rôle du médecin au XXI^e siècle, il faut les affecter principalement à des milieux cliniques semblables à ceux où l'on rencontre habituellement les interactions entre médecins et patients. Par conséquent, la formation clinique des étudiants en médecine devrait moins insister sur les soins aux patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins tertiaires et quaternaires et cibler davantage les contextes suivants : 1) des patients exigeant des soins pour des maladies aiguës et chroniques à l'urgence et dans les centres de

santé communautaires; 2) des expériences du suivi des patients après leur congé de l'hôpital, soit à domicile, dans des centres de soins de longue durée et des centres de soins palliatifs, afin que les étudiants comprennent et apprécient les difficultés que rencontrent les patients à leur retour à la maison et dans la communauté; 3) des expériences en soins longitudinaux aux patients en clinique externe qui mettent l'accent sur les soins aux malades chroniques; et 4) un contact longitudinal avec le groupe de patients d'un « centre médical », de sorte que les étudiants puissent bien comprendre l'importance de la relation médecin-patient qui s'établit uniquement au moyen d'interactions répétées avec les patients. » (Whitcomb et Nutter, 2002)

L'apprentissage de la méthode clinique :

C'est principalement par l'intermédiaire de leurs expériences cliniques que les étudiants commencent à penser comme des médecins. Même si tous les médecins ont en commun certains éléments de la méthode clinique, chaque discipline a ses caractéristiques uniques. À titre d'exemple, on peut mentionner l'approche distinctive de la méthode clinique utilisée en médecine familiale. La médecine familiale adopte une approche qui se veut ouverte à l'égard des patients et qui n'est pas limitée par la discipline; l'engagement se fait envers le patient et non pas à l'endroit d'un ensemble de connaissances. Tous les sujets que le patient veut aborder sont pertinents. Le souci d'autrui et la compassion sont des éléments essentiels de la méthode. (Stewart et collab., 2003; McWhinney, 1997; Cassell, 1997)

La tâche d'isoler la cause biomédicale de la souffrance d'un patient n'a rien en commun avec celle de comprendre l'expérience de la maladie vécue par le patient. Pour accomplir la première tâche, il faut être en mesure d'analyser les antécédents médicaux du patient, de mettre de côté tout ce qui rend le récit du patient unique, de trouver ce qui est universel et de catégoriser la maladie. Pour la deuxième, il faut que le médecin se mette à la place du patient, de manière très personnelle, pour comprendre les sentiments qu'il éprouve et ses cadres de référence. La première exige du médecin qu'il pose des questions comme : où la douleur se situe-t-elle, quand a-t-elle commencé, qu'est-ce qui soulage ou aggrave le mal? La seconde demande au médecin de chercher à comprendre : comment la maladie perturbe-t-elle votre vie, à votre avis, pourquoi cette maladie a-t-elle fait son apparition, pourquoi maintenant, comment vous sentez-vous et acceptez-vous cette situation? Ces questions sont particulièrement pertinentes lorsque les patients ont une maladie fatale ou un problème chronique incapacitant. La première série de questions est neutre, détachée et « objective », tandis que l'autre est plus personnelle et engagée, plus proche des questions qu'on se pose en interprétant un poème. Dans *La mort d'Ivan Ilitch*, Tolstoï met ces deux façons de voir la maladie en contraste :

Une seule question importait à Ivan Ilitch : son cas était-il grave ou non? Mais le médecin ignore cette question déplacée. Selon la perspective du médecin, c'était une question secondaire dont il ne fallait pas tenir compte : le vrai travail consistait à évaluer les probabilités... Il n'était pas question de la vie ou de la mort d'Ivan Ilitch, mais bien d'un rein mobile ou d'une appendicite... Sur le chemin du retour, il ressassa les propos du médecin,

tentant de traduire en langage simple toutes ces phrases sérieuses, obscures et scientifiques et de trouver une réponse à la question : suis-je vraiment malade – très malade – ou suis-je en bonne santé? (Tolstoï, 1960, traduction libre)

Ces deux façons de comprendre les problèmes de nos patients diffèrent grandement et exigent peut-être que nous utilisions des hémisphères cérébraux opposés. Il n'est pas facile de combiner ces deux modes de compréhension et c'est peut-être ce qui explique que nous ayons encore différents modèles de médecine : il n'y a pas de synthèse simple. Il faut des années d'expérience aux médecins pour intégrer ces deux approches à leur méthode clinique. Les étudiants en première année de médecine semblent assez habiles à comprendre le point de vue d'un patient. Mais après un an ou deux, ils deviennent préoccupés par la maladie et craignent de ne pas détecter des troubles graves. Par conséquent, leurs entrevues sont très centrées sur la perspective médicale. Ce n'est que plus tard, vers la fin de la résidence, qu'ils commencent à atteindre un juste équilibre.

Marinker nous présente une de ses patientes, Hilda Thomson, pour nous aider à comprendre la méthode clinique unique de l'omnipraticien / du médecin de famille :

« Le problème du choix en matière de diagnostic médical s'apparente au problème du choix en art ou en poésie. Les déclarations sur l'art contiennent de nombreuses vérités qui n'entrent pas en concurrence, contrairement aux formulations scientifiques. Bien sûr, il faut arrêter un choix sur l'arthrite rhumatoïde, l'arthrite tuberculeuse ou l'arthrite goutteuse pour le poignet douloureux d'Hilda Thompson. Mais dans le même ordre d'idée, nous n'avons pas à tenir compte des images de sa colère envers son mari, de son ressentiment envers la société, de sa frustration sexuelle, de son rejet des médicaments ou des angoisses qu'elle éprouve à titre de propriétaire de boutique. Et ces images n'entrent en concurrence ni avec les pathologies de ses articulations ni avec les artères coronariennes de son mari. La somme de toutes ces images constitue une approximation de la vérité sur les problèmes d'Hilda. » (Marinker, 1978)

Les changements développementaux au cours de l'externat :

Les questions développementales jouent un rôle important en éducation médicale, mais on a tendance à les ignorer jusqu'à ce qu'elles posent des problèmes. Le milieu d'apprentissage et les attentes des enseignants changent énormément lorsque les étudiants commencent leur externat. Au lieu d'insister sur les sciences fondamentales et le contenu théorique, l'apprentissage devient expérientiel auprès des patients des hôpitaux et des cliniques. Au cours de cette année, ils commencent à se voir eux-mêmes comme des médecins – une expérience remarquable, exaltante et parfois effrayante. Les deux premières années d'études portent sur les sciences fondamentales et leur application dans les soins aux patients; le cursus propose un contenu bien structuré; la principale responsabilité des étudiants est d'apprendre la matière enseignée et de prouver qu'ils ont fait cet apprentissage en réussissant les examens. Mais tout change à l'externat : soudainement, ils font partie d'une équipe clinique qui soigne des patients gravement malades

et le « cursus » est désordonné et indéterminé. Ils ont parfois l'impression qu'il n'y a pas de limite à ce qu'il faut apprendre.

Le tableau suivant illustre plusieurs étapes de l'évolution et du développement des étudiants à mesure que leur éducation professionnelle progresse. (Weston et Lipkin Jr., 1989; Carroll, Lipkin Jr., Nachtigall et Weston, 1995)

| | De | → | À |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cible de l'apprentissage | Faits Connaissances Utilité pratique | | Principes Sagesse Créativité et valeurs plus profondes |
| Approche à l'égard de l'apprentissage | Destinataire passif Il faut éviter, nier, punir les erreurs. Dépendance Besoin de certitude Imitation Intérêts limités Préoccupations superficielles Combinaison | | Agent actif Les erreurs permettent d'apprendre. Indépendance, interdépendance Tolérance de l'ambiguïté Originalité Intérêts vastes Préoccupations profondes Intégration |
| Style cognitif | Recherche dualiste de la « bonne réponse » « Receveur de sens » (Perry Jr., 1968) | | Engagement évoluant vers de meilleures réponses « Instigateur de sens » (Perry Jr., 1968) |
| Développement personnel | Formation de l'identité (Erikson, 1963) Égoïsme | | Intimité, début de générativité (Erikson, 1963) Altruisme |
| Professionnalisation | Sentiment d'être soi comme étudiant Besoin de se prouver Peu de responsabilités Fantasme du sauveteur Personne individualiste | | À l'aise dans son rôle de médecin À l'aise avec ses forces et ses limites Nombreuses responsabilités « Assez bon » Membre de l'équipe |
| Concept de la médecine | « Métier » Science <i>dogmatique</i> Relations hiérarchiques MD en tant qu'expert « Emploi » | | « Art » <i>Art qui utilise</i> la science Relations d'alliance (May, 1983) MD aussi au service des autres « Vocation » |

L'externat transforme les étudiants en médecins qui ressemblent étroitement aux médecins des équipes professorales. Ce processus de socialisation est extrêmement puissant et les étudiants constatent parfois avec angoisse qu'ils sont l'image des médecins qu'ils critiquaient par le passé. Ces comportements semblent plus « saisis instinctivement » qu'enseignés. Les étudiants oublient rapidement ce qu'ils ont appris au cours

de leurs deux premières années d'études s'ils voient que les modèles auxquels ils s'identifient ne valorisent pas les mêmes grands concepts.

Il est important de tenir compte de ces questions développementales quand on enseigne aux étudiants en médecine. Leur stade de développement aura des effets profonds sur leur façon de voir le monde, sur ce qu'ils peuvent apprendre facilement et sur les aspects qui poseront des problèmes à certains d'entre eux. À titre d'exemple, les étudiants qui en sont encore au stade du dualisme – vouloir la « bonne » réponse à toutes leurs questions (Perry Jr., 1968; Weston et Lipkin Jr., 1989; Carroll et collab., 1995) – seront très mal à l'aise avec les incertitudes de la pratique clinique; les étudiants qui en sont encore au stade de la formation de l'identité auront de la difficulté à établir des relations étroites avec les patients ou les collègues (Erikson, 1963).

Le stress est omniprésent en médecine et en formation médicale. La tendance à ignorer le stress et à agir comme s'il n'existait pas est à la fois inutile et malsaine. Les étudiants doivent approfondir leurs connaissances au sujet du stress associé au rôle de médecin et concevoir des mécanismes d'adaptation efficaces et sains face au stress. Cette initiative pourrait même aider nos étudiants et jeunes médecins à mieux comprendre leurs patients. Tous les étudiants et leurs enseignants devraient lire l'ouvrage de Coombs intitulé *Surviving Medical School* (1998) et les étudiants devraient avoir la possibilité de discuter de ces questions entre eux et avec leurs enseignants.

