



MEDICAL COUNCIL OF CANADA LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

Assemblée annuelle du CMC de 2022 : Aller de l'avant grâce à la collaboration Résumé des discussions avec les intervenants

Le 29 septembre dernier, dans le cadre de l'Assemblée annuelle du Conseil médical du Canada (CMC) de 2022, le Conseil du CMC a invité les leaders du domaine des soins de santé et les intervenants présents à examiner six questions portant sur l'état des soins de santé au Canada. L'assemblée annuelle a eu lieu à Ottawa, sur le territoire de la Nation algonquine Anishinaabe.

Plus de quarante participants ont fait part de leurs réflexions sur ces questions lors de séances animées conjointement par des membres du Conseil et de l'équipe de direction du CMC. Les questions et les thèmes découlant de ces discussions ont été recueillis par des membres du personnel du CMC qui ont agi à titre de preneurs de notes, et sont inclus dans le présent document. La vision du Conseil est que le CMC et ses intervenants, au moyen d'un dialogue et d'une collaboration continus, contribuent à régler la crise qui sévit actuellement dans le domaine des soins de santé au Canada.

L'équipe du CMC étudie ces commentaires et prévoit publier un article dans les semaines à venir décrivant les projets en cours ainsi que d'autres possibilités de développement et de collaboration.

Station un : Comment pouvons-nous mieux former et évaluer les compétences générales et émergentes (c.-à-d. les soins en équipe) appropriées pour répondre aux exigences du système de santé dans l'ensemble des spécialités médicales?

Animée par :

D^{re} Mary Oxner, membre du Conseil du CMC, et

D^r Viren Naik, directeur principal de l'évaluation, CMC

Thème un : Un changement de culture s'impose dans les domaines de la médecine et de la formation médicale

Nos programmes d'études et nos évaluations mettent l'accent sur l'expertise médicale en raison de la culture qui règne actuellement dans le domaine médical et du caractère pratique de l'évaluation des connaissances brutes plutôt que des compétences générales, comme le professionnalisme. Cette culture a une incidence sur l'éducation médicale et la pratique de la médecine, et il faudra beaucoup de temps pour la changer. Les groupes ont discuté des considérations suivantes en ce qui concerne l'examen et l'élaboration du programme d'études :

- Approche personnalisée en matière d'apprentissage et de formation

- Les programmes d'études actuels n'enseignent pas toujours les bonnes compétences.
- L'évaluation des nouvelles compétences commence par un examen rigoureux des programmes d'études.
- De nouvelles techniques d'évaluation sont également requises.
- Il faut un programme axé sur les patients mettant l'accent sur la santé de la population.
- La formation fondée sur les compétences qui est axée sur les cheminements des diplômés et sur l'endroit où ils veulent exercer devrait être le point de mire d'un nouveau programme d'études. Par exemple, les attentes sont très différentes selon que l'on pratique en région urbaine ou en région rurale ou éloignée. Dans les régions éloignées, l'accès limité aux soins exige que les médecins possèdent des compétences dans divers domaines (p. ex., urgence, obstétrique).
- Former les futurs médecins à apprendre
 - Les médecins servent le public et doivent répondre aux besoins de la population. Les étudiants devraient être sélectionnés et formés dans cette optique du service (cet aspect semble se perdre).
 - L'étendue et la portée des compétences évoluent, et de nouvelles compétences s'ajoutent continuellement aux programmes des facultés de médecine. Dans quelle mesure pouvons-nous les intégrer aux programmes d'études?
 - Les futurs médecins devraient être prêts à évaluer leurs capacités et à participer à de l'apprentissage continu.
 - Recruter pour la réussite commence par l'admission à la faculté de médecine.
- Évaluation des compétences émergentes
 - Plutôt que d'évaluer uniquement les compétences de base, évaluons aussi les compétences générales et les compétences non médicales spécialisées/intrinsèques comme l'adaptabilité, la résilience, l'approche d'équipe, la capacité de réflexion et la pensée critique. Ces indicateurs clés, gages de réussite, sont difficiles à évaluer et à officialiser.
 - Les compétences générales et non médicales devraient être intégrées aux programmes d'études le plus tôt possible afin que les éducateurs puissent les enseigner avant de les évaluer.
 - La formation sur la prestation de soins virtuels devrait également être intégrée aux programmes d'études.
- Incidence du « programme caché » et de la modélisation des rôles
 - En plus des défis présentés par l'officialisation de nouvelles compétences et leur intégration dans des évaluations à enjeux plus élevés, le programme caché (à l'extérieur des salles de classe) a également un impact important.
 - La culture du monde de la médecine est fondée sur l'apprentissage, et les étudiants modélisent les comportements de leurs formateurs. Cependant, il est possible que les formateurs cliniques ne soient pas formés pour enseigner ces compétences émergentes. Par conséquent, il existe des écarts entre ce que les étudiants en médecine apprennent et le comportement des formateurs cliniques.
 - Il faut modifier ce qui est enseigné à l'extérieur de la salle de classe sans imposer de fardeau aux étudiants et aux résidents. On ne devrait pas attendre d'eux qu'ils apportent des changements à la culture tout en étant évalués. Les médecins praticiens peuvent aussi favoriser le changement.

