



Renouvellement du programme d'études de premier cycle 2021

Rapport du Groupe de travail sur la
structure du programme d'études

Août 2021

1. Introduction

En novembre 2019, les membres du Comité du programme d'études de premier cycle (CPEPC) ont appuyé l'élaboration d'un projet de renouvellement exhaustif du programme d'études afin d'y ajouter les activités professionnelles fiables, telles que décrites dans le document intitulé *Activités professionnelles fiables (APC) de l'AFMC pour la transition des études de premier cycle vers la résidence*, pour la cohorte de 2026 (1).

En plus de la mise en œuvre d'un programme de formation médicale fondée sur les compétences, le projet de renouvellement a pour mandat (2) :

- de définir les caractéristiques, les qualités, les valeurs professionnelles et les habiletés qui définissent les diplômés de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa;
- d'intégrer les recommandations des groupes de travail stratégiques (responsabilité sociale, formation interprofessionnelle, partenariats avec les patients);
- d'examiner et de réviser les approches actuelles d'évaluation et l'exploitation de la technologie éducative;
- d'intégrer de nouveaux domaines d'étude (p. ex. antiracisme, éthique, échographie ciblée).

Étant donné ces orientations stratégiques, les dirigeants pédagogiques du programme MD ont appuyé la formation d'un groupe de travail chargé d'évaluer la capacité de la structure actuelle du programme MD à subir les modifications anticipées.

Comme le curriculum actuel repose sur des modules, le groupe de travail s'est concentré sur la façon d'adapter la structure du programme d'études en fonction d'un modèle de formation fondée sur les compétences et de s'assurer que les étudiants possèdent les connaissances, les compétences et les habiletés nécessaires pour répondre aux besoins de la population en matière de santé.

2. Processus du Groupe de travail sur la structure du curriculum

À la lumière du projet de renouvellement du programme MD, le directeur du programme d'études a proposé la formation d'un groupe de travail sur la structure du curriculum afin de procéder à un examen complet de la structure actuelle. Les dirigeants pédagogiques du programme d'études actuel ont lancé une invitation générale aux membres du corps professoral et du personnel administratif à se joindre à ce groupe de travail. Les membres du groupe ont convenu du processus qui suit :

- Étape 1 : déterminer les forces et les faiblesses de la structure actuelle du programme MD;
- Étape 2 : cerner une série de questions à des fins d'examen et sélectionner un ensemble de publications revues par les pairs afin d'envisager différentes options et possibilités pour la réforme structurelle du curriculum;

- Étape 3 : formuler une série de recommandations, appuyées par des justifications, sur les modifications à envisager.

La réunion inaugurale du groupe de travail a eu lieu le 25 février 2021. Au cours des quatre mois qui ont suivi, les membres du groupe de travail se sont rencontrés à six reprises afin de s’acquitter de leur mandat et de proposer des recommandations à l’intention de l’Équipe responsable du renouvellement du programme d’études (ERRPE) et du Comité de révision du programme d’études (CRPE).

3. Structure du curriculum : forces et possibilités

Le curriculum actuel est divisé en deux étapes d’une durée de deux ans chacune : le préexternat et l’externat. Chaque étape a sa propre équipe de dirigeants pédagogiques, des comités distincts et une équipe opérationnelle qui appuient la mise en œuvre des activités d’apprentissage et d’évaluation structurées pour les étudiants des volets francophone et anglophone. Au cours de la dernière année, la période de transition entre ces deux étapes (maintenant appelée *Transition à l’externat*) et celle entre le programme MD et la résidence (maintenant appelée *Transition à la résidence*) ont connu des changements philosophiques et structurels majeurs. Malgré ces deux importantes initiatives, les membres du groupe de travail ont appuyé à l’unanimité la nécessité de considérer le curriculum comme un programme d’études longitudinal et intégré de quatre ans conçu intentionnellement de façon à offrir aux étudiants des activités d’apprentissage et d’évaluation selon un enchaînement logique afin qu’ils puissent acquérir les connaissances, les habiletés, les attitudes et les compétences nécessaires pour leur entrée dans un programme de résidence.

À cette fin, le présent rapport utilise un langage qui décrit la transition envisagée vers une structure curriculaire qui favorise l’intégration, la collaboration, la communication et la planification collaborative entre les responsables d’unité et les experts de contenu dans l’ensemble du programme d’études (le cas échéant) afin de concevoir et de mettre en œuvre des activités d’apprentissage et d’évaluation longitudinales pour les quatre années du programme MD, et ce, dans les deux volets linguistiques.

Les membres du groupe de travail ont commencé par revoir la structure du programme MD et ont relevé les forces suivantes.

Forces

1. Exposition clinique précoce aux patients

Le curriculum favorise l’interaction entre les étudiants et les patients dans divers sites de formation par le biais de stages d’observation, de la Semaine en milieu communautaire, de programmes de préceptorat clinique et d’autres initiatives d’éducation médicale régionalisée. L’exposition précoce aux patients offre aux étudiants la possibilité de mettre en pratique ce qu’ils ont appris (par exemple, l’acquisition des compétences cliniques) et de mieux

comprendre la pertinence et la valeur du contenu curriculaire. En outre, elle favorise les collaborations étroites avec divers organismes communautaires externes.

2. Temps consacré à l'autoapprentissage et au développement professionnel

La structure des deux premières années du programme d'études assure un équilibre entre le temps consacré aux séances d'enseignement structurées et celui qui offre aux étudiants la possibilité de participer à des activités d'apprentissage par l'expérience auto-organisées, de se préparer pour les séances futures, de revoir et de consolider leurs connaissances, de participer à des activités de recherche et d'explorer leurs objectifs d'apprentissage personnels. En troisième et quatrième année, une part importante du temps est réservée aux stages au choix, ce qui offre aux étudiants la possibilité d'explorer différents cheminements de carrière et de participer à des projets cliniques ou de recherche.

3. Deux volets linguistiques

La planification et le codéveloppement du curriculum structuré des volets francophone et anglophone par les responsables d'unité, les directeurs de stage et les experts de contenu ont favorisé l'émergence de nombreuses innovations en éducation médicale.

4. Partenariat avec les étudiants pour la conception et la mise en œuvre du curriculum

La participation et l'engagement des étudiants dans des comités et des groupes de travail ont enrichi le mandat d'élaborer, d'améliorer et de renouveler le curriculum au fil du temps. Les étudiants collaborent fréquemment avec le corps professoral pour mettre au point des initiatives qui se sont traduites par de nombreuses innovations en éducation médicale. Parmi les plus récentes figurent la conception et la mise en œuvre du programme mLIFE (management, leadership, innovation et finances) et l'expansion du programme de formation en leadership.

5. Intégration intentionnelle de diverses méthodes pédagogiques

L'ensemble des modules au préexternat font appel à un large éventail de méthodes pédagogiques. Le préexternat repose sur un procédé pédagogique hebdomadaire axé sur l'apprentissage par cas. Les activités d'apprentissage en petits groupes, les séances de formation sur les compétences cliniques (y compris les cliniques simulées), les différentes approches aux stratégies de classe inversée et les activités d'apprentissage par l'expérience dans divers organismes communautaires servent de support aux séances en grand groupe, aux activités d'apprentissage spécifiques à l'unité, aux ateliers et aux séances de laboratoire. À l'externat, les milieux d'apprentissage cliniques offrent aux étudiants l'occasion de travailler avec différents patients dans un large éventail de contextes. Les activités d'apprentissage axées sur les patients sont appuyées par des innovations récentes dans la conception du curriculum en ligne, par de nouvelles approches aux cours *Transition à l'externat* et *Transition à la*

résidence et par la mise en œuvre récente d'un programme de télémédecine et de soins virtuels.