L'éducation médicale ne se limite pas à élargir sa base de connaissances et à perfectionner ses habiletés. L'éducation médicale est une expérience transformatrice : elle transforme les étudiants en médecins. Il ne faut pas sous-estimer les répercussions de cette transformation sur les participants. C'est un cheminement passionnant et satisfaisant pour la plupart des étudiants mais, pour certains, c'est une transition effrayante et difficile. Les enseignants doivent être sensibles aux difficultés de leurs étudiants et leur apporter une aide opportune dès qu'ils reconnaissent les premiers signes de détresse. Tous les étudiants devraient avoir accès à un mentor – un membre du corps professoral avec qui ils peuvent discuter de *n'importe quelle* préoccupation et qui leur témoignera de l'empathie. Un mentor ne doit pas être la personne qui évalue l'étudiant et il doit connaître la multitude de ressources dont l'étudiant pourrait avoir besoin – médecins de famille, psychiatres, travailleurs sociaux, conseillers financiers, conseillers pédagogiques – et avoir un accès rapide à ces services. Jean Vanier décrit le mentor comme un « accompagnateur » et explique l'importance de son propre mentor :

« Il était toujours disponible quand j'en avais besoin, surtout quand j'ai lancé l'Arche. Il ne me jugeait jamais, acceptant toujours la personne que je suis et faisant ressortir le meilleur de moi-même. Parce que j'étais bien encadré, j'ai pu me confier. Je n'ai rien dissimulé. J'étais capable de nommer mes faiblesses et mes peurs... L'accompagnateur est comme une sage-femme qui nous aide à naître, à vivre plus pleinement. Mais l'accompagnateur reçoit aussi la vie et, à mesure que les deux personnes s'ouvrent l'une à l'autre, il se forme une communion des cœurs. Elles ne s'accrochent pas l'une à l'autre, mais se donnent vie mutuellement et appellent l'autre à une plus grande liberté. Il a donc été facile pour moi d'accompagner, à mon tour, d'autres personnes, de leur faire confiance, de les libérer un

peu de la culpabilité qui pesait sur leurs épaules et de les aider à découvrir leur valeur... Nous, les êtres humains, avons besoin de marcher ensemble, de nous encourager réciproquement pour poursuivre sur la voie de la croissance et de la lutte pour la libération. Nous devons briser la coquille d'égoïsme qui nous étouffe et nous empêche de réaliser pleinement notre nature humaine. » (Vanier, 1998)

Les nouveaux modèles d'externat :

Ailleurs dans le monde, plusieurs facultés de médecine mettent à l'essai de nouvelles structures d'externat qui offrent des expériences prolongées en pratique familiale ou communautaire. Une récente étude sur les différentes approches qui préconisent la continuité propose de bons arguments en faveur de nouvelles approches face à l'externat :

« En ce qui concerne l'année de base de l'externat, la continuité pédagogique réunit deux forces intégrantes interdépendantes : l'intégration horizontale (améliorer le développement de la compétence générale en reliant les expériences d'apprentissage entre les spécialités cliniques, toutes spécialités confondues) et l'intégration verticale (améliorer la pratique fondée sur des données probantes en reliant les progrès des sciences biomédicales et cliniques avec la solution de problèmes cliniques)... Pour ancrer l'apprentissage clinique dans la prestation des soins, les étudiants doivent avoir un lien pertinent avec les patients sur place et au moment même où la décision médicale initiale est prise, idéalement avant que le diagnostic ne soit posé, et être en mesure de suivre les patients pendant la durée de la maladie (et plus longtemps encore), idéalement dans les divers milieux de soins... Même si, en définitive, l'éducation clinique sera probablement très hétérogène, ce qui est d'ailleurs souhaitable, les caractéristiques essentielles d'un nouveau paradigme pour le XXI^e siècle exigent qu'on repense en profondeur les relations entre les patients, les étudiants et les enseignants et, plus particulièrement, le milieu dans lequel cette relation réussit ou échoue. En insistant sur la continuité des soins, le cursus et la supervision, on procure une assise solide pour le maintien et l'amélioration d'une continuité encore plus fondamentale : la continuité de l'idéalisme. » (Hirsch, Ogur, Thibault et Cox, 2007)

Divers programmes avant-gardistes ont connu beaucoup de succès, certains depuis plus de 30 ans :

- En 1971, l'Université du Minnesota instaurait un programme de médecins associés ruraux (RPAP) pour inciter les étudiants de troisième année à vivre dans des communautés rurales et à y poursuivre leur formation pendant neuf mois. Plus de 1000 étudiants ont participé à ce programme : deux anciens étudiants sur trois exercent en milieu rural et quatre sur cinq exercent en soins primaires. (Pour en savoir plus, voir <http://www.med.umn.edu/RPAP/about.html>. Accédé le 27 novembre 2007)
- En 1972, le programme WAMI (maintenant appelé WWAMI) a été mis sur pied par la faculté de médecine de l'Université de Washington pour rendre la formation accessible aux étudiants de Washington, du Wyoming, de l'Alaska, du Montana et de l'Idaho. Une bonne partie de la formation est donnée dans des communautés rurales et près de 50 % des diplômés choisissent une carrière en soins primaires. (Pour en savoir plus, voir <http://www.uwmedicine.org/Education/WWAMI/>. Accédé le 27 novembre 2007)

- En 1974, le Collège médical Jefferson en Pennsylvanie a créé un programme pour les régions souffrant d'une pénurie de médecins (*Physician Shortage Area Program* ou PSAP). En admettant sélectivement un nombre limité d'étudiants plus susceptibles d'exercer la médecine en milieu rural et en leur offrant un soutien spécial pendant toutes leurs études de médecine, le Collège a réussi à augmenter le nombre de médecins exerçant en milieu rural parmi ses diplômés. Même si les diplômés du PSAP ne représentent que 1 % de tous les diplômés en Pennsylvanie, ils constituent 21 % des médecins de famille en milieu rural de cet État. (Rabinowitz, Diamond, Markham et Hazelwood, 1999; Rabinowitz, 2004)
- En 1997, l'Université Flinders en Australie a élaboré des programmes parallèles d'une année en milieu rural (*Parallel Rural Community Curriculum* ou PRCC). (Worley, Silagy, Prideaux, Newble et Jones, 2000) (Pour plus de renseignements, voir http://som.flinders.edu.au/FUSA/GP-Evidence/rural/education/med_stud/y3/med_stud_y3_PRCC.htm. Accédé le 27 novembre 2007). Les étudiants qui ont suivi ce programme ont inscrit de meilleurs résultats à l'examen de fin d'année que ceux qui ont fait un externat traditionnel dans un hôpital de soins tertiaires. (Worley, Esterman et Prideaux, 2000)
- La faculté de médecine de l'Université James Cook a accepté ses premiers étudiants en 2000, avec pour objectif d'augmenter le nombre de diplômés en médecine qui comprennent les problèmes de santé en milieu rural, éloigné, autochtone et tropical et qui choisiront subséquemment la pratique rurale (non métropolitaine). (Veitch, Underhill et Hays, 2007) Au total, 64 % des diplômés ont choisi des postes d'internat dans des régions non métropolitaines du Queensland. Les données recueillies corroborent le postulat de cette faculté et celui d'autres intervenants du monde entier qui affirment que la formation médicale suivie dans des milieux non métropolitains est le meilleur moyen d'augmenter les effectifs médicaux des régions rurales. Cette étude appuie la création de facultés de médecine régionales qui mettent l'accent sur le recrutement local et sur les enjeux entourant les besoins en matière de santé. (Veitch, Underhill et Hays, 2007)
- L'externat intégré de la faculté de médecine de Harvard et Cambridge a débuté en 2004 à l'Hôpital Cambridge, un hôpital de 118 lits. Dans l'étude expérimentale initiale, huit étudiants ont été jumelés à des précepteurs en médecine interne, en neurologie, en obstétrique/gynécologie, en pédiatrie et en psychiatrie et ont exercé dans les cliniques externes de leurs précepteurs de cinq à dix heures par semaine ou une semaine sur deux pendant un an. Les étudiants ont suivi un groupe de patients pendant les rendez-vous, les consultations, les soins aigus, les admissions, les accouchements, les interventions chirurgicales ou les visites en réadaptation. De plus, chaque étudiant a procédé à l'admission d'au moins 15 patients souffrant d'une maladie aiguë en médecine interne et les a suivis en faisant deux visites quotidiennes. Les étudiants ont aussi participé à des didacticiels en petit groupe, fondés sur des cas, sur une base hebdomadaire. Le modèle de ce cursus mettait l'accent sur la continuité : les étudiants ont suivi une cohorte de patients pendant une période allant jusqu'à un an et ont travaillé avec la même équipe d'enseignants qui servaient de modèles, de mentors et de superviseurs. Les étudiants de cet externat intégré ont réussi au moins aussi bien que les étudiants du programme traditionnel aux examens sur les connaissances du contenu et les habiletés ... et ils ont eu de meilleurs résultats à l'examen complet de fin d'année sur l'autoévaluation des

compétences cliniques... Ils se sont dits plus satisfaits à l'égard de leur cursus et se sentaient mieux préparés à relever les défis professionnels associés aux soins aux patients, notamment l'empathie, la participation des patients aux décisions et la compréhension des répercussions du contexte social sur leurs patients. » (Ogur, Hirsh, Krupat et Bor, 2007)

Ferenchick, Chamberlain et Alguire (2002) ont eux aussi passé en revue plusieurs études qui comparent l'enseignement en milieu communautaire aux approches traditionnelles pendant l'externat. Ils tirent les conclusions suivantes :

« Après avoir comparé leur expérience en milieu communautaire et les stages traditionnels de l'externat, les étudiants rapportent qu'ils ont acquis un degré équivalent de connaissances sur la reconnaissance de la structure de la morbidité et la capacité à produire un diagnostic différentiel, mais un degré plus élevé de connaissances sur la prise en charge des problèmes de santé chroniques, l'évaluation des « intentions cachées » et la prise en charge des problèmes psychosociaux. Les récompenses intrinsèques de l'enseignement en milieu communautaires ont des effets bénéfiques considérables sur la satisfaction et la viabilité et sur l'expérience des médecins enseignants. Ce genre de formation fait la promotion d'éléments clés qui devraient faire d'eux de meilleurs médecins. »

Certaines facultés au Canada offrent ou planifient d'offrir des externats qui consacrent une période prolongée à la pratique familiale, comme l'Université de la Colombie-Britannique, l'Université de Sherbrooke, la faculté de médecine Northern Ontario, l'Université de l'Alberta et l'Université de Calgary. (Kondro, 2006) La possibilité d'exercer en médecine familiale pendant une période prolongée permettra aux étudiants d'apprécier la stimulation intellectuelle et la satisfaction personnelle associées à la pratique de la médecine familiale comme choix de carrière. Il est probable que cette expérience encouragera un plus grand nombre d'étudiants à choisir la médecine familiale, ce qui répondrait à la responsabilité sociale des facultés de médecine de produire un nombre adéquat de médecins dans les disciplines adéquates. De plus, les études menées sur ces autres approches ont constamment démontré que la continuité de l'expérience en milieu communautaire améliore l'apprentissage des étudiants.