- Apprentissage interprofessionnel et soins en équipe
 - Le concept de soins en équipe devrait être intégré tôt dans les programmes des facultés de médecine. Cette formation devrait inclure une plus grande exposition à différentes spécialités (comme le programme d'études en soins infirmiers) et une exposition uniforme aux soins en équipe dans l'ensemble des programmes (actuellement, la formation en soins en équipe varie selon le cheminement de la spécialité).
 - Certaines facultés offrent des simulations qui incluent d'autres professionnels de la santé (p. ex., physiothérapeutes, diététistes) pour mieux comprendre leurs rôles et responsabilités.

Thème deux : Carrière (médecins praticiens)

Les facultés de médecine et les programmes de résidence offrent une bonne formation à la génération future, mais l'évaluation des médecins après la certification, elle, ne fait pas vraiment l'objet de vérifications. On constate une coupure nette à ce chapitre lorsque les médecins débutent leur pratique individuelle. La transition vers une pratique indépendante doit bénéficier d'un soutien.

- Le développement professionnel continu pour appuyer la transition vers la pratique
 - Une fois que les médecins commencent à pratiquer de façon indépendante, ils sont laissés à eux-mêmes et isolés.
 - Les médecins ont besoin de soutien pour le perfectionnement professionnel continu axé sur les compétences émergentes afin de s'assurer que ces valeurs sont adoptées dans tous les secteurs de la médecine et que les médecins poursuivent leur cheminement dans la pratique.
- L'adaptabilité et le rôle évolutif des médecins
 - À mesure que les rôles des professionnels de la santé évoluent, nous devons évaluer la « mentalité de croissance » et l'adaptabilité pour aider le système de santé à s'adapter.
 - Comme les soins virtuels gagnent en importance, il est nécessaire d'intégrer la formation sur les soins virtuels au DPC.

Thème trois : Changements au niveau du système

En médecine, il existe une culture de l'individualisme et l'idée ou l'attente omniprésente selon laquelle les médecins sont responsables et doivent rendre des comptes pour tout. De plus, il y a trop de silos dans le milieu médical. Les discussions sur ce thème ont porté sur les changements systémiques nécessaires pour permettre la collaboration en matière de soins, pour jeter des ponts entre les omnipraticiens et les spécialistes et pour appuyer les médecins dans leur carrière.

- Favoriser la collaboration en matière de soins (responsabilités et responsabilisation)
 - Une équipe de soins qui fonctionne bien est essentielle pour prévenir l'épuisement professionnel.
 - Il y a eu plus d'enjeux liés au partage des responsabilités entre les médecins généralistes et les spécialistes. Une formation de type « Qui est responsable lorsque...? » pourrait être la solution.
 - Les médecins doivent mieux comprendre les rôles des différentes professions au sein des équipes.
 - Un modèle de collaboration interprofessionnelle doit être élaboré et mis en œuvre, y compris la formation de tous les membres des équipes sur ce modèle (il existe déjà dans certaines régions du Canada).