6. Intégration des sciences cliniques et fondamentales dans les deux premières années du programme MD

L'un des objectifs du renouvellement curriculaire antérieur était d'améliorer l'intégration des objectifs d'apprentissage en sciences cliniques et fondamentales tout au long du préexternat. Cette intégration a été mise en relief lors des visites du Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC) dans le cadre desquelles les évaluateurs ont éprouvé de la difficulté à déterminer où les sciences fondamentales (p. ex. biochimie) s'inséraient dans le curriculum. Deux membres du groupe de travail ont créé une typologie des objectifs d'apprentissage portant sur les sciences cliniques, fondamentales et sociales ainsi que sur les systèmes de soins de santé et s'en sont servi pour procéder à l'examen des objectifs des activités d'apprentissage s'étendant sur une période de trois semaines dans le cadre de l'Unité 1. Cet examen a confirmé l'intégration des objectifs d'apprentissage en sciences cliniques et fondamentales dans les activités d'apprentissage par cas, les cours magistraux et d'autres activités spécifiques à l'unité.

7. Accent sur l'acquisition et l'évaluation des compétences cliniques

La création d'un programme complet sur l'acquisition des compétences cliniques (anamnèse et examen physique) et l'introduction des séances de clinique simulée au volet francophone sont des éléments fondamentaux du curriculum. L'accès au Centre de compétences et de simulation de l'Université d'Ottawa et au Laboratoire de simulation de l'Hôpital Montfort ainsi que le partenariat avec le Centre d'examen d'Ottawa permettent aux étudiants de mettre en pratique leurs compétences cliniques et leurs habiletés techniques et de recevoir de la rétroaction dans le cadre d'évaluations à faibles enjeux (examens cliniques objectifs structurés [ECOS]). Cela favorise également la progression continue des étudiants.

8. Responsables du curriculum et personnel administratif dévoués, engagés et attentifs

La structure du programme est soutenue par des dirigeants pédagogiques compétents et dévoués (responsables d'unité, experts de contenu, directeurs de stages, précepteurs et chargés de cours en sciences fondamentales et en milieu clinique et communautaire) et une équipe des opérations qui tient résolument à ce que le programme d'études soit mis en œuvre et surveillé efficacement pour appuyer l'apprentissage des étudiants.

Défis

Les membres du groupe de travail ont également relevé les défis suivants dans la structure actuelle du curriculum.

1. Intégration limitée des programmes d'études longitudinaux dans l'ensemble des quatre années du programme MD

Les responsables du programme d'études ont déterminé que de nombreuses composantes longitudinales du programme d'études, comme La société, l'individu et la médecine (SIM), la formation interprofessionnelle, le Développement des aptitudes cliniques, le Programme de formation en leadership, les programmes d'anatomie, d'histologie et de radiologie et le Programme du professionnalisme, sont axées sur du contenu qui n'est pas intégré au thème clinique hebdomadaire ni au contenu couvert dans les modules d'apprentissage par cas, les cours magistraux et les autres activités d'apprentissage spécifiques à l'unité. Souvent, ces composantes longitudinales ne s'appliquent pas aux activités pédagogiques prévues dans les milieux d'apprentissage clinique au cours de la première année ou des deux dernières années du programme MD. Par exemple, l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie ne se poursuit pas dans le cadre des stages d'externat obligatoires et l'acquisition des compétences cliniques ne constitue pas le point central des stages d'externat obligatoires en ce qui a trait à l'éducation, la pratique et l'amélioration continue. Les occasions de créer un processus où les composantes longitudinales sont officiellement intégrées dans chacune des quatre années du programme MD sont nombreuses.

2. Amélioration de la coordination, de la communication et de la planification conjointe des activités éducatives par les experts de contenu francophones et anglophones

Le curriculum comporte un ensemble d'objectifs de programme, d'objectifs de séances d'apprentissage et de stratégies d'évaluation qui sont mis en application dans les volets francophone et anglophone par les responsables d'unité, les experts de contenu et les directeurs de stages. Bien qu'il existe des différences acceptables et accueillies favorablement dans la conception pédagogique des deux volets, notre objectif est d'assurer que le contenu des deux volets est essentiellement équivalent. Quoiqu'il y ait des mécanismes et des structures en place pour favoriser la collaboration et la communication au préexternat, ceux-ci ne sont pas mis en œuvre uniformément.

Il est possible de remanier les structures et les processus de planification du curriculum afin d'améliorer la collaboration, la communication et la planification conjointe du contenu pédagogique dans les deux volets et pour les quatre années du programme MD.

3. Obstacles importants au recrutement, à la rémunération et à la reconnaissance des professeurs tuteurs et des dirigeants pédagogiques au sein des EMPC

Le programme des Études médicales de premier cycle (EMPC) continue d'éprouver des difficultés en ce qui a trait au recrutement, à la rémunération et à la reconnaissance des contributions extraordinaires des professeurs cliniciens en matière de stratégies de planification, d'enseignement et d'évaluation des apprenants en médecine. La difficulté à saisir et à reconnaître l'enseignement de premier cycle dans les critères et le processus de promotion demeure un obstacle important. Le recrutement d'experts de contenu et de professeurs cliniciens et le soutien qu'ils reçoivent en ce qui a trait à l'élaboration du contenu et aux

stratégies d'évaluation sont particulièrement préoccupants. Le découragement actif des membres du corps professoral à s'engager dans des postes d'administration ou de direction aux EMPC persiste.

4. Fardeau administratif excessif pour le Service de traduction

Le programme d'études compte une petite équipe de traduction spécialisée qui est chargée de traduire le contenu, les communications et les évaluations en lien avec le curriculum. La présentation de multiples demandes de traduction peut entraîner une surcharge pour l'équipe de traduction. Nous avons la possibilité de simplifier les processus du Service de traduction, d'investir dans cette ressource importante et de sensibiliser les dirigeants pédagogiques quant au processus et à l'importance de la traduction dans l'ensemble du programme MD.

5. Possibilités limitées pour les étudiants francophones de participer à l'éducation médicale régionalisée

Les sites d'éducation médicale régionalisée (EMR) pour les étudiants francophones en troisième année sont limités, ce qui oblige les étudiants à utiliser leurs stages au choix pour répondre aux exigences du programme d'EMR. Il n'y a pas de dirigeants francophones pour le développement et le recrutement de sites d'EMR. En outre, l'Eastern Regional Medical Education Program (ERMEP) n'a pas de personnel francophone, de sorte que les coordonnateurs en milieu hospitalier doivent combler ce vide. De plus, les étudiants inscrits sous l'égide du Consortium national de formation en santé (CNFS) ont besoin de soutien supplémentaire pour préparer leurs activités cliniques à l'extérieur de la province afin de s'acquitter de leur mandat. Une initiative de collaboration entre l'EMR et le CNFS profiterait à tous les apprenants francophones.

6. Recours excessif aux cours magistraux

Malgré l'utilisation de diverses méthodes éducatives dans l'ensemble du curriculum, un pourcentage important des activités d'apprentissage structurées est prévu sous forme de séances en grand groupe. Certaines activités d'apprentissage qui sont étiquetées comme des ateliers, des laboratoires ou des activités spécifiques à l'unité sont en fait des cours magistraux qui mettent peu d'accent sur l'apprentissage interactif.

7. Absence d'un programme exhaustif de perfectionnement du corps professoral des EMPC

Bien qu'il existe de nombreuses possibilités de perfectionnement pour le corps professoral en ce qui a trait à l'enseignement, à la rétroaction aux apprenants et aux nouvelles stratégies d'éducation ou d'évaluation, il n'y a pas de programme exhaustif conçu pour appuyer les membres du corps professoral des EMPC. Il y a des séances ciblées pour les tuteurs des modules d'apprentissage par cas et les moniteurs du portfolio en ligne, mais de nombreuses initiatives de perfectionnement du corps professoral sont facultatives et ne constituent pas une exigence pour le personnel nouvellement recruté. Les possibilités de perfectionnement offertes

par les Affaires francophones et le Bureau de perfectionnement du corps professoral compliquent les choses davantage.