La nécessité d'amener un changement fondamental :

En règle générale, le renouvellement du cursus exige qu'on ajoute de nouveaux sujets et de nouvelles approches à l'enseignement et à l'évaluation, mais il exige rarement qu'on change la philosophie sous-jacente de l'éducation. Ces dernières années, de nombreux rapports sur l'éducation médicale ont souligné le manque de concordance entre ce que nos diplômés doivent savoir et ce que nous leur enseignons. Mais la persistance d'un modèle de médecine démodé qui domine encore le cursus est encore plus grave. Marinker et Bloom nous mettent au défi d'apporter des changements fondamentaux. Ils maintiennent que l'amélioration de nos méthodes ne suffira pas à corriger les lacunes de l'éducation médicale. Nous devons repenser les buts, les raisons d'être et la perspective générale de notre mission professorale :

« L'apparition de départements de médecine générale dans les facultés de médecine constitue essentiellement une victoire de nature politique : elle n'a rien changé. Elle n'a pas produit un virage pédagogique car un tel virage exigerait plus qu'une simple modification de la chaîne de production ou qu'un consensus général du comité du cursus sur un nouveau type de produit – un style de médecin différent. Elle nécessiterait de modifier le premier concept de la révolution industrielle qui veut qu'une faculté de médecine soit comme une usine. » (Marinker, 1981)

« On peut aller encore plus loin et dire que les nouveaux médecins, dérouterés, cherchent un secteur protégé de la profession où ils auront le sentiment d'exercer une maîtrise raisonnable sur leur vie professionnelle. Le choix a clairement tendance à s'éloigner de la pratique centrée sur les gens et à s'orienter vers le rôle du spécialiste technique. Si cette observation est juste, l'explication ne se trouve pas dans la motivation ou la sélection des recrues de la profession. Elle se trouve dans la structure de la médecine moderne et dans la structure de ses principales institutions. C'est là que le changement doit se produire si nous ne sommes pas satisfaits de la situation actuelle. » (Bloom, 1988)

De telles modifications représenteront un changement de paradigme pour l'éducation médicale. La médecine familiale, en sa qualité de « petit dernier du milieu universitaire », peut offrir une perspective fraîche sur les changements que nous devons apporter pour adapter l'éducation médicale à la réalité du XXI^e siècle.

Recommandations :

L'éducation médicale n'a pas suivi le rythme accéléré des changements qui ont marqué la médecine depuis dix ans. Les manuels, les articles de revues et les rapports de nombreuses organisations offrent un nombre étourdissant de recommandations qui permettraient d'introduire des modifications. Le *statu quo* n'est pas viable. Par le passé, la plupart des modifications apportées au cursus étaient de premier ou de deuxième ordre : faire la même chose, mais mieux, ou élaborer de nouvelles façons d'atteindre les mêmes buts. Ce qu'il nous faut maintenant, c'est une modification de troisième ordre : transformer l'éducation médicale et repenser nos objectifs ainsi que nos méthodes.

Les principes directeurs pour l'ensemble du cursus :

- Le cursus médical prédoctoral a pour but de préparer les médecins à poursuivre leur formation postdoctorale et à développer les compétences requises pour prodiguer, sous supervision, des soins experts et empreints de compassion aux patients dans leur famille et leur communauté et pour assumer leurs responsabilités plus générales envers la société conformément aux attentes du public, notamment agir comme expert médical, communicateur, collaborateur, promoteur de la santé, apprenant, gestionnaire (« gardien du système »), érudit et 'médecin en tant que personne' (Neufeld et collab., 1998; Maudsley et collab., 2000).
- Les enseignants généralistes (médecins de famille et internistes, chirurgiens et pédiatres généraux) doivent jouer un rôle central dans l'enseignement, à toutes les étapes du cursus, en particulier sur des sujets comme le raisonnement clinique, l'intégration et la mise en application des connaissances en sciences fondamentales et de leur pertinence clinique, l'art de communiquer, la promotion de la santé, le professionnalisme, la santé communautaire, les contextes familiaux et communautaires de la maladie, le travail d'équipe interprofessionnel, le rôle de guérisseur et la centralité de la relation patient-médecin. On doit démontrer le rôle clé des médecins de famille en assurant une présence adéquate des médecins de famille à toutes les étapes et dans tous les aspects du cursus de manière à ce que les étudiants puissent apprécier le rôle et le bien-fondé de la médecine familiale.
- Le cursus doit continuer à enseigner et à analyser les meilleures caractéristiques de l'approche biomédicale par rapport aux maladies humaines, mais il doit aussi dépasser ce paradigme limité et aborder les caractéristiques de la maladie et de la souffrance humaines, qu'on comprendra mieux si on adopte une approche plus globale centrée sur le patient. Les médecins de famille et les autres généralistes sont particulièrement compétents pour présenter cette approche.
- Il est essentiel d'aborder la question du curriculum caché (le curriculum informel, la culture de la faculté de médecine) de manière à ce qu'il soutienne les buts d'un cursus formel en pleine évolution. Les facultés de médecine devraient s'efforcer de développer une culture de respect mutuel pour l'ensemble des professionnels de la santé et des patients.
- Le cursus se doit d'être réceptif et de répondre aux besoins en perfectionnement des étudiants, surtout pendant les expériences transformatrices de l'externat, en renforçant la relation enseignant-apprenant et en offrant, au besoin, du mentorat et d'autres mesures de soutien.
- Le corps professoral de tous les établissements doit participer à un programme continu de perfectionnement en enseignement, avoir suffisamment de temps réservé à l'enseignement et

recevoir une rémunération adaptée à leurs responsabilités pédagogiques. Le corps professoral s'entend des enseignants à plein temps ou partiel et des professeurs auxiliaires, y compris les précepteurs communautaires et les enseignants des établissements décentralisés. Les enseignants cliniques doivent incarner les rôles auxquels le public s'attend (voir la recommandation 1).

- Le cursus doit promouvoir la pleine conscience et la connaissance de soi par une réflexion continue chez les enseignants et les étudiants.
- Il convient de choisir les méthodes d'évaluation de manière à ce qu'elles fassent ressortir les buts du cursus.
- Les activités de recrutement et les politiques d'admission des facultés de médecine doivent encourager les membres de groupes sous-représentés à soumettre des demandes d'admission, notamment les communautés rurales et les groupes autochtones.
- Les facultés de médecine doivent devenir des réseaux universitaires en sciences de la santé situés dans des établissements décentralisés, y compris les petites communautés et le milieu rural. Il est important que tous les établissements contribuent à la planification et à la mise en œuvre du cursus sans qu'aucun établissement ne domine le réseau.
- L'apprentissage direct doit s'accompagner de technologies d'enseignement comme le cyberapprentissage et la vidéoconférence.
- Les ressources financières, humaines et autres doivent être disponibles pour couvrir les coûts associés à l'enseignement dans les établissements communautaires et décentralisés, qui incluent les installations, la technologie, le recrutement de personnel et la rémunération des enseignants.

Les recommandations concernant les années précliniques :

- Le contenu biomédical du cursus se doit d'insister sur les connaissances que les médecins doivent détenir pour prendre en charge la maladie et réduire le fardeau que la maladie impose sur la communauté. Hippocrate nous a rappelé que « la vie est courte, le métier, long ». Par conséquent, un cursus médical exige toujours un juste équilibre entre l'intégralité et la profondeur. Le contenu du cursus doit se fonder sur un plan rationnel. Il doit être élaboré par un comité central et non être conçu pour répondre au caprice ou à l'intérêt de chaque enseignant. Ainsi, les sujets doivent être sélectionnés sur la base des points suivants :
 - a. La prévalence dans la communauté
 - b. La gravité
 - c. La possibilité de traitement
 - d. La valeur éducative en guise de représentation unique d'un concept
 - e. Les grandes idées et les concepts durables (Wiggins et McTighe, 2005), c.-à-d. les idées dont on a besoin pour faire preuve d'une compréhension profonde.
- On doit enseigner les sciences comportementales, sociales et humaines en y accordant la même rigueur qu'aux sciences biomédicales et elles doivent être intégrées au reste du cursus.
- Tous les étudiants doivent comprendre le processus de la création du savoir au moyen de la méthode scientifique et avoir les compétences nécessaires pour analyser les ouvrages médicaux d'un œil critique. Il faut offrir aux étudiants intéressés la possibilité de participer à la recherche et de perfectionner leurs propres compétences en recherche.

- Les méthodes d’enseignement doivent se fonder sur une compréhension évolutive de l’acquisition des connaissances (Bransford, 1999; Slotnick, 1999; Slotnick, 2001) et insister particulièrement sur les approches qui facilitent le transfert de l’apprentissage des années précliniques aux années d’externat et par la suite.
 - a. Il faut éliminer la surcharge factuelle et accorder du temps pour un apprentissage en profondeur.
 - b. Les méthodes d’enseignement doivent insister sur la participation active des étudiants à leur propre apprentissage plutôt que sur l’acquisition passive.
 - c. Il faut offrir souvent aux étudiants, à toutes les étapes du cursus, la possibilité d’interagir avec des patients réels, simulés et virtuels pour les aider à intégrer et à transférer les concepts appris dans les cours précliniques et à comprendre leur pertinence clinique.
 - d. Pendant la première et la deuxième année d’études, il faut offrir aux étudiants des occasions d’apprentissage par observation et d’autres expériences optionnelles au sein d’une pratique générale (interniste, chirurgien ou pédiatre généraliste) et des stages longitudinaux en médecine familiale d’une durée d’au moins trois mois.
 - e. Les enseignants cliniciens et ceux qui enseignent les sciences fondamentales doivent travailler de concert afin d’élaborer des exemples de cas réalistes qui feraient mieux saisir les concepts appris dans les cours précliniques.
 - f. Tous les établissements d’enseignement doivent disposer d’une bibliothèque et d’autres ressources matérielles adéquates.
- Les cas cliniques doivent être réalistes et représentatif :
 - a. Les cas cliniques doivent représenter l’éventail complet des médecins mis à contribution – médecins de famille, spécialistes généralistes et surspécialisés – et des autres professionnels de la santé et présenter les rôles et les responsabilités de chacun.
 - b. Les cas cliniques doivent décrire la gamme complète des diverses présentations des patients.
 - c. Le contenu des cas cliniques doit inclure un contexte personnel, familial et communautaire.
 - d. Les questions relatives à l’apprentissage doivent dépeindre l’ensemble des problèmes décrits par le modèle biopsychosocial.
 - e. Les cas cliniques doivent présenter les médecins et autres professionnels de la santé sous un jour favorable, et non rapporter des exemples de mauvais soins. Ils doivent dépeindre le respect mutuel, la collaboration et la communication efficace entre tous les professionnels de la santé.
- Les étudiants en médecine doivent avoir l’occasion de participer à des apprentissages interprofessionnels et intraprofessionnels qui mettent l’accent sur les rôles et les responsabilités des autres membres de l’équipe de soins et sur les compétences en matière de communication et de collaboration interprofessionnelles et intraprofessionnelles. Le cursus doit porter sur les problèmes qui touchent diverses professions et éviter les approches qui privilégient un groupe en particulier.
- Le rôle de la technologie de l’information dans l’enseignement et les soins aux patients doit être examiné de près. La technologie se doit de soutenir l’excellence en pédagogie et en soins aux patients.