- Il faut déterminer les compétences liées à la collaboration en matière de soins (p. ex., compétence en communication, humilité) aux fins d'évaluation.
- Relier les ponts pour faire tomber les silos au sein de la communauté médicale
 - Il faut augmenter l'exposition à la médecine généraliste/familiale et lui accorder une plus grande valeur.
 - Des ponts devraient être bâtis et renforcés entre les omnipraticiens et les spécialistes.
 - Les liens existants entre les spécialités doivent être peaufinés et adaptés au contexte démographique actuel.
 - La réorientation est difficile pour les spécialistes. Il n'y a pas de porte de sortie pour un spécialiste qui souhaite pratiquer dans un autre domaine, même s'il y a un besoin. Par conséquent, il est nécessaire d'aider les médecins à se recycler et à se perfectionner pour répondre aux besoins de la société (p. ex., un spécialiste qui veut se lancer en médecine familiale) et de les évaluer en conséquence.
- Représentation des médecins
 - Pour promouvoir le développement professionnel continu dans les compétences émergentes, les médecins praticiens ont besoin de l'appui du système et de se sentir appuyés par ce dernier.
 - Le système actuel perpétue l'individualisme.
 - Les médecins doivent parler d'une seule voix pour se faire entendre et apporter des changements.
 - Le système actuel comporte des obstacles qui empêchent les médecins de famille de se réunir (p. ex., le temps qui doit être consacré aux tâches administratives et à la facturation, le trop grand nombre de patients à voir).
 - Le soutien offert aux médecins varie d'une région à l'autre.
 - Il peut être utile de défendre les intérêts de tous les médecins ou de la communauté médicale dans son ensemble, plutôt que de se limiter à un médecin, à un médecin de famille ou à un spécialiste en particulier.

Station deux :

Comment pouvons-nous, à titre de leaders, lutter contre l'épuisement professionnel que nous constatons dans le domaine des soins de santé?

Animée par :

***D' Gordon Giddings, membre du Conseil du CMC, et
M^{me} Nancy Groom, directrice, Personnes et culture, CMC***

L'épuisement professionnel dans les professions de la santé est devenu une réalité hautement prioritaire pour les hôpitaux, les cliniques, les organismes de réglementation, le gouvernement et d'autres organisations, surtout dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Ce problème touche non seulement les fournisseurs de soins de santé, mais aussi les patients. La pandémie a fait grimper d'un cran le stress présent au sein d'une profession et d'un système déjà surchargés. Il s'est également révélé avoir des effets disproportionnés sur diverses disciplines et divers segments de la population.

Les groupes ont discuté des causes de l'épuisement professionnel et des stratégies d'atténuation qui pourraient y remédier.

Thème un : Explorer les causes systémiques

Les causes systémiques de l'épuisement professionnel en soins de santé comprennent une pénurie de médecins, un accroissement des tâches pour les médecins, et les effets de la culture du monde médical.

- Pénurie de médecins
 - La pénurie de médecins a des répercussions plus importantes sur les régions rurales et éloignées.
 - Les médecins qui ne sont pas à l'âge de la retraite prennent leur retraite à cause de l'épuisement professionnel.
 - Des systèmes déséquilibrés et inéquitables ont fait en sorte que certains médecins ont subi l'impact de la pandémie plus que d'autres.
 - Certains médecins se sont retirés du travail de première ligne ou ont pris leur retraite, ce qui a alourdi la charge de travail de ceux qui restaient en première ligne.
- Demandes ou exigences changeantes et croissantes
 - Le travail supplémentaire effectué par les médecins en dehors de leur champ de compétence (c.-à-d. tâches administratives, comités) pour lequel ils reçoivent peu ou pas de rémunération contribue de façon importante à l'épuisement professionnel.
 - Les attentes accrues et disproportionnées des patients contribuent également à l'épuisement professionnel.
 - La technologie rend la déconnexion plus difficile, ce qui prolonge les heures de travail. Une politique de droit à la déconnexion ne s'applique pas et ne peut pas s'appliquer aux médecins.
 - Certains patients s'attendent à des réponses immédiates aux courriels, aux demandes de renseignements, aux appels et aux textos. Cela peut faire en sorte que les médecins se sentent dépassés.
 - Les conditions de travail rendues dangereuses par l'augmentation des cas de violence (latérale, dans une certaine mesure) et d'agression de la part des patients envers les travailleurs de la santé contribuent également à l'épuisement professionnel.
 - Les processus de gestion du changement ne sont pas bien conçus pour la mise en œuvre de nouvelles technologies et de nouveaux processus. Bien que tous les médecins trouvent difficile de suivre le rythme continu de la mise en œuvre de nouvelles technologies et de nouveaux processus, ceux qui sont plus âgés ont tendance à avoir plus de difficulté à s'adapter aux nouvelles technologies.
- Culture dans le domaine de la médecine
 - La culture professionnelle et la stigmatisation dans le domaine de la médecine ont créé chez les médecins une réticence à demander de l'aide lorsqu'ils se sentent stressés ou dépassés. Ils craignent que le fait de demander de l'aide entraîne une réaction négative, une stigmatisation et la possibilité que l'information soit utilisée à mauvais escient dans le domaine public. D'un autre côté, la plupart des médecins se sentent privilégiés d'être dans la profession, alors ils ont l'impression qu'il n'y a pas de quoi se plaindre.
 - On craint que ce comportement soit de plus en plus modélisé systématiquement pour les apprenants, perpétuant ainsi le cycle culturel de ne pas demander d'aide. Les étudiants

en médecine souffrent aussi d'épuisement professionnel et de dépression. Des stratégies de prévention ou d'atténuation devraient être enseignées et utilisées dès le début de l'apprentissage pour favoriser la résilience et provoquer un changement de culture. La culture actuelle engendre la concurrence et la surcharge de travail.