8. Infrastructure technologique limitée à l'appui du programme des EMPC

L'infrastructure technologique qui appuie la mise en œuvre des deux premières années des EMPC a récemment subi une transformation qui comprend Brightspace et Elentra. Le Service d'appui à l'enseignement et à l'apprentissage (SAEA) a facilité l'élaboration et la mise en œuvre de plusieurs séances de perfectionnement sur l'utilisation de MS Teams et de Zoom pour les modules d'apprentissage par cas, les séances d'apprentissage en équipe et les cours magistraux. Le soutien technique en ligne pour les membres du corps professoral dépend en grande partie des membres de l'équipe des opérations et de modérateurs étudiants. Le personnel de l'externat continue d'utiliser de vieux logiciels avec de nombreuses ressources concurrentes pour appuyer les activités des apprenants et du corps professoral; problème qui est exacerbé par les restrictions institutionnelles des hôpitaux concernant l'utilisation de certaines technologies. Le Groupe de travail sur la technologie éducative travaille à l'élaboration de recommandations visant à améliorer la formation médicale axée sur la technologie.

9. Espace physique limité pour l'apprentissage

Les salles d'apprentissage par cas actuelles favorisent l'apprentissage en petits groupes. Toutefois, les exigences en matière de distanciation physique limitent le nombre d'étudiants et de professeurs pouvant être présents dans ces salles en raison de leur taille. Les récents changements apportés aux capacités technologiques des salles d'apprentissage par cas offrent l'occasion d'explorer l'apprentissage bimodal. Toutefois, la mise à l'essai d'un modèle éducationnel hybride où certains étudiants étaient en présentiel dans les salles d'apprentissage par cas alors que d'autres se joignaient au groupe virtuellement a posé d'importants défis audio et vidéo nuisant à la reconstitution d'un milieu d'apprentissage « en petits groupes ». Pour le volet anglophone, l'apprentissage en équipe est offert dans un grand amphithéâtre qui n'est pas propice au travail en petits groupes ni aux discussions. Pour les étudiants de l'externat, l'accès à des salles en milieu hospitalier à l'extérieur du pavillon Roger-Guindon suscite des enjeux considérables pour le rassemblement des étudiants dans le cadre d'activités d'apprentissage spéciales.

10. Absence de modèle d'évaluation de programme spécifique

Les stratégies d'amélioration continue pour le programme des EMPC reposent sur les évaluations du contenu, des membres du corps professoral et de la structure de chaque unité par les étudiants, le Questionnaire à l'intention des diplômés de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), le rendement des étudiants aux examens d'obtention du statut de LCMC du Conseil médical du Canada et la capacité des étudiants à obtenir leur premier choix de programme de résidence dans le cadre du jumelage CaRMS. Il faut élaborer un modèle d'évaluation exhaustive pour le programme des EMPC afin de recueillir des données visant à évaluer l'efficacité pédagogique du curriculum. Il faut aussi donner au corps professoral

l'occasion de participer à des activités de recherche en éducation et des initiatives savantes liées au programme MD. Cette approche est particulièrement importante alors que nous passons à un modèle fondé sur les compétences, car l'enseignement et l'évaluation risquent d'être centrés sur l'exécution des APC. D'autant plus, cela pourrait miner ou marginaliser les processus d'éducation et d'évaluation qui soutiennent les objectifs du programme d'études axés sur la responsabilité sociale, la formation interprofessionnelle, le professionnalisme et d'autres domaines d'apprentissage qui ne sont pas liés aux connaissances cliniques et scientifiques de base et/ou à la formation sur l'acquisition des compétences cliniques ou des habiletés techniques.

11. Portée limitée des stratégies d'évaluation

Les méthodes d'évaluation actuelles sont largement axées sur l'évaluation à enjeux élevés des connaissances médicales, par l'entremise d'examens écrits à la fin de chaque unité. Les compétences cliniques, elles, sont évaluées par jugement dans le cadre des examens cliniques objectifs structurés (ECOS) sommatifs et lors des évaluations des étudiants réalisées à la fin de chaque stage d'externat obligatoire. Les stratégies d'évaluation actuelles limitent l'importance placée sur certains domaines de compétences (promotion de la santé, professionnalisme, équipe interprofessionnelle) et sur l'utilisation d'évaluations longitudinales à faibles enjeux. De plus, les politiques en place relatives à l'échec de certaines composantes du programme devraient être examinées et réévaluées afin d'assurer le soutien et l'identification précoce des apprenants en difficulté.

Enjeux et recommandations clés

Les membres du groupe de travail ont formulé des recommandations stratégiques à des fins d'examen. Celles-ci sont organisées selon les thèmes suivants.

Thème 1 : améliorer l'intégration horizontale et verticale du contenu curriculaire

En 1988, on affirmait dans la « Déclaration d'Édimbourg » que : « le but de l'éducation médicale est de former des médecins qui feront la promotion de la santé de tous* » (3). Parmi les huit recommandations formulées dans la déclaration figure le défi de « continuer à intégrer l'éducation dans la science et dans la pratique, en utilisant également la résolution de problèmes dans des contextes cliniques et communautaires comme base d'apprentissage* » (p. 79).

* Traduction libre

En 2009, l'AFMC a publié un rapport intitulé « L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales » (4). La troisième recommandation de ce rapport est axée sur l'édification des assises scientifiques de la médecine et préconise qu'« étant donné que la médecine repose sur des principes scientifiques fondamentaux, il faut apprendre à la fois les sciences humaines et biologiques dans des contextes cliniques pertinents et immédiats durant toute l'expérience des études médicales prédoctorales » (p. 20).

La raison d'être et les pratiques exemplaires actuelles de l'intégration ont été résumées par Brauer et Ferguson dans le guide n° 96 de l'Association pour l'enseignement médical en Europe publié en 2015 et intitulé *The integrated curriculum in medical education* (5). Un accent particulier est mis sur l'intégration en spirale (s'étendant dans le temps et sur l'ensemble des domaines d'étude) du contenu curriculaire pour revoir de façon itérative « les questions, les sujets ou les thèmes tout au long du programme d'études [traduction libre] » (6). Le programme d'études en spirale permet de revisiter les sujets d'étude à des niveaux de difficulté de plus en plus élevés de sorte que les apprentissages antérieurs sont un prérequis pour les nouveaux apprentissages, ce qui accroît la compétence des étudiants au fil du temps (7). La continuité qui est assurée entre les diverses parties du curriculum et l'intégration verticale entre les différentes unités ou au fil des ans favorisent la séquence logique des sujets et encourage l'apprentissage des étudiants au-delà de la mémorisation factuelle en vue d'une application des connaissances, des compétences et des comportements au fil du temps.

Compte tenu de la nécessité de mettre en œuvre un modèle de formation médicale fondée sur les compétences et reposant sur les douze APC définies par l'AFMC, les membres du groupe de travail proposent les recommandations suivantes.

Intégration verticale

L'intégration verticale est axée sur l'intégration du curriculum au fil du temps. Elle vise à améliorer l'éducation (comme l'enseignement des sciences fondamentales et cliniques) en perturbant les obstacles traditionnels liés aux segments curriculaires afin de faciliter le transfert de l'apprentissage d'une année à l'autre. L'intégration verticale repose sur l'accumulation des connaissances et leur application au fil du temps.