- Les médecins de famille doivent jouer un rôle significatif dans la conception du cursus et l'enseignement, notamment l'enseignement des problèmes biomédicaux courants.

Les recommandations concernant l'externat :

- L'externat est une formation professionnelle générale qui a pour but de préparer des médecins indifférenciés à poursuivre un programme de formation postdoctorale. Il doit insister sur l'enseignement des compétences que tous les médecins doivent posséder.
- Les étudiants doivent assumer une responsabilité authentique, supervisée et progressive dans les soins aux patients en qualité de membres d'une équipe clinique.
- L'externat doit offrir une expérience longitudinale d'au moins trois mois dans un même contexte de médecine familiale où les étudiants auront la possibilité d'établir des relations continues avec un groupe de patients ambulatoires et de professionnels de la santé. Les étudiants doivent avoir la possibilité de suivre un groupe de patients, y compris des patients qui nécessitent :
 - a. des soins épisodiques pour des problèmes indifférenciés
 - b. la prise en charge d'une maladie chronique
 - c. la promotion de la santé, la prévention des maladies et la réadaptation
 - d. la représentation de leurs intérêts
- Il faut encourager les facultés à élaborer des externats intégrés dans une pratique communautaire d'une durée de 12 mois ou plus.
- Tous les étudiants doivent avoir l'occasion de participer aux soins d'un patient mourant.
- Les équipes d'enseignants doivent prodiguer des soins exemplaires et offrir de vastes possibilités d'apprentissage :
 - a. Pendant toute la durée de leur externat, les étudiants doivent connaître un nombre de patients approprié, représentant tous les groupes d'âges et les deux sexes et présentant un ensemble complet de problèmes médicaux.
 - b. Les étudiants doivent être affectés à des milieux où les décisions d'équipe se fondent sur une considération intégrée du jugement clinique, des préférences et des valeurs du patient et des meilleures données probantes de recherche.
 - c. Les étudiants doivent être exposés et participer aux soins centrés sur le patient qui incluent les patients dans les décisions de prise en charge en tant que partenaires égaux.
 - d. Tous les enseignants qui participent à la formation des étudiants doivent prendre part à un programme continu de perfectionnement pour améliorer leur aptitude à enseigner.
 - e. Tous les établissements doivent disposer de ressources documentaires de grande qualité.
 - f. Les étudiants doivent avoir la possibilité d'apprendre à se servir d'un dossier médical électronique.
 - g. Le milieu de formation doit utiliser des approches visant à améliorer constamment la qualité.
- Tous les résidents doivent recevoir une formation continue et une rétroaction au sujet de leur aptitude à enseigner et avoir des occasions d'enseigner. L'enseignement doit tenir compte des grands principes de l'éducation médicale décrits dans le présent document.

- Les étudiants qui connaissent des difficultés ou un échec ont besoin de ressources additionnelles pour obtenir des mesures correctives adaptées : un milieu d'apprentissage clinique qui procure du temps pour la réflexion, une observation directe par les superviseurs, une rétroaction et un encadrement constructifs, une expertise pédagogique et un mentorat individuel.
- Les aptitudes en relations et en communication acquises au cours des années précliniques doivent servir de modèle, être renforcées et être perfectionnées pendant l'externat.
- Tous les rôles du médecin recensés dans le projet EFPO (*Educating Future Physicians for Ontario*) et auxquels le public s'attend – expert médical, communicateur, collaborateur, promoteur de la santé, apprenant, gestionnaire (« gardien du système »), érudit et 'médecin en tant que personne' – doivent être enseignés en donnant l'exemple et de façon explicite. (Neufeld et collab., 1998; Maudsley et collab., 2000)

Références – Une liste de manuels et d'articles sélectionnés

Les ouvrages spécialisés dans ce domaine sont nombreux et se multiplient rapidement. La liste qui suit comporte des références aux études supérieures, à l'éducation médicale, à la psychologie de l'apprentissage, aux études sur les cursus, à l'enseignement, à la narration et à la philosophie de l'éducation. De plus, nous avons inclus certains des ouvrages charnières en médecine familiale et en soins primaires.

ALLEN, J. (rédacteur). *The European Definition of General Practice / Family Medicine, Revised*. Barcelone, Espagne, WONCA Europe, 2005. Accessible à :

<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Definition%202nd%20ed%202005.pdf>. Accédé le 12 avril 2008.

American Medical Association Initiative to Transform Medical Education – Recommendations for change in the system of medical education. Chicago, American Medical Association, 2007.

ANSSEAU, M., M. DIERICK, F. BUNTINKX et collab. « High prevalence of mental disorders in primary care », *Journal of Affective Disorders*, 2004, vol. 78, p. 49-55.

BANDURA, A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Prentice Hall, 1985.

BARZANSKY, B. (rédacteur). *Beyond Flexner: Medical Education in the Twentieth Century*, New York, Greenwood Press, 1992.

BARZANSKY, B., C. P. FRIEDMAN, L. ARNOLD, W. K. DAVIS, H. S. JONAS, J. H. LITTLEFIELD et C.J.M. MARTINI. « A view of medical practice in 2020 and its implications for medical school admission », *Academic Medicine*, 1993, vol. 68(1), p. 31-34.

BEVIS, E. O. ET J. WATSON. *Toward a Caring Curriculum – A New Pedagogy for Nursing*, Toronto, Jones and Bartlett, 2000.

BLAND, C.J., S. STARNAMAN, L. WERSAL, L. MOORHEAD-ROSENBERG, S. ZONIA et R. HENRY. « Curricular Change in Medical Schools: How to Succeed », *Academic Medicine*, 2000, vol. 75, p. 575-594.

BLOOM, S. W. « Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change », *Journal of Health and Social Behavior*, 1988, vol. 29, p. 294-306.

BONNER, T. N. *Iconoclast – Abraham Flexner and a Life in Learning*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2002.

BOWE, C. M., L. LAHEY, E. ARMSTRONG et R. KEGAN. « Questioning the 'big assumptions'. Part 1: addressing personal contradictions that impede professional development », *Medical Education*, 2003, vol. 37, p. 715-722.

BRANSFORD, J. D., A.L. BROWN, R.R. COCKING (rédacteurs). *How People Learn- Brain, Mind, Experience, and School*, Washington, National Academy Press, 1999.

BROWN, S. KNIGHT. *Assessing Learners in Higher Education*, London, Kogan Page, 1994.

BURACK J. H., D.M. IRBY, J.D. CARLINE, D. M. AMBROZY, K.E. ELLSBURY et F.T. STRITTER. « A study of medical students' specialty choice pathways: trying on possible selves », *Academic Medicine*, 1997, vol. 72(6), p. 534-541.

CALMAN, K. C. *Medical Education – Past, Present and Future – Handing on Learning*, Edinburgh, Churchill Livingstone Elsevier, 2007.

Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: Professional Preparation of Physicians – Medical Education Study. Accessible à : <http://72.5.117.129/programs/index.asp?key=1822>. Accédé le 24 novembre 2007.

CARROLL, J. G., M. Jr. LIPKIN, L. NACHTIGALL et W.W. WESTON. « A Developmental Awareness for Teaching Doctor/Patient Communication Skills », dans Lipkin, M. Jr., S.M. Putnam et A. Lazare. *The Medical Interview – Clinical Care, Education, and Research*, New York, Springer-Verlag, 1995.

CASELL, E. J. *Doctoring – The Nature of Primary Care Medicine*, New York, Oxford University Press, 1997.

CASELL, E. J. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, 2^e édition. Oxford, Oxford University Press, 2004.

CHRISTAKIS, N. A. « The similarity and frequency of proposals to reform US medical education », *JAMA*, 1995, vol. 274(9), p. 706-711.

CHRISTIANSON, C. E., R. B.MCBRIDE , R.C. VARI, L. OLSON et D. WILSON. « From traditional to patient-centered learning: curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education », *Academic Medicine*, 2007, vol. 82(11), p. 1079-1088.

CLARKE, L. E. et J. NISKER. *In Our Hands – On Becoming a Doctor*, Lawrencetown Beach, Nouvelle-Écosse, Pottersfield Press, 2007.

CONRAD, P. « Learning to doctor: reflections on recent accounts of the medical school years », *Journal of Health and Social Behavior*, 1988, vol. 29(4), p. 323-332.

COOKE, M., D.M. IRBY, W. SULLIVAN et K.M. LUDMERER. « American Medical Education 100 Years after the Flexner Report », *New England Journal of Medicine*, 2006, vol. 355 p. 1339-1344.

COOMBS, R. H. *Surviving Medical School*. Thousand Oaks, Sage, 1998.

CUFF, P.A. et N.A. VANSELOW (rédacteurs). *Improving Medical Education – Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula*, Washington, The National Academies Press, 2004.

CUSHING, A. « Assessment of Non-Cognitive Factors », dans Norman, G. R., C.P. M. van der Vleuten et D.I. Newble (rédacteurs, *International Handbook of Research in Medical Education*. Dordrech, Kluwer Academic Publishers, 2002.

CWIKEL, J., N. ZILBER, M. FEINSON et Y. LERNER. « Prevalence and risk factor of threshold and sub-threshold psychiatric disorders in primary care », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2007, vol. 11, d'abord publié en ligne à : <http://www.springerlink.com.proxy2.lib.uwo.ca:2048/content/1q37176123103869/fulltext.pdf>. Accédé le 24 novembre 2007.

DAVIES, R. *The Merry Heart*. Londres, Viking, 1997.

DES MARCHAIS, J. E. *Learning to Become a Physician at Sherbrooke*, Maastricht, Network Publications, 2001.

EARP, J. A. L., E.A. FRENCH et M.B. GILKEY. *Patient Advocacy for Health Care Quality: Strategies for Achieving Patient-Centered Care*, Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett, 2008.

EMANUEL, E. « Changing the Pre-med Requirements and the Medical Curriculum: Time for a Second Flexner Report », *JAMA*, 2006, vol. 296, p. 1128-1131.

ENGEL, G. L. « How Much Longer Must Medicine's Science be Bound by a Seventeenth Century World View? », dans White, K. L. *The Task of Medicine – Dialogue at Wickenburg*, Menlo Park, Californie, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988.

EPSTEIN, R. M. « Mindful Practice », *JAMA*, 1999, vol. 282, p. 833-839.

ERICSSON, K. A., N. CHARNESS, P.J. FELTOVICH et R.R. HOFFMAN RR. *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, Cambridge, Cambridge University Press, 2006.

ERICSSON, K. A., R.T. KRAMPE et C. TESCH-ROMER. « The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance », *Psychological Review*, 1993, vol. 100(3), p. 363-406.

ERIKSON, ERIK H. *Childhood and Society*, 2^e édition, New York, Norton, 1963.

EVA, K. « Putting the cart before the horse: testing to improve learning », *British Medical Journal*, 2007, vol. 334, p. 535.