- Les médecins critiquent facilement le système, mais une grande partie du problème est la culture qui est inculquée dès l'entrée à la faculté de médecine.
- Les médecins travaillent de manière isolée, avec des attentes élevées de rendement optimal (aussi attendu des résidents), et sont appelés à remplir divers rôles chaque jour.
- Il y a des occasions perdues d'établir des relations, de recevoir de l'encadrement et du mentorat et de se mêler à d'autres personnes en dehors de sa spécialité ou de sa discipline.

Thème deux : Stratégies correctives à envisager

Du point de vue systémique, il est important de reconnaître que l'épuisement professionnel peut se manifester de nombreuses façons. Les discussions ont porté sur la mise en œuvre d'approches axées sur le travail d'équipe, le soutien psychologique, le mentorat et la réponse aux attentes du public.

- Approche axée sur le travail d'équipe et ressources
 - Utiliser des adjoints au médecin, d'autres travailleurs paramédicaux ou d'autres membres du personnel de soutien pour une répartition plus équilibrée des tâches administratives.
 - Adopter des approches davantage axées sur le travail d'équipe pour la prestation des soins, et créer des communautés de pratique partagée ou recourir à celles déjà en existence.
 - Élaborer des « listes de responsabilités » que les médecins pourraient utiliser pour aider à gérer la charge de travail et à éviter l'épuisement professionnel (si ce n'est pas votre responsabilité, confiez la tâche à quelqu'un d'autre).
 - Mener des campagnes d'éducation au sein du réseau de soins de santé (p. ex., cliniques, hôpitaux, pharmacies) pour fournir de l'information sur les capacités, les changements de politique et d'autres éléments qui appuient et renforcent la capacité à fournir des soins aux patients. Par exemple, peu de gens savent que les pharmaciens peuvent adapter les ordonnances.
 - Maximiser le champ d'exercice et la collaboration entre les professions.
 - Centraliser l'information et intégrer les systèmes.
- Ressources de soutien psychologique
 - Déstigmatiser les travailleurs de la santé qui souhaitent obtenir ou reçoivent un soutien psychologique.
 - Assurer des niveaux appropriés de sécurité psychologique au sein des équipes afin que leurs membres se sentent à l'aise de s'exprimer et de partager leurs difficultés. Cela se traduira par des équipes plus fonctionnelles.
 - Recruter plus de main-d'œuvre en santé (en particulier dans les salles d'urgence et les unités de soins intensifs).
 - Donner accès à des remplaçants pour que les médecins puissent prendre des pauses et s'absenter au besoin.
 - Offrir plus de possibilités aux étudiants en médecine de prendre congé et de demander de l'aide professionnelle.
- Mentorat et formation

- Offrir plus d'occasions aux apprenants, aux résidents et au personnel subalterne de recevoir du mentorat et de l'encadrement tout au long de leur carrière, y compris aux étapes ultérieures ou à la transition vers des rôles de leadership.
- Offrir un mentorat structuré et financé pour la pratique précoce afin d'aider les nouveaux médecins qui sont naturellement plus anxieux. Les médecins qui reçoivent un mentorat positif au début de la pratique ainsi que de l'aide au cours de leurs premiers cas difficiles conserveront plus longtemps un champ d'exercice plus vaste.
- Les facultés de médecine devraient envisager d'évaluer les qualités intrinsèques (p. ex., la résilience) dans divers scénarios dans le cadre du processus de sélection pour l'admission.
- Étudier et modéliser les structures de soutien d'autres professions. Par exemple :
 - Les avocats chevronnés offrent de la formation et de l'encadrement aux nouveaux diplômés et aux avocats débutants et veillent à ce qu'ils se sentent appuyés, ce qui mène à un meilleur service à la clientèle et à la réussite des entreprises.
 - Les services de police offrent du counseling à tous les membres.
 - Les pilotes doivent effectuer des examens physiques réguliers.
- Répondre à l'évolution des exigences de travail
 - Campagnes de sensibilisation pour gérer les attentes du public et des patients. Ces campagnes pourraient mettre l'accent sur l'humanisation des travailleurs de la santé pour réprimer la violence et l'agression.
 - Rémunérer adéquatement les médecins pour leurs compétences, leur expertise et le temps qu'ils consacrent à des tâches qui ne sont pas considérées comme faisant partie de leur travail habituel.
 - Examiner les approches d'introduction de nouvelles technologies.