Le renouvellement du curriculum constitue un important levier pour cerner les possibilités d'amélioration de l'intégration verticale dans l'ensemble du programme MD et y donner suite. La détermination de ces possibilités appuiera au moins trois principes éducatifs qui ont été établis pour orienter le projet de renouvellement du programme d'études :

1. Le contenu sera à jour, fondé sur des données probantes et axé sur le patient;
2. Les processus éducatifs favoriseront l'apprentissage actif, la progression continue et le professionnalisme des étudiants;
3. Les activités pédagogiques seront intégrées, adéquatement ordonnées et axées sur les connaissances, les compétences et les habiletés d'un médecin généraliste.

L'intégration verticale tout au long des quatre années du programme d'études contribuera à la réalisation de trois objectifs en matière d'éducation :

1. Application d'un modèle pédagogique où l'apprentissage antérieur sert de fondement aux nouveaux apprentissages dans des contextes de plus en plus complexes.
2. Révision du contenu et de la structure de plusieurs composantes longitudinales, y compris, mais sans s'y limiter, la formation interprofessionnelle, la formation pour l'acquisition des compétences cliniques et le programme SIM.
3. Harmonisation du contenu curriculaire (connaissances, compétences, attitudes et comportements) avec les stratégies d'évaluation axées sur l'exécution des APC nationales.

Les membres du groupe de travail ont formulé les recommandations suivantes en vue d'améliorer l'intégration verticale dans les quatre années d'étude.

Recommandation 1. *Concevoir et mettre en œuvre une stratégie de conception pédagogique pour améliorer l'intégration verticale des programmes longitudinaux actuels et futurs pour l'ensemble des quatre années du programme MD.*

Justification : Les composantes longitudinales du curriculum sont actuellement planifiées de façon relativement isolée par rapport à d'autres éléments du programme d'études. Leur intégration est ainsi limitée, particulièrement au cours des troisième et quatrième années du programme. De nombreuses composantes dites « longitudinales » (par exemple, compétences cliniques, SIM, santé autochtone, formation interprofessionnelle, éthique et humanités) reposent sur des séances de formation structurées et organisées au cours des deux premières années du programme. Ces séances ne s'imbriquent pas l'une dans l'autre, d'une année à l'autre. Le prolongement des composantes longitudinales à la troisième et à la quatrième année permettrait aux étudiants d'intégrer leurs connaissances, leurs compétences, leurs attitudes et leurs comportements issus de ces composantes à leurs expériences d'apprentissage clinique et favoriserait une approche holistique de la prestation de soins de santé axés sur le patient et fondés sur des données probantes.

Cette approche faciliterait également la planification et la mise en œuvre des programmes longitudinaux en cours d'élaboration (échographie ciblée, soins virtuels, antiracisme, santé autochtone) ainsi que la conception et l'élaboration de nouveaux programmes longitudinaux, comme le Programme de santé planétaire, qui font actuellement l'objet de discussions.

Recommandation 2. *Développer et mettre en œuvre une conception pédagogique révisée pour améliorer l'intégration verticale des objectifs d'apprentissage en sciences cliniques et fondamentales et en médecine sociale pour les deux premières années du programme MD.*

Justification : Le contenu abordé dans l'Unité des fondements de la médecine offre aux étudiants l'occasion d'acquérir des connaissances, des compétences et des habiletés en

anatomie, en biochimie, en histologie, en physiologie, en immunologie et en microbiologie (entre autres). Ces concepts fondamentaux permettent aux étudiants d'élaborer un cadre pour mieux comprendre les symptômes cliniques, les résultats d'examens physiques, le diagnostic et le diagnostic différentiel, la physiopathologie, les investigations et les données probantes qui éclairent les décisions initiales de prise en charge de problèmes cliniques courants présentés dans les Unités 1, 2 et 3. Les cours magistraux, les activités spécifiques à l'unité et les séances d'apprentissage par cas en petits groupes servant d'introduction aux sujets et aux tableaux cliniques doivent être planifiés de façon à revoir intentionnellement les concepts fondamentaux déjà appris par divers moyens, y compris le matériel de lecture préalable pour l'apprentissage par cas ou l'apprentissage en équipe. Le fait d'offrir des cours magistraux ou des activités spécifiques à l'unité qui s'appuient intentionnellement sur les notions de sciences fondamentales précédemment couvertes ou qui les renforcent améliorera l'atteinte des objectifs d'apprentissage en sciences cliniques.

De plus, une occasion unique nous est offerte d'élaborer un processus pour intégrer l'éthique, les humanités, le professionnalisme, la santé autochtone, l'antiracisme, la médecine sociale et d'autres expériences des patients (le cas échéant) dans les séances d'apprentissage par cas afin de mettre davantage l'accent sur l'apprentissage centré sur le patient; un apprentissage qui se veut évolutif et qui est délibérément axé sur la responsabilité sociale afin de réaliser notre mandat en la matière.

Recommandation 3. *Bonifier l'enseignement des sciences fondamentales (anatomie, physiologie, biochimie, microbiologie et génétique) pour favoriser l'apprentissage et la progression continue des étudiants tout au long de la troisième et de la quatrième année du programme MD.*

Justification : L'extension de l'enseignement des sciences fondamentales dans le cadre des stages d'apprentissage cliniques en troisième et quatrième année offrira aux étudiants d'importantes occasions de revoir les notions de sciences fondamentales et de les appliquer à l'interprétation des symptômes cliniques et des constatations à l'examen physique (anatomie, imagerie diagnostique, histologie et échographie ciblée). Elle leur permettra aussi d'améliorer leur raisonnement clinique sur la physiopathologie sous-jacente (physiologie et microbiologie) ainsi que leur approche et leur interprétation des examens diagnostiques (pathologie, biochimie, radiologie et microbiologie) pour une grande variété de patients dont les cas sont plus en plus complexes. Cela pourrait également susciter l'intérêt de la prochaine génération de chercheurs cliniques envers l'élaboration d'initiatives de recherche en sciences fondamentales et cliniques. Le renouvellement du programme d'études est une occasion importante d'accroître la collaboration et le partenariat précieux que nous avons avec nos collègues des sciences fondamentales dans les milieux d'apprentissage cliniques, alors que nous mettons en œuvre un modèle de formation fondée sur les compétences pour le programme MD.

Recommandation 4. *Concevoir et examiner un processus selon lequel les experts de contenu de la première et de la deuxième année collaborent avec leurs homologues de la troisième et de la quatrième année afin de planifier un curriculum intégré dans l'ensemble du programme MD.*

Justification : À l'heure actuelle, nous nous attendons à ce que les experts de contenu du préexternat déterminent le contenu et les objectifs d'apprentissage des activités pédagogiques qui se déroulent dans le cadre des six unités initiales des deux premières années du programme. En outre, les experts de contenu, souvent de la même discipline, élaborent des cours et du matériel didactique pour les étudiants qui entament un stage d'externat obligatoire en troisième ou quatrième année. Le transfert pédagogique entre les deux étapes du programme MD est actuellement limité. En effet, la planification pédagogique de la troisième et de la quatrième année ne tient pas toujours compte du contenu abordé en première et en deuxième année.

Le renouvellement du curriculum offre l'occasion de déterminer et d'évaluer les répercussions pédagogiques d'un nouveau processus de planification et d'une nouvelle structure qui permettent d'appuyer et d'habiliter de multiples experts de contenu à planifier conjointement les quatre années du curriculum. Nous avons la possibilité de réunir des experts de contenu en médecine familiale, en SIM, en sciences fondamentales et en conception de programmes d'éducation ainsi que des experts de contenu des départements cliniques afin qu'ils puissent collaborer à la planification d'un curriculum intégré tout au long des quatre années du programme MD. Nous recommandons d'inviter d'abord des spécialistes de la médecine familiale, de la médecine interne, de la psychiatrie, de la pédiatrie et de l'obstétrique et de la gynécologie à participer à un processus de planification interprofessionnelle et d'en évaluer l'incidence sur l'élaboration du contenu curriculaire. Le processus envisagé créera un précédent pour assurer la collaboration pédagogique des membres qui pratiquent dans l'ensemble du système de santé.