EVANS, R. G., M. L. BARER et T.R. MARMOR (rédacteurs). *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health in Populations*, New York, Aldine De Gruyter, 1994.

FERENCHICK, G. S., J. CHAMBERLAIN et P. ALGUIRE. « Community-based teaching: Defining the Added Value for Students and Preceptors », *The American Journal of Medicine*, 2002, vol. 112, p. 512-517. Accessible à : <http://www.im.org/facdev/gimfd/ProjectMaterial/PublicationsReportsfiles/AlguireFerenchickChamberlain.pdf>. Accédé le 24 novembre 2007.

FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada*, bulletin n° 4, New York, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada*, New York, The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910. Accessible à : <http://www.carnegiefoundation.org/publications/>. Accédé le 24 novembre 2007.

FLEXNER, A. *Medical Education: A Comparative Study*, New York, MacMillan, 1925.

FRANK, A. *At the Will of the Body – Reflections on Illness*, Boston, Houghton Mifflin, 1991.

FRANK, J.R. (rédacteur). *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework – Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005. Accessible à : <http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>. Accédé le 5 décembre 2007.

FRANK, J.R., M. JABBOUR, P. TUGWELL et collab. « Skills for the new millennium: report of the societal needs working group », projet CanMEDS 2000, *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 1996, vol. 29, p. 206-216.

GAMBRILL, E. *Critical Thinking in Clinical Practice – Improving the Quality of Judgments and Decisions*, 2^e édition, Hoboken, New Jersey, John Wiley and Sons, 2005.

GENN, J.M. « AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 1): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education – a unifying perspective », *Medical Teacher*, 2001, vol. 23(4), p. 337-344.

GENN, J. M. « AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 2): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education – a unifying perspective », *Medical Teacher*, 2001, vol. 23(5), p. 445-454.

GREEN, L.A., B.P. YAWN, D. LANIER et S.M. DOVEY. « The Ecology of Medical Care Revisited », *New England Journal of Medicine*, 2001 vol. 344(26), p. 2021-2025.

GREENHALGH, T. et B. HURWITZ (rédacteurs). *Narrative Based Medicine – Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, Londres, BMJ Books, 1998.

GREENHALGH, T. et B. HURWITZ. « Narrative based medicine: why study narrative? », *British Medical Journal*, 1999, vol. 318, p. 48-50

GREENHALGH, T. *Primary Health Care – Theory and Practice*, Oxford, Blackwell Publishing, 2007.

GREINER, A. C. et E. KNEBEL (rédacteurs). *Health Professions Education: A Bridge to Quality*, Washington, The National Academies Press, 2003

GROOPMAN, J. *How Doctors Think*, New York, Houghton Mifflin, 2007.

GUNDERMAN, R. B. *Achieving Excellence in Medical Education*, New York, Springer, 2006.

HAFFERTY, F. W. « Cadaver stories and the emotional socialization of medical students », *Journal of Health and Human Behavior*, 1988, vol.29(4), p. 344-356.

HAFFERTY, F. W. et R. FRANKS. « The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education », *Academic Medicine*, 1994, vol. 69, p. 861-871.

HAFFERTY, F. W. « Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum, *Academic Medicine*, 1998, vol. 73, p. 403-407.

HARGROVE, R. *Masterful Coaching*, édition révisée, San Francisco, Jossey-Bass, 2003.

HART, J. T. « The world turned upside down: proposals for community based undergraduate medical education », *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1985, vol. 35, p. 63-68.

HAWKINS, A. H. « Pathography: patient narratives of illness », *Western Journal of Medicine*, 1999, vol. 171, p. 127-129.

HEADLY, A. « Communication Skills: A Call for Teaching to the Test. APM Perspectives », *The American Journal of Medicine*, 2007, vol. 120(10), p. 912-915. Accessible à : <http://www.im.org/AAIM/Pubs/Docs/AJM/2007/October07Perspectives.pdf>. Accédé le 24 novembre 2007.

HEYRMAN, J. (rédacteur). *The Euract Educational Agenda of General Practice / Family Medicine*, Kos, Grèce, WONCA, 2005. Accessible à : <http://www.euract.org/pdf/agenda.pdf>. Accédé le 12 avril 2008.

HIRSCH, D.A., B. OGUR, G.E. THIBault et M. COX. « 'Continuity' as an organizing principle for clinical education reform », *New England Journal of Medicine*, 2007, vol. 356(8), p. 858-866.

IEDEMA, R., P.DEGELING, J. BRAITHWAITE et D. CHAN. « Medical Education and Curriculum Reform Proposals in Context », *Medical Education Online*, 2004, vol. 9, p. 17.

INUI, T. S. *A Flag in the Wind: Educating for Professionalism in Medicine*, Washington, D.C., Association of American Medical Colleges, 2003.

IRBY, D. « Educational Continuity in Clinical Clerkships », *New England Journal of Medicine*, 2007, vol. 356(8), p. 856-857.

IRBY, D. M. et L. WILKERSON. « Educational Innovations in Academic Medicine and Environmental Trends », *Journal of General Internal Medicine*, 2003, vol. 18, p. 370-376.

ISAACS, S. L. et J.R. KNICKMAN (rédacteurs). *Generalist Medicine and the U.S. Health System*, San Francisco, Jossey-Bass, 2004.

JOLLY, B. et L. REES. *Medical Education in the Millennium*, Oxford, Oxford Medical Press, 1998.

- JONAS, S. *Medical Mystery – the Training of Doctors in the United States*, New York, WW Norton, 1978.
- JONES, R., N. BRITTEN, L. CULPEPPER, D. GASS, R. GROL, D. MANT et C. SILAGY. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*, Oxford, Oxford University Press, 2004.
- KERN, D. E., P.A. THOMAS, D.M. HOWARD et E.B. BASS. *Curriculum Development for Medical Education – A Six-Step Approach*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1998.
- KONDRO, W. « Eleven satellite campuses enter orbit of Canadian medical education », *Canadian Medical Association Journal*, 2006, vol. 175(5), p. 461-462.
- KOTTER, J.P. *Leading Change*, Boston, Massachusetts, Harvard Business School Press, 1996.
- LAKHANI, M. (rédacteur). *A Celebration of General Practice*, Abingdon, Oxon, Radcliffe Medical Press, 2003.
- LEMPP, H. et C. SEALE. « The hidden curriculum in undergraduate medical education qualitative study of medical students' perceptions of teaching », *British Medical Journal*, 2004, vol.329, p. 770-773.
- LENER, M.J. et P. WARSHALL. « The Doctor's Dilemma – ethics in doctor-patient relations. Returning service, grace, and meaning to the art of healing. Rachel Naomi Remen – an interview with Peter Warshall », *Whole Earth*, été 2000. Accessible à : http://articles.findarticles.com/p/articles/mi_m0GER/is_2000_Summer/ai_63500736. Accédé le 2 décembre 2007.
- LIPKIN, M. *The Care of Patients. Perspectives and Practices*, New Haven, Yale University Press, 1987.
- LITZELMAN, D.K. et A.H. COTTINGHAM. « The new formal competency-based curriculum and informal curriculum at Indiana University School of Medicine: overview and five-year analysis », *Academic Medicine*, 2007, vol. 82, p. 410-421.
- LONGHURST M. Physician self-awareness: the neglected insight. *Canadian Medical Association Journal*. 1988;139:121-124.
- LUDMERER, K. M. *Learning to Heal: The Development of American Medical Education*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1996.
- LUDMERER, K. M. *Time to Heal – American Medicine from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*, Oxford, Oxford University Press, 1999.
- MARGOLIS, E. (rédacteur). *The Hidden Curriculum in Higher Education*, New York, Routledge, 2001.
- MARINKER, M. « Medical education and human values », *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1974, vol. 24, p. 445-462.
- MARINKER, M. « Myth, paradox and the hidden curriculum », *Medical Education*, 1997, vol. 31, p. 293-298.

MARINKER, M. « Should general practice be represented in the university medical school », *British Medical Journal*, 1983, vol. 286, p. 855-859.

MARINKER, M. « The chameleon, the Judas goat, and the Cuckoo. (Yorkshire Oration 1977)» *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1978, vol. 28, p. 199-206.

MARTIN, J.B. et collab. *Educating Doctors to Provide High Quality Medical Care: A Vision for Medical Education in the United States – Report of the Ad Hoc Committee of Deans*, à la demande de l'AAMC Institute for Improving Medical Education, 2004.

MATHERS, N. et S. ROWLAND. « General Practice – A PostModern Specialty? », *British Journal of General Practice*, 1997, vol. 47, p. 177-179.

MAUDSLEY, R. F., D. R. WILSON, V.R. NEUFELD, B.K. HENNEN, M.R. DEVILLAER, J. WAKEFIELD, J. MACFADYEN, J.M. TURNBULL, W.W. WESTON, M.G. BROWN, J.R. FRANK et D. RICHARDSON. « Educating Future Physicians for Ontario: Phase II », *Academic Medicine*, 2000, vol. 75(2), p. 113-126.

MAY, W. F. *The Physician's Covenant: Images of the Healer in Medical Ethics*, Philadelphie, The Westminster Press, 1983.

MCLACHLAN, J. C. « 'My story': a new departure for Medical Education » (éditorial), *Medical Education*, 2006, vol. 40, p. 1154-1155.

MCWHINNEY IR. *The Early Signs of Illness – Observations in General Practice*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1964.

MCWHINNEY, I. R. « The reform of medical education: a Canadian model » *Medical Education*, 1980, vol. 14, p. 189-195.

MCWHINNEY, I. R. « The Importance of Being Different. The William Pickles Lecture 1996 », *British Journal of General Practice*, 1996, vol. 46, p. 433-436.

MCWHINNEY, I. R. *A Textbook of Family Medicine*, 2^e édition, Oxford, Oxford University Press, 1997.

MCWHINNEY, I. R. « The Essence of General Practice », dans Lakhani, M. (rédacteur). *A Celebration of General Practice*, Abingdon, Oxon, Radcliffe Medical Press, 2003.

MCWHINNEY, I. R. « The Evolution of Clinical Method », dans Stewart, M., J.B. Brown, W.W. Weston, I.R. McWhinney, C.L. McWilliam et T.R. Freeman, *Patient-Centered Medicine – Transforming the Clinical Method*, 2^e édition, Abingdon, Oxon, Radcliffe Medical Press, 2003.

MEAD, N. et P. BOWER. « Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature », *Social Science and Medicine*, 2000, vol. 51, p. 1087-1110.

MOWAT, H. et D. MOWAT. « The value of marginality in a medical school: general practice and curricular change », *Medical Education*, 2001, vol. 35, p. 175-177.

MULLAN, F. *Big Doctoring in America – Profiles in Primary Care*, Berkeley, University of California Press, 2002.

MURRAY, J. et collab. *An External Review of the EFPO Project at the Midpoint*, novembre 1992.

NEUFELD, V.R., R.F. MAUDSLEY, R.J. PICKERING, J. M. TURNBULL, W.W. WESTON, M.G. BROWN et J.C. SIMPSON. « Educating future physicians for Ontario », *Academic Medicine*, 1998, vol. 73, p. 1133-1148.