Station trois :

Existe-t-il des alternatives au processus d'obtention d'un permis d'exercice sans restriction qui permettraient aux diplômés en médecine, qui ne sont pas admissibles au permis d'exercice indépendant par les voies habituelles, de prodiguer des soins sécuritaires aux patients? Comment peut-on offrir une voie juste, valide et équitable vers l'obtention d'un permis d'exercice pour les diplômés internationaux en médecine?

Animée par :

*D^{re} Heidi Oetter, membre du Conseil du CMC, et
M. Pierre Lemay, directeur, RCI, CMC*

Les discussions au sujet d'autres moyens d'obtenir le permis d'exercice sans restriction pour les diplômés internationaux en médecine (DIM) se sont intensifiées à l'échelle nationale dans le contexte de la pénurie de médecins. Les groupes ont discuté des voies alternatives possibles et de ce qu'il faut faire pour s'assurer qu'elles soient justes, valides et équitables.

Thème un : Autres voies d'obtention d'un permis d'exercice

Les autres voies d'obtention d'un permis d'exercice sans restriction exigent une supervision ainsi que des limites sur les catégories restreintes d'inscription (p. ex., limites du champ d'exercice, emplacement géographique).

- Les cheminements suivent habituellement la structure du doctorat en médecine (MD), de l'internat, puis de l'évaluation en tant que « point d'entrée » à l'obtention du titre de Licencié du Conseil médical du Canada (LCMC) avec restriction.
- L'évaluation de la capacité à exercer (ECE) des candidats qui possèdent un diplôme en médecine et une formation médicale postdoctorale est habituellement liée aux éléments suivants :
 - Hôpitaux
 - Milieux ruraux et éloignés
 - Attentes en matière de retour au service
 - Parrainage
 - Un programme des secteurs de compétence
 - Un poste qui doit être pourvu avec peu de possibilités sur le plan des spécialités, principalement en médecine familiale
- Expérience professionnelle requise aux fins de certification pour les candidats formés à l'étranger, avec évaluation des titres de compétences : ceux-ci peuvent passer des examens à distance, puis pratiquer au Canada avec un permis d'exercice « supervisé », suivi d'une évaluation. Cette initiative serait initiée par les médecins et organisée de manière indépendante.

Thème deux : Il faut s'assurer que les voies alternatives sont justes, valides et équitables

Il faut normaliser le parcours de pratique des DIM et y affecter des ressources afin de créer une approche programmatique nationale à l'obtention d'un permis d'exercice sans restriction.

- Il faut une meilleure interface entre le processus d'immigration et Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC). À l'heure actuelle, l'information transmise aux DIM lorsqu'ils envisagent d'immigrer au Canada dans l'espoir de pratiquer est imprécise.
- Les organismes de navigation pour les DIM (p. ex., Health Match BC, N4) sont importants. À l'heure actuelle, les options et les processus sont opaques pour les DIM qui cherchent à suivre une formation et à exercer.
- Il faut voir à l'élaboration de programmes de transition, qui sont actuellement inexistantes, pour les DIM ayant besoin de soutien à la transition ou d'une formation supplémentaire.
- Il est essentiel d'assurer le soutien des superviseurs pour les DIM.
- Il faut améliorer l'évaluation linguistique de l'anglais et du français dans le contexte des soins de santé, en particulier l'évaluation de la terminologie de la pratique médicale.
 - Les tests de langue utilisés actuellement (p. ex., Test of English as a Foreign Language [TOEFL], International English Language Testing System [IELTS]) ne sont pas axés sur les soins de santé.
- Il faut accroître le perfectionnement du corps professoral partout au Canada pour appuyer les DIM et assurer aux Canadiens des soins sécuritaires et adaptés sur le plan culturel. Le corps professoral doit être outillé et soutenu pour offrir aux DIM un soutien adéquat en matière de formation et d'évaluation en milieu de pratique.