Intégration horizontale

L'intégration horizontale est axée sur la séquence, la pertinence et l'intégralité des activités pédagogiques dans diverses disciplines ou domaines d'étude au cours d'une période précise (telle qu'une semaine, une unité ou une année précise du curriculum). Il y a également de nombreuses occasions d'améliorer l'intégration horizontale dans chacune des années du programme MD.

Recommandation 5. *Créer un processus de planification du programme d'études complet pour faciliter la détermination de ce qui est enseigné (contenu, résultats d'apprentissage escomptés), de la méthode d'enseignement et du moment propice à l'apprentissage afin de cerner les possibilités de favoriser une plus grande harmonisation, d'améliorer la coordination temporelle et de renforcer les liens entre le contenu curriculaire, les résultats d'apprentissage escomptés et les stratégies d'évaluation des étudiants.*

Justification : L'« outil d'interrogation du curriculum » permet de faire des recherches (par mot clé et par numéro d'objectif d'apprentissage), mais celles-ci se limitent à une unité et à un volet linguistique précis. Les données ne peuvent pas être regroupées par thème et l'outil sert

rarement à la planification du curriculum. Un processus de planification du programme d'études fournirait un aperçu plus complet des thèmes et des domaines d'étude abordés chaque semaine (8, 9). Cette analyse thématique facilitera la prise de décisions sur l'enchaînement et l'intégration de plusieurs éléments curriculaires dans le cadre d'une semaine ou d'une unité donnée.

Recommandation 6. *Fournir aux experts de contenu et aux directeurs de stage un modèle de planification qui préconise la diversité des points de vue relativement à la planification des activités pédagogiques.*

Justification : La planification des activités pédagogiques s'appuie sur l'expertise clinique et l'expérience des experts de contenu et des directeurs de stage pour déterminer les sujets cliniques sur lesquels porteront les séances d'apprentissage pour une période définie. Il est recommandé d'adopter un modèle de planification qui incite les experts de contenu et les directeurs de stage à tenir compte de divers points de vue dans la sélection des cas et la détermination du contenu fondamental. Cette stratégie d'intégration contribuera à l'apprentissage des étudiants et à l'atteinte des objectifs du programme MD. Le modèle susciterait la réflexion et inciterait à envisager certaines questions dans le contexte plus large du développement du contenu comme :

- la promotion du généralisme ou d'une approche généraliste;
- les enjeux de la diversité, de l'équité et de l'inclusion;
- la promotion de la formation et de la pratique interprofessionnelles;
- l'application de l'apprentissage dans divers milieux cliniques, p. ex. la pratique en milieu communautaire versus hospitalier.

On encourage la prise en compte de ces points de vue afin de renforcer la planification collaborative qui repose expressément sur l'expertise de plusieurs experts de contenu et directeurs de stage et crée une stratégie de « communauté de pratique » pour leur fournir le soutien dont ils ont besoin pour jouer leurs rôles essentiels au sein du programme MD.

Recommandation 7. *Élaborer un plan pour intégrer six semaines de l'Unité 4 dans le cours Transition à l'externat afin de créer un nouveau cours axé sur les symptômes et les tableaux cliniques dans divers milieux cliniques.*

Justification : Le contenu (cours magistraux, apprentissage par cas et activités d'apprentissage spécifiques à l'unité) abordé dans les Unités 1, 2 et 3 est largement axé sur des sujets (ou systèmes) cliniques. En 2008-2009, l'objectif de la refonte du curriculum était de remodeler l'Unité 4 pour mettre davantage l'accent sur l'éducation fondée sur les symptômes comme étape préparatoire à la transition des étudiants vers les stages obligatoires d'externat. Bien que les modules d'approche globale des patients accordent davantage d'importance aux symptômes et aux tableaux cliniques, le renouvellement du curriculum est une excellente occasion pour élaborer un plan éducatif global pouvant servir de pont pour préparer les étudiants à leur transition vers les milieux d'apprentissage clinique en troisième et en quatrième année.

Afin de faciliter cette transition, les membres du groupe de travail recommandent d'envisager les mesures suivantes :

- **Direction** : Former une nouvelle équipe de direction composée des responsables actuels des volets anglophones et francophones de l'Unité 4 et de la Transition à l'externat avec l'appui du directeur du programme d'études et des directeurs du préexternat et de l'externat afin de collaborer à la conception pédagogique de cette nouvelle unité.
- **Structure** : Intégrer six semaines de l'Unité 4 dans le cours Transition à l'externat afin de créer un nouveau cours de 8 semaines qui repose sur une stratégie pédagogique fondée sur les tableaux cliniques et axée sur le patient. Ce cours peut être conçu de façon à ce qu'il comprenne des séances le matin et l'après-midi afin de préparer les étudiants pour leurs rôles et leurs responsabilités dans les stages de troisième et de quatrième année. On devrait conserver un module de deux à trois semaines pour la pédiatrie, planifié en collaboration avec les responsables de la médecine familiale, afin d'adopter une approche à l'évaluation, au diagnostic et à la prise en charge d'enfants présentant des symptômes aigus courants.
- **Contenu** : L'accent mis sur l'approche à l'égard des symptômes ou des cas cliniques peut être intégré à des approches novatrices de l'enseignement des compétences cliniques, des soins virtuels, de la formation interprofessionnelle, du bien-être des médecins, de l'amélioration de la qualité, de la technologie des soins de santé, de la gestion du système de santé, de la santé de la population et de la santé publique, entre autres. Ce nouveau cours pourrait continuer de mettre l'accent sur les approches à l'égard des patients souffrant d'étourdissements, de vertige, de délirium, de déclin cognitif, de douleur chronique et de troubles cutanés ainsi que les soins palliatifs. Ce cours enrichi offre l'occasion de revoir et d'améliorer la formation des compétences d'intervention qui s'harmonisent avec les interventions définies dans l'APC 11. Ce cours continuera d'offrir aux étudiants des occasions précoces d'entrer dans le monde structuré des hôpitaux par le biais de gardes d'admission, de tournées hospitalières, de visites des patients hospitalisés et de visites d'autres milieux cliniques pour appuyer le contenu.

Recommandation 8. *Développer un plan visant à réévaluer la quatrième année des études médicales en prolongeant le cours Transition à la résidence à huit semaines et revoir les stages obligatoires avec options en chirurgie et en médecine, afin d'appuyer les étudiants dans leur transition vers le programme de résidence de leur choix et leur préparation pour les examens d'obtention du statut de Licencié du Conseil médical du Canada (LCMC).*

Justification : Les stratégies pédagogiques requises pour assurer une transition réussie des étudiants vers le programme de résidence de leur choix continuent d'évoluer pour permettre d'atteindre un certain nombre d'objectifs en matière d'éducation, y compris, sans toutefois s'y limiter :

- Tenir des séances de formation ciblée sur les compétences pratiques qui amélioreront la transition à la résidence, dont :
 - la formation sur l'acquisition des compétences cliniques;
 - la formation en compétences d'intervention;
 - les stratégies d'apprentissage continu;
 - les stratégies et les outils pour le bien-être des médecins;
 - la formation interprofessionnelle;
 - l'atteinte d'objectifs d'apprentissage en sciences des systèmes de santé (y compris la sécurité des patients, l'amélioration de la qualité, l'économie de la santé, la politique en matière de santé et les technologies de l'information sur la santé, entre autres);
 - l'éthique et le professionnalisme propres aux milieux d'apprentissage clinique;
 - la santé de la population et la santé publique.

- Faciliter la tenue de séances de formation précises conçues pour favoriser la transition vers la médecine familiale ou un programme de résidence du Collège royal. Ces séances pourraient être axées sur :
 - les compétences d'intervention propres à la résidence dans un domaine précis;
 - les APC qui sont évaluées au cours des six premiers mois de la médecine familiale ou lors de l'étape de Transition à la résidence du plan de compétence par conception du Collège royal.