NOOMAN, Z.M., H.G. SCHMIDT et E.S. EZZAT (rédacteurs). *Innovation in Medical Education – an Evaluation of Its Present Status*, New York, Springer, 1990.

NORMAN, G. « How basic is basic science? », *Advances in Health Sciences Education*, 2007, vol. 12, p. 401-403.

NORMAN, G.R., C.P.M. VAN DER VLEUTEN et D.I. NEWBLE (rédacteurs). *International Handbook of Research in Medical Education*, Dordrech, Kluwer Academic Publishers, 2002.

O'BRIEN, B., M. COOKE et D. IRBY. « Perceptions and attributions of third-year student struggles in clerkships: do students and clerkship directors agree? », *Academic Medicine*, 2007, vol. 82(10), p. 970-978.

OFRI, D. *Singular Intimacies – Becoming a Doctor at Bellevue*, Boston, Beacon Press, 2003.

OGUR, B., D. HIRSH, E. KRUPAT et D. BOR. « The Harvard Medical School-Cambridge Integrated Clerkship: An Innovative Model of Clinical Education », *Academic Medicine*, 2007, vol. 82, p. 397-404.

OSWALD, N., T. ALDERSON et S. JONES. « Evaluating primary care as a base for medical education: the report of the Cambridge Community-based Clinical Course », *Medical Education*, 2001, vol. 35, p. 782-788.

PALMER, P. J. « A New Professional – The Aims of Education », *Change*, 2007, vol. 39(6). Accessible à : <http://www.carnegiefoundation.org/change/sub.asp?key=98etsubkey=2455>. Accédé le 24 novembre 2007.

PALOMBA, C.A. et T.W. BANTA. *Assessment Essentials – Planning, Implementing, and Improving Assessment in Higher Education*, San Francisco, Jossey-Bass, 1999.

PAPA, F. J. et P.H. HARASYM. « Medical Curriculum Reform in North America, 1765 to the Present: A Cognitive Science Perspective », *Academic Medicine*, 1999, vol. 74, p. 154-164.

Patients as Advisors: Enhancing Medical Education Curricula. Accessible à : <http://www.usuhs.mil/med/patientadvisors.html> . Accédé le 24 novembre 2007.

PAULI, H. G., K. L. WHITE et I.R. MCWHINNEY. « Medical Education, Research, and Scientific Thinking in the 21st Century (Part One) », *Education for Health*, 2000, vol. 13(1), p. 15-25.

PAULI, H. G., K. L. WHITE et I.R. MCWHINNEY. « Medical Education, Research, and Scientific Thinking in the 21st Century (Part Two) », *Education for Health*, 2000, vol. 13(2), p. 165-172.

PAULI, H. G., K. L. WHITE et I.R. MCWHINNEY. « Medical Education, Research, and Scientific Thinking in the 21st Century (Part Three) », *Education for Health*, 2000, vol. 13(2), p. 173-186.

PERRY, W.G. Jr. *Forms of Intellectual and Ethical Development in the College Years – A Scheme*, New York, Holt, Reinhart and Winston, 1968.

PETERS, A. S., A. FEINS, R. RUBIN, S. SEWARD, K. SCHNAIDT et R.H FLETCHER. « The Longitudinal Clerkship at Harvard Medical School », *Academic Medicine*, 2001, vol. 76, p. 484-488.

PHILLIPS, W. R. et D.G. HAYNES. « The domain of family practice: scope, role, and function », *Family Medicine*, 2001, vol. 33(4), p. 273-277.

POPAY, J., U. KOWARZIK, S. MALLINSON, S. MACKIAN et J. BARKER. « Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, vol. 61, p. 966-971.

POPAY, J., U. KOWARZIK, S. MALLINSON, S. MACKIAN et J. BARKER. « Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part II: lay perspectives », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, vol. 61, p. 972-977

POSTMAN, N. et C. WEINGARTNER. *Teaching as a Subversive Activity*, New York, Dell Publishing, 1969.

RABINOWITZ, H.K., J.J. DIAMOND, F.W. MARKHAM et C. E. HAZELWOOD. « A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. Impact after 22 years », *JAMA*, 1999, vol. 281(3), p. 255-260.

RABINOWITZ, H. K. *Caring for the Country – Family Doctors in Small Rural Towns*, New York, Springer, 2004.

REILLY, B. M. « Inconvenient truths about effective clinical teaching », *Lancet*, 2007, vol. 370, p. 705-711.

RENAUD, M. « The Future: Hygeia Versus Panakeia? », dans Evans R.G., M.L. Barer et T.R. Marmor (rédacteurs). *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health in Populations*, New York, Aldine De Gruyter, 1994.

ROSS, R. H. et H.V. FINEBERG. *Innovations in Physician Education – the Process and Pattern of Reform in North American Medical Schools*, New York, Springer, 1996.

ROSSER, W. « Sustaining the four principles of family medicine in Canada », (éditorial), *Canadian Family Physician*, 2006, vol. 52, p. 1191-1192.

SCHMIDT, H. G., M. LIPKIN Jr, M.W. DE VRIES et J.M. GREEP (rédacteurs). *New Directions for Medical Education – Problem-based Learning and Community-oriented Medical Education*, New York, Springer-Verlag, 1989.

SCHÖN, D. A. *Educating the Reflective Practitioner – Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*, San Francisco, Jossey-Bass, 1987.

SCHÖN, D. A. *The Reflective Practitioner – How Professionals Think in Action*, New York, Basic Books, 1983.

SLOTNICK, H. B. « How doctors learn: physicians self-directed learning episodes », *Academic Medicine*, 1999, vol. 74(10), p. 1106-1117.

SLOTNICK, H. B. « How doctors learn: education and learning across the medical-school-to-practice trajectory », *Academic Medicine*, 2001, vol. 76(10), p. 1013-1026.

SMITH, R. C., F.C. DWAMENA et A. H. FORTIN VI. « Teaching personal awareness », *Journal of General Internal Medicine*, 2005, vol. 20, p. 201-207.

STANGE, K. C., M.L. MILLER et I.R. MCWHINNEY. « Developing the knowledge base of family practice », *Family Medicine*, 2001, vol. 33(4), p. 286-297.

STEIN, J. (rédacteur en chef). *The Random House Dictionary of the English Language*, version intégrale, New York, Random House, 1966.

STEINERT, Y., R.L. CRUESS, S.R. CRUESS, J.D. BOUDREAU et A. FUKS. « Faculty development as an instrument of change: a case study on teaching professionalism », *Academic Medicine*, 2007, vol. 82(11), p. 1057-1064.

STEWART, M., J.B. BROWN, W.W. WESTON, I.R. MCWHINNEY, C.L. MCWILLIAM et T.R. FREEMAN. *Patient-Centered Medicine – Transforming the Clinical Method*, 2^e édition, Abingdon, Oxon, Radcliffe Medical Press, 2003.

STURMBERG, J. P., A. REID et M.H. KHADRA. « Community Based Medical Education in a Rural Area: A New Direction in Undergraduate Training », *Australian Journal of Rural Health*, 2001, 9(supplément), p. S14-S18.

STURMBERG, J. P. *The Foundations of Primary Care – Daring to be Different*, Oxford, Radcliffe Publishing, 2007.

SUCHMAN, A. L., P.R. WILLIAMSON, D.K. LITZELMAN, R.M. FRANKEL, D. L. MOSSBARGER, T.S. INUI et l'équipe Relationship-centered Care Initiative Discovery Team. « Toward an informal curriculum that teaches professionalism – transforming the social environment of a medical school », *Journal of General Internal Medicine*, 2004, vol. 19, p. 501-504.

SWEENEY, B. « The Place of the Humanities in the Education of a Doctor », *British Journal of General Practice*, 1998, vol. 48, p. 998-1102.

TAKAKUWA, K. M., N. RUBASHKIN et K.E. HERZIG (rédacteurs). *What I Learned in Medical School – Personal Stories of Young Doctors*, Berkeley, University of California Press, 2004.

TAYLOR, R. J., B.H. SMITH et E.R. VAN TEIJLINGEN. *Health and Illness in the Community – An Oxford Core Text*, Oxford, Oxford University Press, 2003.

The Panel on the General Professional Education of the Physician. *Physicians for the Twenty-First Century – the GPEP Report*. Washington, Association of American Medical Colleges, 1984.

TOLSTOÏ. L. *The Death of Ivan Ilych and Other Stories*, Londres, Penguin Books, 1960.

TOOMBS, S. K., D. BARNARD et R.A. CARSON. *Chronic Illness – From Experience to Policy*, Bloomington, Indiana University Press, 1995.

TOWLE, A. et W. WESTON. « Patient's voice in health professional education », (éditorial), *Patient Education and Counseling*, 2006, vol. 63(1-2), p. 1-2.

Vanier, J. *Becoming Human*, Toronto, House of Anansi, 1998.

VEITCH, C., A. UNDERHILL et R.B. HAYS. « The career aspirations and location intentions of James Cook University's first cohort of medical students: a longitudinal study at course entry and graduation », *Rural and Remote Health*, 2006, vol. 6, p. 537. Accessible à : <http://www.rrh.org.au/articles/showarticlenew.asp?ArticleID=537>. Accédé le 24 novembre 2007.

WADE, V., C. SILAGY et S. MAHONEY. « A prospective randomized trial of an urban general practice attachment for medical students », *Medical Education*, 1998, vol. 32, p. 289-293.

WAITZKIN, H. *The Politics of Medical Encounters – How Patients and Doctors Deal with Social Problems*, New Haven, Yale University Press, 1991.

WESTON, W. « The Person: A Missing Dimension in Medical Care and Education », *Canadian Family Physician*, 1988, vol. 34 p. 1701-1705, 1803.

WESTON, W. W., M. LIPKIN Jr. « Doctors Learning Communication Skills: Developmental Issues », dans Stewart, M. et D. Roter. *Communicating with Medical Patients*, Newbury Park, CA, Sage Publications, 1989.

Where's the Patient's Voice in Health Professions Education? Accessible à : <http://www.health-disciplines.ubc.ca/DHCC/moodle/>. Accédé le 24 novembre 2007.

WHITE, K. L. *The Task of Medicine – Dialogue at Wickenburg*, Menlo Park, Californie, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988.

WHITCOMB, M. E. et D. NUTTER. *Learning Medicine in the 21st Century* – Document contextuel produit dans le contexte d'une étude sur l'éducation médicale par Carnegie en 2002. Accessible à :

<http://72.5.117.129/programs/sub.asp?key=1822etsubkey=2298ettopkey=1822>. Accédé le 24 novembre 2007.

WHITCOMB, M. E. « Medical Education Reform: Is It Time for a Modern Flexner Report? », *Academic Medicine*, 2007, vol. 82(1), p. 1-2.

WHITCOMB, M. E. « The General Professional Education of the Physician », *Academic Medicine*. 2006, vol. 81(12), p. 1015-1016.