Station quatre :

Comment pouvons-nous, en tant que profession, lutter de façon appropriée contre le racisme et la discrimination dans les soins de santé grâce à nos processus d'éducation et d'évaluation médicales?

Animée par :

*M^{me} Kate Wood, membre du Conseil du CMC, et
M^{me} Jennifer Penney, directrice des finances, CMC*

La question ne devrait pas porter seulement sur les patients victimes de discrimination, mais aussi sur le problème des médecins victimes de discrimination de la part d'autres médecins ou de patients. Il faut s'attaquer au racisme et à la discrimination dans les soins de santé à chaque étape de la carrière d'un médecin, depuis sa demande d'admission à la faculté de médecine et tout au long de sa pratique, avec une formation en sécurité culturelle et en éducation médicale.

Thème un : Intégrer intentionnellement la sécurité culturelle et l'humilité dans l'éducation médicale

La sécurité culturelle et l'humilité doivent être des compétences de base dans tout le continuum de la formation médicale des apprenants. Il est essentiel que ces aspects soient pris en compte lors de la demande d'admission et du recrutement et qu'ils soient un sujet de base – pas simplement un module, un geste symbolique ou une réflexion après coup.

- Nous devons évaluer les apprenants avant leur début à la faculté de médecine pour déterminer s'ils peuvent s'adapter aux réalités culturelles d'autrui en créant un environnement sécuritaire.
- Les exigences préalables à l'admission à la faculté de médecine doivent être révisées, car elles pourraient ne plus être appropriées. Les résultats scolaires et la note au MCAT ne devraient pas être les seuls déterminants. Les étudiants de première génération et les candidats autochtones sont souvent les apprenants qui ont de la difficulté avec ces indicateurs, mais qui pourraient bien s'en sortir avec le soutien approprié.
- Il faut déterminer les connaissances attendues à différentes étapes de la formation. Quels sont les indicateurs et quelle est la responsabilité progressive? Cela facilitera le renforcement et le suivi.
- On devrait demander aux étudiants de quitter la faculté de médecine s'ils ne démontrent pas une capacité à s'adapter aux réalités culturelles d'autrui en créant un environnement sécuritaire. La sécurité culturelle est essentielle à ce point.
- Ce que les apprenants voient dans les hôpitaux ou dans les milieux de stages n'est pas nécessairement une pratique exemplaire et peut entrer en conflit avec ce qu'on leur enseigne. Même si nous faisons tout ce que nous pouvons pour les apprenants, nous devons tenir compte de ce qu'ils voient dans le monde réel et du fait qu'ils n'ont peut-être pas de modèles à suivre.
- Les facultés de médecine doivent examiner leurs programmes d'études sous l'angle de l'antiracisme.
- Les étudiants ont souvent l'impression que les modules ou les études nécessaires sont traités comme une réflexion après coup (p. ex., on leur donne un module sur les Autochtones, mais on ne leur donne pas le temps nécessaire pour le passer en revue).

Thème deux : Compréhension fondamentale de l'histoire du Canada et des peuples autochtones

Il devrait être essentiel pour tous – les apprenants, les DIM, le corps professoral, les praticiens – d'avoir une compréhension fondamentale de l'histoire du Canada et des peuples autochtones. C'est le point de départ, et non la fin de cet apprentissage.

- Serait-il approprié d'en faire une condition préalable à l'admission à la faculté de médecine?
- La série de conférences Massey de CBC sur la vérité et la réconciliation est une excellente ressource de départ.
- Il faut des modules d'apprentissage pour enseigner aux DIM l'histoire du Canada et des peuples autochtones. De nombreux malentendus culturels surviennent chez les DIM, et il faudrait offrir et exiger une éducation plus poussée sur la culture au Canada.

Thème trois : La sécurité culturelle et l'humilité ne devraient pas être évaluées de manière ponctuelle

La sécurité culturelle et l'humilité ne devraient pas faire l'objet d'une évaluation ponctuelle; elles devraient être assujetties aux mêmes normes que les autres rôles CanMEDS (p. ex., le professionnalisme). L'évaluation de ces compétences devrait faire partie intégrante de tous les scénarios plutôt que de simplement utiliser des scénarios portant sur le sujet.

