

# Formation médicale 2.0

**Timothy Rowe, MB BS, FRCSC**

Rédacteur en chef

C'est habituellement peu après avoir entamé notre pratique clinique que nous en venons à nous buter à un problème que nous ne sommes pas en mesure d'affronter. La nature humaine étant ce qu'elle est, une telle situation nous mène à nous questionner sur notre formation et (au fur et à mesure que la moutarde nous monte au nez) sur les raisons pour lesquelles nous avons semblé passer tant de temps de classe sur des problèmes cliniques n'étant pas particulièrement importants, et ce, malgré ce qu'en disent les objectifs. Nous en venons ensuite à penser à la façon dont le programme aurait pu être beaucoup mieux conçu (à ce moment, nous commençons à nous emporter) et à nous demander ce à quoi le comité de formation des résidents pouvait bien penser. Il est clair que ces gens (notre rage est alors perceptible) ont perdu tout contact avec la réalité et nous devrions vraiment faire parvenir un courriel bien senti au directeur du programme.

Bon, vous pouvez toujours aller de l'avant avec votre projet de courriel, mais il est probable que le directeur du programme est déjà au courant de l'objet de vos préoccupations et qu'il en est déjà à penser beaucoup plus loin que vous en ce qui a trait aux solutions possibles. Vous ne le saviez peut-être pas mais, depuis les cinq dernières années, un réexamen substantiel de la formation médicale est en cours au Canada. La première partie de ce réexamen (le « Projet sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada ») s'est déroulée de 2007 à 2010 et a mené à la publication d'un rapport en 2010<sup>1</sup>. Ce rapport a formulé des recommandations visant l'amélioration de la formation médicale de premier cycle en vue de produire les types de médecin dont nous aurons besoin à l'avenir; il s'agissait de la première évaluation sérieuse et de grande envergure de la formation médicale au Canada depuis le rapport Flexner déposé en 1910<sup>2</sup>. Oui, il y a déjà 100 ans de cela! La deuxième partie (le « projet postdoctoral sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada ») a été financée par Santé Canada et s'est déroulée de 2010 à mars 2012. Elle a mené à la rédaction d'un rapport qui a été publié plus tôt cette année<sup>3</sup>; ce rapport contenait des recommandations visant non seulement à assurer la formation des types de médecin dont nous aurons besoin à l'avenir, mais également

à renforcer le rôle des éducateurs et des chefs de file du domaine de la médecine.

Le premier rapport, au sujet du projet MD, contenait 10 recommandations générales et cinq recommandations « de base »; le deuxième rapport contenait 10 recommandations fondées sur quatre principes directeurs. Il n'est pas rare que de tels rapports et leurs recommandations soient plutôt coupés de la réalité; toutefois, dans le cas qui nous intéresse, ces rapports ne font pas, dans l'ensemble, partie de cette catégorie. Les personnes chargées de les rédiger ont semblé bien comprendre la situation.

Ces rapports ont des thèmes en commun et j'ai été particulièrement frappé par le fait que chacun d'entre eux comptait une recommandation liée aux programmes de formation axés sur les compétences. Dans le cas de la formation postdoctorale, la recommandation était de « développer, de mettre en œuvre et d'évaluer une formation fondée sur les compétences et centrée sur l'apprenant ». De prime abord, je n'étais pas sûr de bien comprendre ce que les auteurs entendaient par « fondé sur les compétences » et « compétence », même si ces concepts font partie de CanMEDS<sup>4</sup>; je me suis donc remis à la lecture pour en apprendre un peu plus<sup>5</sup>. C'est une question de gros bon sens, dans le fond : une personne « compétente » est une personne qui dispose des habiletés nécessaires à l'exécution d'une tâche dans un contexte particulier. La « compétence » est donc une habileté observable (mesurable) qui rassemble les connaissances, les aptitudes, les valeurs et les attitudes. Pour être un praticien compétent, il faut disposer de multiples compétences.

Voilà où les choses deviennent intéressantes du point de vue de la formation médicale. La « formation médicale axée sur les compétences », concept à la mode du jour, délaisse les sujets, les ressources et les considérations chronologiques pour se recentrer sur le stagiaire. Au moment de décrire la raison d'être de la formation médicale axée sur les compétences, les partisans clés de ce concept mentionnent