WHITE, K. L. et B.G. GREENBERG. « The Ecology of Medical Care », *New England Journal of Medicine*, 1961, vol. 265:885-892.

WIGGINS, G. et MCTIGHE. *Understanding by Design*. 2^e édition augmentée, Alexandria, Virginia, Association for Supervision and Curriculum Development, 2005.

WILEMAN, L., C. MAY et C. CHEW-GRAHAM. « Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study », *Family Practice – an International Journal*, 2002, vol. 19 (2), p. 178-182.

WILKES, M.S., J.R. HOFFMAN, R. USATINE et S. BAILLIE. An Innovative Program to Augment Community Preceptor's Practice and Teaching Skills, *Academic Medicine*, 2006, vol. 81, p. 332-341.

WILSON, R., S.E.D. SHORTT et J. DORLAND (rédacteurs). *Implementing Primary Care Reform – Barriers and Facilitators*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2004.

WOOLLARD, R. (rédacteur), W. WESTON, R. FREEMAN, F. BRENNEIS, C. MACLEAN, G. TURNER et F. LEHMANN. *The Present and Promise of Family Medicine in Undergraduate Education: Generalist Foundations: A Discussion Paper*. Section des enseignants en médecine familiale, Collège des médecins de famille du Canada, 2000.

WORLEY, P., A. ESTERMAN et D. PRIDEAUX. « Cohort study of examination performance of undergraduate medical students learning in community settings », *British Medical Journal*, 2004, vol. 328, p. 207-209.

WORLEY, P., C. SILAGY, D. PRIDEAUX, D. NEWBLE et A. JONES. « The Parallel Rural Community Curriculum: an integrated clinical curriculum based in rural general practice », *British Medical Journal*, 2000, vol. 34, p. 558-565.

WYKURZ, G. et D. KELLY. « Developing the role of patients as teachers: literature review », *British Medical Journal*. 2002, p. 818-821.

YOUNG, A. *What Patients Taught Me – A Medical Student's Journey*, Seattle, Sasquatch Books, 2004.

A nexe I – Récentes tendances en éducation médicale : certains signes d'amélioration encourageants

La liste des améliorations suivantes est encourageante – les facultés de médecine ont évolué considérablement au cours des dernières décennies. Mais nous ne sommes pas encore au bout de nos peines. Ce ne sont pas toutes les facultés qui ont apporté ces changements et la majorité d'entre elles ne sont pas encore allées assez loin. Plus précisément, l'externat met encore l'accent sur un modèle biomédical démodé qui réduisent les effets d'un grand nombre d'améliorations apportées aux années précliniques.

- Les changements qui concernent les personnes à *qui* nous enseignons :
 - Les critères d'admission évoluent : certaines facultés ont des exigences plus flexibles (p. ex. l'admission d'étudiants qui ont principalement étudié en arts); d'autres facultés ont des exigences plus rigoureuses (p. ex. l'exigence d'un baccalauréat spécialisé de quatre ans avant de pouvoir être admis); certaines facultés adoptent de nouvelles approches (p. ex. l'admission d'étudiants après deux ans d'études universitaires).
 - Des étudiants suivent des programmes de diplômes combinés, p. ex. programmes de MD/PhD.
 - Les femmes sont admises dans les facultés de médecine en nombre plus grand que jamais.
 - La cohorte d'étudiants représente une grande diversité d'origines ethnoculturelles.
 - Les inscriptions dans les facultés de médecine au Canada ont connu une hausse d'environ 30 % ces dernières années.
- Les changements qui concernent notre *façon* d'enseigner :
 - Au cours des deux dernières décennies, les facultés de médecine ont instauré de nombreux changements importants qui facilitent le transfert. L'enseignement par cours magistral est moins fréquent afin d'accorder plus de temps aux discussions en petits groupes et aux exercices structurés autour de cas cliniques. La plupart des facultés offrent aux étudiants davantage de possibilités de travailler plus tôt auprès des patients tout au long des deux premières années d'études afin qu'ils puissent se faire une idée de la pratique clinique et de la pertinence des sciences fondamentales qu'ils apprennent. De plus, la majorité des facultés donnent une formation formelle en compétences cliniques : techniques d'entrevue et examens physiques.
 - La plupart des facultés sont passées d'une structure de cursus contrôlée par un département ou une discipline spécifique à une structure organisée plus centralement et mieux intégrée.
 - On reconnaît la valeur de la compréhension narrative de la maladie. (Clarke et Nisker, 2007; Greenhalgh et Hurwitz, 1999; Hawkins, 1999; Mclachlan, 2006; Ofri, 2003; Young, 2004; Takakuwa et collab., 2004)
 - De « nouvelles » méthodes d'enseignement sont instituées : apprentissage par problèmes, enseignement centré sur l'équipe, la méthode par cas.
 - On élabore de nouvelles approches en matière de formation interprofessionnelle.
 - Il y a de nouvelles façons d'utiliser la technologie pour faciliter l'apprentissage :
 - Matériel didactique sur le Web

- Simulations informatisées pour l'apprentissage des techniques d'interventions et des compétences en raisonnement clinique
 - Réalité virtuelle par ordinateur, p. ex. pour apprendre l'anatomie
 - Patients virtuels
 - Laboratoires pour apprendre les habiletés techniques
- Les changements qui concernent les endroits *où* nous enseignons :
 - Formation décentralisée. D'ici 2009, quelque 250 étudiants seront inscrits dans 11 campus régionaux au Canada (Kondro, 2006).
 - Des campus régionaux pour l'enseignement clinique pendant l'externat – soit pour une partie ou la totalité de l'externat
 - Des campus régionaux pour les quatre années des études de médecine
 - Plus de temps dans des cabinets de médecins qu'à l'hôpital.
 - Plus de temps dans des hôpitaux communautaires que dans des hôpitaux de soins tertiaires et quaternaires.
 - Plus de temps en soins primaires qu'en soins secondaires et tertiaires.
 - « Nouveaux » sites pour l'apprentissage : domicile du patient, centre de soins palliatifs, centres de soins de longue durée, ressources de santé communautaires et refuges, y compris les refuges des sans-abris.
- Les changements qui concernent les *personnes* qui enseignent :
 - Un nombre croissant d'enseignants cherchent à mieux se préparer à leurs rôles en enseignement en participant à des activités de perfectionnement professoral. Un nombre plus élevé que jamais d'enseignants ont obtenu des diplômes, des certificats et des maîtrises en éducation. Les bourses d'études et la recherche en éducation ont augmenté considérablement et produisent maintenant des données probantes (Norman, Van der Vleuten et Newble, 2002) pour orienter les décisions concernant le cursus.
 - Accroissement de l'enseignement par des médecins de famille.
 - Accroissement de l'enseignement par d'autres professionnels de la santé : infirmières, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.
 - Accroissement de l'enseignement par les patients (Wykurz et Kelly, 2002; Towle et Weston, 2006), p. ex. patients partenaires, patients simulés, groupes consultatifs de profanes.
- Les changements qui concernent *ce que* nous enseignons :
 - Accent mis sur la recherche de bonnes données probantes pour tous les aspects des soins cliniques : médecine fondée sur des données probantes (factuelle).
 - Cours sur les méthodes cliniques bien conçus. Les étudiants ont la possibilité de mettre en pratique des compétences spécifiques portant sur les techniques d'entrevue et les examens physiques (p. ex. examen génital chez l'homme et la femme) avec des patients simulés.
 - Attention accrue accordée aux déterminants sociaux de la santé.
 - Attention accrue accordée aux sciences comportementales et humaines, p. ex. prise de décision éthique.
 - Présentation des médecines douces et complémentaires.

- Plus d'attention à un certain nombre de sujets : santé de la population, nutrition, génomique, compétence culturelle, erreurs médicales.
- Plus de possibilités de stages optionnels.
- Plus de reconnaissance de la responsabilité sociale des facultés de médecine.
- Instauration d'une formation plus formelle pendant l'externat, p. ex. demi-journées scientifiques.

Annexe II – Qu’est-ce qui ne va pas avec l’éducation médicale?

Récemment, de nombreux rapports publiés aux É.-U. ont émis des réserves à propos de l’état de l’éducation médicale. Même s’il y a des différences considérables dans la façon dont nous dispensons l’éducation médicale au Canada, nous présentons quelques-uns des maux qui affligent le système américain. Dans le cadre de l’initiative de l’American Medical Association (AMA) visant à transformer l’éducation médicale (Initiative to Transform Medical Education ou ITME, 2007), de nombreux rapports et commentaires ont fait l’objet d’une analyse qui a permis d’établir que les lacunes recensées présentaient un certain nombre de similitudes. À la suite de cette analyse, il a été établi qu’il fallait améliorer les thèmes généraux suivants de la formation des médecins :

« Traiter » le système de santé

La préparation des médecins pour « diagnostiquer et traiter » les problèmes de leurs propres établissements de soins de santé et du système de santé comporte des lacunes, notamment l’incapacité à adopter une approche continue d’amélioration de la qualité pour l’évaluation et l’amélioration du système à grande échelle (le système de santé) et à petite échelle (dans leur propre organisation de soins de santé). Plus précisément, les médecins ne sont pas préparés à évaluer les soins qu’ils dispensent dans leurs propres pratiques et à utiliser les résultats pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins fournis.

Défendre les intérêts des patients

En règle générale, les médecins ne sont pas bien préparés à défendre les intérêts des patients sur les questions de justice sociale (p. ex. l’élimination des disparités dans les soins de santé, l’accès aux soins) et à être des leaders à l’intérieur et à l’extérieur de la profession médicale. Cela comprend également de faire des représentations au sujet des questions de santé publique [voir Earp, French, Gilkey].

Perdre l’altruisme et les aspects sociaux de la médecine

Les médecins perdent souvent leur altruisme et leurs qualités de sollicitude à mesure que leur formation progresse et qu’ils commencent à exercer. Les facultés de médecine et les programmes de résidence choisissent les candidats en fonction de leur aptitude à acquérir des connaissances et à résoudre des problèmes et notre système actuel d’éducation médicale renforce ces traits. La situation peut inciter les médecins à percevoir les patients simplement comme des sources de données et des « problèmes à résoudre », et non comme des personnes dans le besoin.

Connaître l’incertitude

Les médecins sont formés pour croire qu’il est important d’avoir « réponse à tout ». On s’attend d’eux qu’ils donnent cette impression aux superviseurs au cours leur formation. Par la suite, ils adoptent le même comportement avec leurs patients et leurs collègues dans le cadre de leur pratique. Il est donc difficile pour les médecins de vivre l’inévitable incertitude que suscitent les informations incomplètes ou contradictoires. En règle générale, ils ne sont pas préparés à laisser paraître cette incertitude dans leurs interactions avec leurs patients et leurs collègues.