- Fournir un soutien personnalisé aux étudiants qui ne maîtrisent toujours pas les APC nationales.

- Développer les objectifs d'apprentissage et les stratégies d'évaluation pour les stages obligatoires avec options dans le cadre du cours Transition à la résidence.

Les membres du groupe de travail recommandent que les séances de formation du cours enrichi de Transition à la résidence soient mises à l'essai en médecine familiale, en médecine interne, en spécialités chirurgicales, en anesthésie, en psychiatrie, en pédiatrie et en médecine de laboratoire.

Thème 2 : Création d'un programme d'externat longitudinal

Les programmes d'externat longitudinaux intégrés (ELI) existent dans une certaine mesure depuis de nombreuses années, mais leur adoption par les facultés de médecine du Canada, des États-Unis et de l'Afrique du Sud a augmenté au cours des deux dernières décennies. Le Consortium of Longitudinal Integrated Clerkships Research Collaborative a publié une étude dans laquelle on décrit le but et les caractéristiques des programmes d'ELI (10). À l'origine, ces programmes ont été mis sur pied « pour répondre aux impératifs de la population active, du système de santé et de la santé publique et transformer les sciences de l'apprentissage en modèles d'éducation clinique » [traduction libre] (10 p. 923). Bien que la structure et la

conception des programmes d'externat longitudinaux varient, ils ont tous trois éléments en commun.

Tous les étudiants en médecine :

1. participent aux soins complets des patients au fil du temps;
2. entretiennent des relations pédagogiques continues avec les médecins de ces patients;
3. se servent de ces expériences pour acquérir les compétences cliniques fondamentales requises pour leur année universitaire dans diverses disciplines simultanément.

Le troisième élément s'inscrit dans le cadre d'un stage habituel limité dans le temps et offre aux étudiants l'occasion d'être exposés à une vaste gamme de patients dans divers milieux (soins ambulatoires, services hospitaliers, urgence) au fil du temps.

La structure des programmes d'ELI peut intégrer toutes ou la plupart des disciplines, mais comprend des stages complémentaires portant sur des maladies précises pour compléter l'année scolaire (ELI hybride) ou présente toutes les disciplines de l'année sous forme de programme intégré (ELI complet).

La durée des programmes d'externat longitudinaux varie de 12 à plus de 40 semaines. Au moment d'examiner le but, la mission éducative et les valeurs du programme MD, les membres du groupe de travail proposent les recommandations suivantes.

Recommandation 9. *Créer un groupe de travail chargé d'élaborer une proposition pour mettre à l'essai un programme d'externat intégré, longitudinal et hybride pour l'année scolaire 2023-2024.*

Justification : La revue narrative de Brown et coll. fournit une description pratique des étapes, des enjeux et des défis dont il faut tenir compte dans la conception et la mise en œuvre d'un programme d'ELI (11). L'École de médecine du Nord de l'Ontario a mis en œuvre une expérience d'immersion plus dispersée qui convient à son contexte local, tandis que l'approche en continu « multispécialité » utilisée par l'École de médecine de Harvard s'adapterait mieux à notre contexte local. Compte tenu de la taille de la ville d'Ottawa et du modèle traditionnel de stage d'externat axé sur le temps en vigueur depuis plusieurs décennies, on recommande l'adoption d'un programme d'ELI hybride qui conviendrait à notre contexte local. Le groupe de travail chargé d'élaborer une proposition pour mettre à l'essai un programme d'ELI hybride devra tenir compte des questions suivantes.

- Quels moyens faut-il utiliser pour sélectionner les étudiants et les emplacements, et recruter les tuteurs qui participeront au programme d'ELI pilote?
- L'un de nos hôpitaux communautaires partenaires conviendrait-il bien à ce type d'approche?

Compte tenu de l'importance de sélectionner des étudiants qui sont engagés et plus susceptibles de participer activement dans un contexte communautaire offrant la possibilité d'établir des relations significatives avec des tuteurs et des pairs, il faudrait envisager un projet pilote au sein du volet francophone.

- Quel milieu d'apprentissage conviendrait le mieux à une intégration complète des étudiants dans de multiples disciplines?

Compte tenu du succès de l'ELI dans les collectivités rurales, le groupe de travail sera invité à déterminer les emplacements possibles pour un programme d'ELI hybride dans les régions urbaines ou rurales ou les régions mal desservies de l'est ou du nord-est de l'Ontario. On pourrait envisager les endroits où le programme MD a déjà établi des relations communautaires par l'entremise du programme d'éducation médicale régionalisée, les sites des stages au choix ou d'autres sites de formation qui sont exploités par la médecine familiale ou d'autres programmes de formation en résidence.

- Quelles ressources et structure administrative seront nécessaires pour lancer un programme d'ELI hybride?

Il y a un certain nombre d'obstacles possibles à la mise en œuvre d'un programme d'ELI, y compris, mais sans s'y limiter, l'intégration de nouveaux membres du corps professoral qui ont reçu une formation appropriée pour enseigner et superviser et évaluer les étudiants ainsi que les aspects financiers et les répercussions en matière d'organisation et de prestation des services.

- Quelles stratégies et approches d'évaluation seront utilisées?
- Comment sera présenté le contenu longitudinal?

Il y a un certain nombre de décisions à prendre à savoir si les stratégies d'évaluation utilisées dans le modèle actuel des stages obligatoires sont appropriées pour un programme d'ELI hybride ou s'il sera nécessaire de concevoir des outils adaptés au but et aux objectifs de ce programme.

Recommandation 10. *Mettre en place une collaboration entre le Sous-comité d'évaluation du programme d'études et le Comité de l'externat afin d'établir les questions d'évaluation, les sources de données et les stratégies de collecte des données pour l'évaluation du programme pilote d'ELI hybride.*

Justification : La mise en œuvre d'un programme d'ELI hybride est une occasion de créer un cadre d'évaluation qui abordera un certain nombre de questions clés. Étant donné que la conception d'un programme d'ELI hybride pourrait s'appliquer à d'autres programmes d'externat à l'avenir, il est fortement recommandé de procéder à l'évaluation exhaustive du programme d'ELI pilote. L'évaluation de ce projet pilote se prête aux activités d'érudition et

contribue aux publications de plus en plus abondantes sur l'efficacité et l'équivalence de l'ELI par rapport aux stages basés sur un modèle traditionnel par module.

Thème 3 : Restructuration de la gouvernance du curriculum et de l'administration scolaire

Les éléments traditionnels d'un curriculum sont habituellement axés sur ce qui sera enseigné, par qui, où et comment les résultats seront évalués. Traditionnellement, la prise de décisions entourant ces éléments importants s'articule autour d'une structure de gouvernance qui définit :

- qui est chargé des rôles et des responsabilités liés à la conception et à la mise en œuvre du curriculum (direction);
- l'autonomie, la responsabilisation et les rapports hiérarchiques des dirigeants pédagogiques et des comités ou des groupes qu'ils supervisent;
- la structure du comité administratif qui permet de mettre en œuvre et d'évaluer la conception du programme d'études.

Gouvernance du curriculum

Pour aborder cet aspect important du programme, le groupe de travail a formulé les deux recommandations suivantes.