---

J Obstet Gynaecol Can 2012;34(11):1021-1022

quatre principes : se centrer sur les issues, mettre l'accent sur les habiletés, ne pas privilégier la formation structurée en fonction du temps et promouvoir la mise d'un accent accru sur le stagiaire<sup>5</sup>. En termes simples, cette forme de formation médicale ferait en sorte d'assurer la compétence des diplômés dans tous les domaines essentiels (fini l'octroi d'une note de passage aux stagiaires semi-compétents pour la seule raison qu'il est plus facile de procéder ainsi). Une telle façon de faire assurerait que la formation ne serait pas nécessairement axée sur les connaissances, mais bien sur le fait de traduire les connaissances en actions. Cela signifierait qu'un stagiaire aurait à atteindre la compétence, peu importe le temps requis; cela signifierait également que le stagiaire serait tout aussi responsable de son accession à la compétence que ses mentors. Cela semble donc idéal, en théorie; toutefois, la prise en charge des stagiaires nécessitant plus d'une rotation pour acquérir les compétences requises constituerait alors une préoccupation évidente. La logistique constituerait probablement un défi; de plus, nous n'avons pas encore mis au point une stratégie permettant la mise en œuvre d'un horaire flexible<sup>6</sup>. Autre préoccupation : le fait d'exiger des stagiaires qu'ils acquièrent une série d'habiletés pour être reconnus « compétents » pourrait leur indiquer que l'objectif n'est pas l'excellence clinique (ils n'auraient alors qu'à démontrer leur capacité d'accomplir une activité)<sup>5</sup>. Si nous souhaitons réformer la formation médicale, celle-ci ne devrait pas seulement mener à la « production » de diplômés uniformément compétents, mais elle devrait également catalyser la recherche de l'excellence.

À la lecture de ces rapports, un curieux détail a capté mon attention : ces rapports étaient fortement axés sur le processus de la « production » de médecins compétents, mais n'avaient que peu de choses à dire sur le maintien de la compétence de ceux-ci. Comme nous le savons tous, le programme de Maintien du certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada<sup>7</sup> et le programme MAINPRO du Collège des médecins de famille du Canada<sup>8</sup> ont été mis sur pied pour soutenir et documenter les activités d'éducation permanente des diplômés de médecine, et ils s'acquittent de ces tâches de brillante façon. Si nous souhaitons « assurer un mélange judicieux, une répartition appropriée et un nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins de la société »<sup>3</sup>, nous devons être sûrs que ces médecins disposent de la capacité d'assurer le maintien de leurs connaissances et de leur compétence. La notion voulant que la capacité d'assurer la mise à jour des connaissances fasse partie des habiletés acquises au cours de la formation était peut-être implicite dans ces rapports; si tel est vraiment le cas, les auteurs de ces rapports auraient dû exprimer cette notion de façon manifeste.

Dans le présent numéro du JOGC, le Dr Doug Wilson fait remarquer que le curriculum actuel des programmes de premier cycle et des cycles supérieurs ne permet pas

aux diplômés de disposer de connaissances suffisantes en génétique clinique pour conseiller leurs patientes de façon adéquate à ce sujet<sup>9</sup>. Il en résulte donc que le consentement obtenu en ce qui concerne les interventions de diagnostic prénatal, par exemple, ne constitue pas un consentement « éclairé »; le problème, c'est que nous ne disposons pas d'un nombre suffisant de généticiens génésiques pour offrir des services adéquats de counseling à tous ceux qui en ont besoin. Une formation médicale réellement fondée sur les compétences offrirait les connaissances contemporaines pertinentes à tous les diplômés. Cependant, les connaissances médicales (et particulièrement dans le domaine de la génétique médicale) évoluent rapidement et il est probable que cette évolution n'ira qu'en s'accroissant. Les diplômés compétents seraient-ils en mesure de constamment assurer la mise à jour de leurs connaissances?

Voici donc le défi que nous devons relever : élever le niveau de la formation médicale, de façon à ce que tous les diplômés soient non seulement entièrement compétents dès le départ, mais également à ce qu'ils acquièrent la capacité d'assurer le maintien de cette entière compétence tout au long de leur carrière. Quel défi imposant et quel objectif fort louable : disposons-nous du dévouement nécessaire pour y arriver?

## RÉFÉRENCES

1. Association des facultés de médecine du Canada. L'avenir de l'éducation médicale au Canada : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales. Ottawa, ON : The Association; 2010. Disponible : [http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/medical-doctor-project/pdf/vision\\_collective.pdf](http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/medical-doctor-project/pdf/vision_collective.pdf). Consulté le 9 septembre 2012.
2. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin no. 4. New York : Carnegie Foundation; 1910.
3. Association des facultés de médecine du Canada. L'avenir de l'éducation médicale au Canada : Une vision collective pour les études médicales postdoctorales. Ottawa, ON : The Association; 2012. Disponible : [http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/postgraduate-project/pdf/FMEC\\_PG\\_Final-Report\\_FR.pdf](http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/postgraduate-project/pdf/FMEC_PG_Final-Report_FR.pdf). Consulté le 9 septembre 2012.
4. Frank JR, éd. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better Care. Ottawa : Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
5. Frank JR, Snell LS, ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach* 2010;32:638–45.
6. Iobst WF, Sherbino J, ten Cate O, Richardson DL, Dath D, Swing SR, et al. Competency-based medical education in postgraduate medical education. *Med Teach* 2010;32:651–6.
7. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Maintien du certificat. Disponible : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/members/moc>. Consulté le 10 septembre 2012.
8. Collège des médecins de famille du Canada. Présentation de MAINPRO (Maintien de la compétence professionnelle). Disponible : <http://www.cfpc.ca/MAINPRO/>. Consulté le 10 septembre 2012.
9. Wilson RD. Reproductive genetics and the obstetrics and gynaecology clinician. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34(11):1023–4.