Gérer l'information

Dans le contexte de l'accroissement rapide de la base de connaissances, de nombreux médecins ne sont pas préparés à acquérir, évaluer et résumer rapidement l'information lorsqu'ils sont appelés à traiter un patient particulier. Même s'il y a des différences générationnelles, un grand nombre de médecins ne sont pas préparés à utiliser la technologie de l'information pour acquérir et gérer l'information. De plus, ils ne sont pas préparés à élaborer et à poursuivre leur propre plan d'éducation permanente, ce qui inclut de définir leurs propres besoins d'apprentissage et d'établir des objectifs qui satisferont ces besoins.

S'attendre à être autonome

On apprend aux médecins à « prendre les choses en mains » et à exprimer des décisions concernant les soins aux patients de manière autonome. Cette philosophie peut nuire aux soins centrés sur le patient puisque les valeurs et les volontés du patient doivent faire partie intégrante de la prise de décision conjointe. Les médecins doivent être mieux préparés à trouver un équilibre entre leurs valeurs et leurs attentes et celles de leurs patients, tout en tenant compte des attentes et des besoins sociétaux en pleine évolution.

Cette attente en matière d'autonomie contraste vivement avec l'augmentation des exigences pour rendre les médecins plus responsables envers divers intervenants, notamment le public, les contribuables et le gouvernement. Les médecins doivent continuer à exercer un rôle de leadership dans l'autoréglementation professionnelle, sinon ce privilège sera menacé ou réduit.

Enfin, l'attente en matière d'autonomie diminue leur capacité d'agir au sein d'une équipe regroupant d'autres médecins et professionnels de la santé. Ils peuvent être peu empressés à tirer un enseignement des autres professionnels et à travailler avec d'autres partenaires dans la prestation des soins, ce qui peut nuire aux soins prodigués aux patients.

Trouver un juste équilibre entre les points de vue du patient et de la population

Les médecins sont préparés à faire tout ce qu'ils estiment être le mieux pour chaque patient. Par contre, ils ne sont pas préparés à participer à des discussions éthiques et politiques sur l'attribution des ressources en soins de santé, lesquelles ne sont pas inépuisables.

Perfectionner l'aptitude à communiquer avec les patients

Les médecins ont besoin d'être mieux préparés pour aborder des questions difficiles avec les patients, comme la mort et mourir. Ils doivent étendre leurs compétences et leur éveil culturel et être conscients que certains patients ne comprennent pas le jargon médical.

Des lacunes et des possibilités d'amélioration additionnelles ont été ciblées dans le système d'éducation médicale :

Absence d'un véritable continuum pédagogique

On dit souvent de l'éducation médicale aux États-Unis qu'elle est un continuum englobant les études de médecine (formation médicale prédoctorale), la résidence, la formation spécialisée (formation médicale postdoctorale) et le développement professionnel continu (formation médicale continue). Les médecins progressent à chaque étape du développement professionnel, mais les étapes sont élaborées et

« réglementées » séparément les unes des autres. Comme chaque étape du continuum a ses propres organismes d'agrément, il y a peu d'intérêt à planifier et à coordonner conjointement le curriculum pour l'ensemble des étapes. L'évaluation des apprenants n'est pas coordonnée autant qu'on le souhaiterait et il est donc difficile d'assurer systématiquement que les apprenants progressent vers la maîtrise des compétences. C'est particulièrement le cas des médecins en pratique active.

Choix limités pour le parcours pédagogique et professionnel

La durée totale de la formation, de l'éducation prédoctorale à la spécialisation, continue d'augmenter, surtout en raison de l'ajout de multiples surspécialités. La structure actuelle du système d'éducation médicale contraint les médecins à choisir cette formation avancée dès le début de leur carrière. La réglementation actuelle (permis d'exercice, certification, délivrance de titres de compétence) limite la capacité des médecins à rajuster leur choix en cours de route (comme le retour aux études après une période d'arrêt ou des changements de pratique ou de spécialité) pour des raisons personnelles ou à la suite de changements dans la prestation des soins. En général, les médecins qui cessent d'exercer dans le but de réorienter leur parcours sont confrontés à des choix limités.

En plus des lacunes recensées par l'initiative de l'AMA, nous avons nos propres préoccupations :

Exposition insuffisante à la médecine familiale et à d'autres disciplines généralistes

La plupart des facultés canadiennes prévoient une certaine exposition à la médecine familiale pendant les deux premières années du cursus, mais ce n'est peut-être le genre d'exposition qu'il faudrait avoir. Ainsi, même si des médecins de famille contribuent un certain nombre d'heures d'enseignement pendant le du cursus préclinique, il s'agit principalement d'apprentissage par problèmes ou des méthodes cliniques qui ne font pas ressortir le caractère unique de la médecine familiale. Un certain nombre de facultés ont essayé diverses approches pour offrir des expériences en médecine familiale au cours des deux premières années d'études. Le projet-pilote le plus radical est probablement le cours clinique dans la communauté de Cambridge : une affectation de 15 mois dans une pratique unique qui s'inscrit en lieu et place des affectations des nouveaux étudiants en milieu hospitalier et de l'ensemble des stages en spécialité. Ce petit projet expérimental a démontré qu'une telle approche était possible et que les étudiants ont acquis au moins autant de connaissances que leurs pairs qui suivaient le cursus normal. (Oswald, Alderson et Jones, 2001)

Certaines facultés au Canada, reconnaissant l'exposition insuffisante à la discipline généraliste dans leur cursus, ont formé des groupes de travail pour examiner la question en profondeur. Il serait important d'étudier les rapports produits par ces facultés -- la faculté de médecine et de chirurgie dentaire Schulich de l'Université Western Ontario, la faculté de médecine de l'Université d'Ottawa (accessible à : http://www.intermed.med.uottawa.ca/eng/task_force.html. Accédé le 6 décembre 2007) et la faculté de médecine de l'Université de Toronto [accessible à http://www.facmed.utoronto.ca/programs/md/Generalist_Care_Curriculum_Enhancement_Task_Force.htm. Accédé le 6 décembre 2007]).

Modèle biomédical de médecine démodé

L'éducation médicale accorde une importance excessive à un modèle biomédical démodé fondé sur une perspective des sciences qui remonte au XVII^e siècle (Engel, 1988). Elle se soucie des aspects biologiques de la maladie et n'accorde pas assez d'attention au patient et à son expérience de la maladie. McWhinney exprime clairement cette réalité :

« À l'intérieur des universités modernes, l'abstraction et le raisonnement détaché règnent en maître. Le défi que nous devons relever en éducation, c'est de corriger ce que Margaret Donaldson appelle 'le déséquilibre entre le développement intellectuel et émotionnel'. En médecine, la méthode normalisée du diagnostic illustre parfaitement ce déséquilibre. Le médecin est appelé à catégoriser la maladie sans se préoccuper des sentiments du patient, ni comprendre ce qu'il vit. » (McWhinney, 1996, traduction libre)

Même Flexner a reconnu que les facultés de médecine avaient accordé trop d'importance aux aspects scientifiques de la médecine, au détriment des aspects sociaux et humanistes. (Cook, Irby, Sullivan et Ludmerer, 2006) En 1925, il écrivait « que la médecine scientifique en Amérique – jeune, vigoureuse et positiviste – manque malheureusement d'antécédents culturels et philosophiques. » (Flexner, 1925)

Manque de temps réservé à l'enseignement

Les enseignants des facultés de médecine sont souvent trop occupés à prodiguer des soins aux patients et à répondre aux exigences universitaires pour consacrer le temps nécessaire à un enseignement exemplaire, à l'élaboration du cursus et des cours, à la préparation des exposés et des discussions en petits groupes et à leur propre perfectionnement pédagogique. Il est aussi très difficile de réserver du temps à des études sur l'éducation ou à la recherche. Dans de nombreuses facultés, le concept de temps réservé ne s'applique qu'à la recherche traditionnelle, mais non à l'enseignement.

Annexe III : Étude sur l'éducation médicale effectuée par la *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*

Préparation professionnelle des médecins

Étude sur l'éducation médicale

Aperçu

La *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* a joué un rôle historique dans l'étude de l'éducation médicale qui remonte au [Rapport Flexner](#) de 1910. Aujourd'hui, la Fondation continue d'exercer son leadership dans le secteur de l'enseignement grâce à la préparation des programmes professionnels dans six domaines : clergé, génie, droit, sciences infirmières, médecine et enseignement. Ces études examinent la structure des cursus, les pratiques pédagogiques, les approches en évaluation ainsi que les caractéristiques environnementales / institutionnelles qui soutiennent de manière optimale le développement des professionnels en formation.

Objectifs de la recherche

Dans l'étude de la médecine, l'équipe examine à la fois les défis courants que pose la préparation des médecins à une pratique complexe, ainsi que certaines des pratiques distinctives sur le plan du cursus, de la pédagogie et de l'évaluation qui ont été élaborées pour relever ces défis. L'enquête se concentre principalement sur le développement professionnel des médecins en formation à trois étapes clés dans leur formation clinique : 1) l'exposition précoce à la réalité d'être médecin; 2) l'externat en troisième année; et 3) la résidence. À chaque étape, trois formes d'apprentissage font l'objet de l'étude : l'apprentissage des connaissances voulues pour penser comme un médecin, l'apprentissage des habiletés nécessaires pour fonctionner avec compétence et l'apprentissage du professionnalisme pour agir de manière responsable. Les constatations de l'étude incluront des exemples de structures de cursus exemplaires, de pédagogies prometteuses et d'approches réfléchies en évaluation qui toutes, appuient le développement professionnel des apprenants, une critique des pratiques inadéquates dans l'enseignement et une série de recommandations pour renforcer l'éducation clinique.

Questions de recherche retenues :

Cursus : Comment le cursus formel et informel soutient-il le développement professionnel des compétences, des habiletés et du professionnalisme?

Pédagogie : Quelles sont les méthodes d'enseignement / d'apprentissage qui facilitent l'apprentissage des connaissances, des aptitudes et des valeurs dans la formation clinique?

Apprentissage : Comment les étudiants / résidents apprennent-ils à penser, à fonctionner et à agir comme un médecin? Quels sont les problèmes et les transitions que rencontrent couramment les étudiants / résidents dans leur cheminement pour devenir médecins?

Évaluation : Comment évalue-t-on les connaissances, les aptitudes et le professionnalisme des étudiants et des résidents?

Contexte : Comment les milieux universitaires et d'exercice actuels influencent-ils l'enseignement et l'apprentissage pour les étudiants et les résidents? Que devrait faire entièrement différemment l'éducation médicale?

Méthode de recherche

Sur une période de trois ans, l'équipe chargée de l'étude fera une recherche documentaire et procédera à des visites sur place dans 14 facultés de médecine et centres médicaux. Les données sont recueillies à partir de 140 entrevues structurées, 50 groupes de discussion, 200 observations et des recherches documentaires. On utilisera à la fois des

analyses quantitatives et qualitatives. Les résultats de l'étude seront publiés dans des articles de revues et dans un ouvrage par Jossey-Bass.

Cette page est traduite à partir de celle reproduite dans le site Web de la *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* à : <http://72.5.117.129/programs/index.asp?key=1822>. Accédé le 2 décembre 2007.