- Si nous repérons un problème au cours d'une évaluation ponctuelle (p. ex., si quelqu'un échoue à la question), que faisons-nous de cette information? Allons-nous corriger le tir d'une façon ou d'une autre? Offrons-nous de l'éducation?
- Les candidats devraient avoir l'occasion de discuter de leurs résultats en matière de sécurité culturelle et d'humilité, et il devrait y avoir une boucle de rétroaction pour leur permettre de comprendre comment ils peuvent s'améliorer. Il faut que ce soit une occasion d'apprentissage.
- Les compétences générales sont en fait des compétences essentielles pour un médecin au Canada.
- Le CMC et d'autres organismes sont responsables de s'assurer que le langage utilisé dans les questions d'examen est approprié.
- Le racisme manifeste est supprimé dans une situation d'examen; pouvons-nous mettre à l'épreuve les préjugés inconscients?
- CanMEDS devrait être CanMEDS+, dans lequel on dénoncerait le racisme.

Thème quatre : Les apprenants et le corps professoral doivent être soutenus

Tout le monde doit se sentir à l'aise de signaler une situation sans crainte de répercussions (politiques de dénonciation) et les dirigeants doivent être responsables et disposer d'un cadre pour gérer les situations signalées.

- Il peut être difficile de démontrer une intention raciale; documenter une répercussion raciale est beaucoup plus facile. Que ce soit intentionnel ou non, il faut tout de même reconnaître les répercussions raciales.
- Délaisser un environnement punitif au profit d'un environnement positif – comment pouvons-nous appuyer l'apprentissage et aider la personne touchée? Dans bien des cas, nous abordons les fautes professionnelles de manière punitive. Les institutions ont de la difficulté à aborder les situations de manière à éduquer ou à corriger le problème.
- Il faut récompenser les bons comportements.

- Il doit y avoir du mentorat et du soutien pour les étudiants autochtones, en particulier du counseling en tutorat, la présence d'aînés et des possibilités sur le plan culturel. Les professeurs autochtones ont aussi besoin de ce genre de soutien. De manière anecdotique, les étudiants autochtones ont moins souvent un membre de leur famille qui est médecin et qui peut les aider, par exemple, lorsqu'ils doivent composer avec des décès durant leur formation à la faculté de médecine. Beaucoup de facultés ont de bons taux de recrutement, mais pas de bons taux d'achèvement (les étudiants autochtones peuvent choisir de quitter le programme de leur propre gré en raison d'un manque de soutien).
- Les dirigeants doivent adopter des comportements appropriés.
- Les étudiants ou les professeurs appartenant à un groupe minoritaire ne devraient pas avoir la responsabilité d'éduquer leurs pairs sur des sujets comme le racisme et la sécurité culturelle, en fonction de leur identité.
- La représentation au sein de l'équipe de leadership est importante, mais ces dirigeants peuvent également avoir besoin de soutien (p. ex., les dirigeants autochtones ne sont peut-être pas habitués à la culture du corps professoral et pourraient ne pas bénéficier du même mentorat que d'autres membres du corps professoral).

Thème cinq : C'est la structure qui pose problème – l'éducation médicale peut-elle être un chef de file dans ce domaine?

Mettre en place des structures et des systèmes pour donner une voix à ceux qui sont habituellement laissés en marge et leur permettre d'être au cœur des conversations.

- Les apprenants autochtones pourraient ne pas être au courant des programmes mis à leur disposition pour les aider à accéder à la faculté de médecine.
- Le recrutement d'étudiants de cultures diversifiées est bien, mais il place de nombreux étudiants autochtones sur la ligne de feu (p. ex., patients ou pairs qui ont des comportements racistes à leur égard). Par conséquent, beaucoup d'entre eux ne termineront pas leurs études. Les données de recrutement ne présentent pas un portrait complet de la situation.
- Les dirigeants ont besoin de formation sur la façon de gérer certaines situations et doivent pouvoir le faire. Il faut un cadre qui définit l'action – ce qu'il faut faire et qui est responsable.

Thème six : Autoréflexion et responsabilité de désapprendre les préjugés

- Fondamentalement, il s'agit d'un problème de société : ce que nous apprenons dans notre enfance façonne notre vision du monde. Les étudiants qui entrent à la faculté de médecine peuvent avoir certaines idées préconçues (p. ex., privilège non reconnu, du point de vue d'une personne appartenant à un groupe marginalisé). Nous avons tous des préjugés à désapprendre, et nous avons tous la responsabilité de nous éduquer.
- Il y a tellement de choses à désapprendre, notamment sur le plan de l'institutionnalisation (p. ex., recourir à certains médicaments pour certaines races – cette mesure n'est appuyée par aucune donnée scientifique).
- Il faut créer un environnement où on peut faire des erreurs sans crainte et en tirer des leçons. L'éducation sur la compétence culturelle se poursuit.
- Nous devons favoriser la capacité d'avoir des conversations ou dialogues critiques ou délicats sur la race, avec des attentes croissantes en matière de responsabilité (mieux savoir, mieux faire).