Recommandation 11. *Examiner le modèle de leadership actuel du programme MD et proposer des modifications concernant, entre autres, les rôles, les responsabilités et les rapports hiérarchiques des directeurs, des experts de contenu, des directeurs de stage, des responsables des programmes longitudinaux, des responsables d'unité pour les volets francophone et anglophone ainsi que des divers comités du programme d'EMPC, tels qu'ils sont décrits dans leurs descriptions de poste ou leur mandat, le cas échéant.*

Justification : L'ampleur et la complexité du programme MD ont favorisé la nomination de plusieurs directeurs de programme, responsables et experts de contenu qui sont chargés de s'acquitter des responsabilités liées à un cours, à une unité ou à un domaine d'étude en particulier. Actuellement, il y a :

- sept comités pour le programme d'études – le Comité du programme d'études de premier cycle, le Comité de révision du programme d'études, le Comité du préexternat, le Comité de l'externat, le Comité directeur de la responsabilité sociale, le Comité des compétences cliniques et le Comité d'évaluation;
- six comités de planification d'unité pour les deux premières années du programme MD;
- huit comités de stages d'externat pour les deux dernières années du programme MD;
- plusieurs groupes de planification pour les programmes longitudinaux y compris, sans toutefois s'y limiter, l'anatomie, la formation pour l'acquisition des compétences cliniques, mLIFE, le programme de formation en leadership, la pleine conscience, l'échographie ciblée, les compétences d'intervention, SIM, la formation interprofessionnelle et les soins virtuels.

Afin de maintenir et d'améliorer la qualité et l'intégrité de l'enseignement, il sera essentiel d'évaluer le nombre et le type de responsables du programme d'études, d'experts de contenu et de comités nécessaires pour appuyer la conception et la mise en œuvre du curriculum dans les deux volets linguistiques. L'intégration efficace de ces postes cruciaux dans le cadre plus large du processus de planification et de prise de décisions représente un défi. Il faut prendre des décisions appropriées, opportunes et efficaces par le biais d'un cadre de gouvernance plus cohérent et collaboratif dans chacun des volets linguistiques.

Les objectifs de cet examen sont d'élaborer un modèle de gouvernance, de redéfinir les rôles, les responsabilités et les rapports hiérarchiques des directeurs, des responsables et des experts de contenu, et de passer en revue leurs descriptions de poste. Il faut aussi définir les attentes concernant la façon dont les responsables et les experts de contenu peuvent planifier conjointement les activités pédagogiques dans le cadre d'une unité ou d'un stage particulier ainsi que dans l'ensemble du curriculum, et ce, pour les deux volets linguistiques.

Le nombre et le type de comités nécessaires à la surveillance et à la mise en œuvre de la structure du curriculum pour chacun des volets seront revus et les rôles et responsabilités de chaque comité seront clarifiés.

Recommandation 12. *Créer un mécanisme au sein de la structure de leadership du programme MD pour reconnaître de nouveaux domaines d'étude et les intégrer au curriculum.*

Justification : Le programme d'études de l'avenir devra être flexible et adaptatif pour permettre de cerner de nouveaux domaines d'étude à des fins d'intégration dans le curriculum. Il ne peut être contraint par la tradition ni demeuré inaltéré pendant de longues périodes. Dans le passé, de nouveaux sujets d'étude ont été ajoutés à certaines composantes du programme, ce qui a donné lieu à la mise en place d'une série de microprogrammes au fil du temps. L'intégration de ceux-ci à d'autres éléments du programme s'est avérée difficile. Bien qu'un groupe chargé de l'évaluation du curriculum fournira des données sur les éléments du programme d'études qui doivent être modifiés, la formation d'un groupe chargé de déterminer de nouveaux domaines d'étude stratégiques contribuera à faire en sorte que le curriculum est à jour et intégré, et qu'il répond aux besoins des étudiants et de la collectivité.

Recommandation 13. *Promouvoir, valoriser et célébrer explicitement les membres du corps professoral qui participent à titre de tuteurs, de chargés de cours, d'experts de contenu ou de précepteurs cliniques et qui occupent des postes de dirigeants pédagogiques au sein de la Faculté de médecine.*

Justification : Il incombe de reconnaître les obstacles persistants qui entravent le recrutement, la rémunération et la reconnaissance des membres du corps professoral (qui compris ceux qui ne sont pas associés à des départements universitaires ou qui ne détiennent pas de nomination à la Faculté de médecine) qui travaillent comme chargés de cours, tuteurs, experts de contenu ou précepteurs cliniques. Cette préoccupation est exprimée depuis au moins dix ans, a été mise

en évidence régulièrement dans les rapports du Comité de révision du programme d'études et menace l'intégrité et à la qualité du programme MD. Les membres du corps professoral qui participent à l'enseignement, à l'évaluation ou à l'administration du programme MD doivent être considérés comme contribuant également à la mission et à la vision de la Faculté de médecine. Le recrutement des professeurs doit être soutenu par les départements cliniques et célébré dans les deux volets et dans tous les centres universitaires.

Recommandation 14. *Reconnaître explicitement l'engagement envers la mission pédagogique de la Faculté de médecine et l'intégrer aux critères de promotion de la Faculté de médecine.*

Justification : Les contributions à la mission éducative de la Faculté de médecine devraient être explicitement reconnues dans les critères de promotion des membres du corps professoral dont les nominations cliniques et universitaires sont principalement axées sur l'éducation médicale. Cette recommandation ne devrait pas être fondée simplement sur le « calcul des heures » d'enseignement, mais plutôt sur les contributions du corps professoral à la conception, au développement et à l'évaluation des innovations en éducation médicale, à l'évaluation de l'efficacité de l'enseignement, à l'érudition en éducation médicale et à l'examen par les pairs des contributions d'un membre du corps professoral au programme MD et à la Faculté de médecine en général.

Infrastructure administrative

Conformément à l'examen de la gouvernance du curriculum, la structure et les rôles en lien avec l'administration du programme d'études devraient être examinés et harmonisés avec la nouvelle structure de gouvernance. À cette fin, les membres du groupe de travail recommandent ce qui suit.

Recommandation 15. *Améliorer les locaux réservés à l'enseignement, à l'apprentissage et à l'évaluation de façon à ce qu'ils correspondent aux stratégies de conception pédagogique actuelles et futures du programme MD.*

Justification : Il est essentiel pour la Faculté de médecine de réaménager l'espace physique consacré à l'éducation médicale afin de soutenir un programme d'études interactif, intégré et longitudinal. Il est nécessaire d'examiner en profondeur et d'élaborer un plan d'amélioration pour l'espace physique réservé à l'enseignement et à l'apprentissage, en particulier pour les deux premières années du programme. Les salles d'apprentissage par cas actuelles varient en taille, ce qui limite notre capacité d'appuyer la démonstration et la mise en pratique des compétences et des habiletés cliniques sous supervision directe et de tenir de séances d'apprentissage interactives (virtuelles et en présentiel) avec de nombreux experts de contenu, professionnels de la santé et patients. Les étudiants ont un accès (limité) au Centre de compétences et de simulation de l'Université d'Ottawa, mais il nous incombe de réfléchir à la conception et au développement d'un laboratoire de compétences cliniques complet pour l'apprentissage et la mise en pratique des habiletés cliniques et techniques. D'autres investissements et fonds pourraient également accroître l'utilisation du Laboratoire de

développement des compétences cliniques de l'Hôpital Montfort. Un laboratoire interne de développement des compétences cliniques pourrait offrir des possibilités stimulantes et novatrices aux apprenants de notre programme et une occasion de prendre de l'expansion au-delà de notre Faculté. L'étoffement de la formation sur l'échographie ciblée nécessitera un espace physique pour l'enseignement et l'évaluation. L'espace physique est terriblement insuffisant pour soutenir l'apprentissage en équipe et il n'y a actuellement aucun espace pour les enseignants qui viennent enregistrer leurs séances ni d'endroit réservé au Service d'appui à l'enseignement et à l'apprentissage (SAEA). Une collaboration continue avec les hôpitaux partenaires est nécessaire pour veiller à ce que les apprenants aient accès à des salles de garde appropriées, à des casiers, à des vestiaires, à des espaces d'étude, à une bibliothèque sur place, aux dossiers médicaux électroniques, à de la technologie de soutien et à des espaces dédiés à l'apprentissage en classe pendant leurs stages. D'autant plus que cela constitue une exigence du Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC).

Recommandation 16. *Améliorer l'infrastructure technologique qui sous-tend le développement d'un milieu pédagogique virtuel pour appuyer l'enseignement et l'apprentissage dans le cadre du programme MD.*

Justification : La récente pandémie a entraîné le passage du programme d'études à une stratégie d'apprentissage à prédominance virtuelle. L'anticipation du maintien d'une approche hybride à la prestation du programme d'études nécessitera un système de soutien technologique pour faciliter la mission éducative du programme MD. Bien que le Groupe de travail sur la technologie éducative ait formulé une série de recommandations sur la façon dont la technologie appuiera l'éducation médicale à l'avenir, il faut procéder à un examen réfléchi de la capacité et de l'infrastructure technologiques actuelles pour appuyer l'éducation médicale virtuelle. L'affectation d'un agent de liaison SAEA bilingue sur place pour les EMPC fournira aux enseignants et aux chargés de cours le soutien dont ils ont besoin pour offrir des séances d'enseignement en direct ou enregistrées en français ou en anglais.

Bien qu'on ait récemment investi dans la mise à niveau technologique des salles d'apprentissage par cas, il demeure indispensable de faciliter l'accès à un milieu éducatif virtuel, y compris l'accès à l'apprentissage assisté par ordinateur et à d'autres applications d'intelligence artificielle. La capacité de pratiquer des habiletés cliniques ou techniques avec des patients virtuels ou dans un environnement de simulation d'immersion totale constituera une priorité croissante pour l'éducation médicale à l'avenir. Les ressources pédagogiques à l'appui du programme d'études dans des domaines comme la pathologie et la radiologie doivent être mises à jour afin d'être intégrées à l'apprentissage par cas, aux cours magistraux et aux autres activités d'apprentissage spécifiques à l'unité. Enfin, il est primordial d'investir dans un système complet accessible aux partenaires des hôpitaux, aux apprenants et aux professeurs cliniciens pour appuyer l'organisation et la prestation du curriculum alors que nous entrons dans une période de changements importants. La technologie à l'appui du programme devrait être simplifiée et accessible à tous les aspects du programme pendant les quatre années d'étude, peu importe l'emplacement physique des apprenants. Le soutien technologique peut constituer un moyen de promouvoir les possibilités d'engagement dans l'ensemble des

professions de la santé dans le cadre de l'apprentissage interprofessionnel et de faciliter la participation des patients comme enseignants au sein du programme MD.

Recommandation 17. *Charger l'équipe de direction administrative du programme MD d'examiner le soutien opérationnel et d'y proposer des modifications qui seront nécessaires à la mise en œuvre des révisions prévues au programme MD.*

Justification : Compte tenu du changement visant à promouvoir une plus grande intégration verticale des programmes d'études longitudinaux au cours des quatre années du programme MD, il serait approprié de revoir les rôles, les responsabilités et les principaux domaines de responsabilité actuels du Bureau de l'évaluation et du programme d'études, du groupe des opérations de la première et de la deuxième année et du groupe des opérations de la troisième et de la quatrième année. L'examen et la révision, lorsqu'il y a lieu, des rôles et des responsabilités actuels des diverses équipes des opérations favoriseront une plus grande transparence et amélioreront la communication, la collaboration et l'esprit de collégialité pour fournir du soutien aux étudiants et aux enseignants qui participent au programme MD. La révision sera menée par le directeur des EMPC en collaboration avec les superviseurs des différents groupes, conformément aux règles et règlements des ressources humaines.

4. Conclusion

Dans son rapport, le groupe de travail a proposé un ensemble complet de recommandations visant à modifier la structure du curriculum afin de faciliter la mise en œuvre des priorités stratégiques définies pour le renouvellement du curriculum. Compte tenu de l'accent mis sur un programme d'études fondé sur les compétences, intégré et longitudinal, le groupe de travail a plaidé en faveur d'un curriculum qui est intégré horizontalement et verticalement avec une équipe de direction et une infrastructure administrative efficaces, souples et adaptées aux besoins de nos étudiants, de notre corps professoral et de nos patients.

Membres du groupe de travail

- Michelle Anawati, MSS, MD, CCMF, directrice de l'externat, volet francophone et professeur adjointe, Département de médecine familiale, Université d'Ottawa
- Tammy Bélanger, superviseure, Bureau de l'évaluation et du programme d'études, EMPC, Faculté de médecine, Université d'Ottawa
- Robert Bell, MD, FRCPC, (ancien) directeur du programme d'études, Programme MD, Faculté de médecine, Université d'Ottawa
- Craig Campbell, MD, FRCPC, FSACME, directeur du programme d'études, Programme MD, Faculté de médecine et professeur adjoint de médecine, Département de médecine, Université d'Ottawa
- Linda Chenard, directrice, EMPC, Faculté de médecine, Université d'Ottawa
- Mario Corrado, représentant étudiant de la promotion de 2023
- Claire Kendall, MD, PhD, doyenne associée, Responsabilité sociale, Faculté de médecine et professeure adjointe de médecine, Département de médecine familiale, Université d'Ottawa
- Niève Séguin, représentante étudiante de la promotion de 2023
- Chuck Su, MD, CCMF (MU), FCMF, vice-doyen, EMPC et professeur adjoint, Département de médecine d'urgence et Département de médecine familiale, Université d'Ottawa
- Timothy Wood, PhD, directeur de l'évaluation et professeur, Département d'innovation en éducation médicale, Faculté de médecine, Université d'Ottawa

Références

1. AFMC. Activités professionnelles confiées (APC) de l'AFMC pour la transition des études de premier cycle vers la résidence, 2016 [cité le 25 mai 2021]. Disponible : <https://www.afmc.ca>.
2. Charte du projet de renouvellement du programme d'études, version 6 [lien]
3. Bandiera G, Kuper A, Mylopoulos M, Whitehead C., Ruetalo M., Kulasegaram K., Woods NN. Back from basics: integration of science and practice in medical education. *Medical Education*. 2018;52(1):78-85.
4. AFMC. L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales. [cité le 25 mai 2021]. Disponible : <https://afmc.ca/fr/projets-et-ressources/lavenir-de-leducation-medicale-au-canada-aemc>.
5. Brauer, D. et Ferguson, K. J. The integrated curriculum in medical education: AMEE Guide No. 96. *Medical Teacher*. 2015;37:312-322.
6. Harden, R. M. et Stampe, N. What is a spiral curriculum? *Medical Teacher*. 1999;21(2):141-143.
7. Harden RM., The Integration Ladder: A tool for curriculum planning and evaluation. *Med Educ*. 2000;34:551-557.
8. Rawle, F, Bowen T, Murck B, Hong R. Curriculum Mapping Across the Disciplines: Differences, Approaches and Strategies. Need a reference on curriculum mapping. *Collected Essays on Learning and Teaching*. 2017;10(Empowering Learners, Effecting Change). doi: <https://doi.org/10.22329/celt.v10i0.4765>.
9. Stoddard H A, Brownfield E. Creation and Implementation of a Taxonomy for Educational Activities: A common Vocabulary to Guide Curriculum Mapping. *Acad Med*. 2018;93(10):1486-1490.
10. Worley P, Couper I, Strasser R, Graves L., Cummings BA., Woodman R., Staggs P, Hirsh D. A Typology of longitudinal integrated clerkships. *Medical Education*. 2016;50(9):922-932.
11. Brown M, Anderson K, Finn G. A Narrative Literature Review Considering the Development and Implementation of Longitudinal Integrated Clerkships, Including a Practice Guide for Application. *J of Med Educ and Curricular Development*. 2019;6:1-12.