- Quelqu'un qui n'a pas vu ou vécu de situations liées au racisme n'est pas en mesure de les reconnaître. Nous devons mettre fin à la culture qui consiste à les laisser passer en se disant que « ce n'était pas l'intention ». Le fait de déterminer à quoi pourrait ressembler le racisme peut aider les apprenants à reconnaître les microagressions.

Station cinq :

Tenons-nous adéquatement compte des progrès technologiques que nous constatons dans les soins de santé, comme l'intelligence artificielle (IA) et les soins virtuels (SV)?

Animée par :

*D^e Lyn Sonnenberg, membre du Conseil du CMC, et
M. Brian Jackson, directeur, Technologie des affaires, CMC*

Les nouvelles technologies émergent plus rapidement que les médecins sont en mesure de les apprendre ou de les enseigner. Les difficultés au niveau de la mise en œuvre des technologies et l'adaptation à celles-ci ont été amplifiées pendant la pandémie. Les discussions sur ce sujet ont porté sur le manque de formation, les scénarios dans lesquels il est approprié d'utiliser les nouvelles technologies et la mesure dans laquelle les SV peuvent aplanir les inégalités en matière de soins aux patients.

Thème un : Nous manquons de formation en soins virtuels (SV)

Avant la pandémie, la plupart des facultés de médecine commençaient lentement à intégrer la technologie de soins virtuels à leurs programmes d'études. La pandémie a forcé tout le monde à adopter ces technologies et à apprendre rapidement. Alors que nous sortons de la pandémie, nous devons réapprendre à utiliser la technologie de façon appropriée. Les formateurs en médecine sont encore en train de déterminer comment l'IA s'inscrit dans les soins de santé.

- Formation de base sur les plateformes virtuelles
 - Les groupes de leadership et les chefs d'entreprise ont reçu une formation rapide sur les plateformes (p. ex., Zoom) au début de la pandémie, mais cela n'a pas été le cas pour tous les professionnels de la santé dans l'ensemble des provinces et des territoires.
 - Il y a un manque de perfectionnement des compétences, et les gens apprennent par eux-mêmes au lieu de bénéficier d'une formation leur permettant de régler les problèmes que nous constatons dans le domaine des soins virtuels.
 - Une approche systémique est nécessaire pour enseigner aux étudiants. Les apprenants doivent recevoir une formation en médecine virtuelle afin de pouvoir acquérir à la fois des compétences en soins au chevet du patient et de nouvelles compétences de prestation de soins « en ligne ».
- Les programmes d'études de premier cycle et postdoctoraux n'ont toujours pas de composante d'IA
 - Même si nous sommes conscients du fait que l'utilisation de l'IA augmente rapidement, elle n'a toujours pas été ajoutée aux programmes d'études.

- Chaque étudiant en médecine pourrait obtenir des conseils d'un mentor en intelligence artificielle. À l'heure actuelle, les étudiants ne savent pas comment l'IA s'intègre aux soins de santé.
- Une formation systématique doit être mise en œuvre pour permettre aux praticiens de travailler dans le domaine de l'IA. Au Canada, nous manquons de discipline en informatique clinique et nous devons mettre l'accent sur sa mise en œuvre.
- L'IA est un sport d'équipe qui exige la participation de tous pour assurer un fonctionnement efficace.
- Comment l'IA s'intègre-t-elle dans un programme déjà surchargé? Nous continuons d'ajouter des éléments sans rien supprimer.
- Utilisation de simulateurs pour l'avenir
 - Perd-on la capacité de se former lorsqu'on effectue certaines activités virtuellement? Les étudiants en médecine, en particulier en médecine familiale, ont remarqué que l'exposition clinique aux patients leur avait manqué pendant la pandémie.
 - Nous pourrions tirer des leçons d'autres secteurs, comme l'aviation, où les pilotes sont formés à l'aide de multiples scénarios de simulation. En médecine, un résident pourrait être soumis à de multiples scénarios au lieu d'attendre que des cas aléatoires surviennent à l'urgence.
 - Nous devons déterminer comment évaluer quelqu'un virtuellement, ainsi que sa capacité d'utiliser un système.
 - Tout doit être équilibré de manière à ce que les résidents ne perdent aucune occasion de formation en interaction avec les patients.

Thème deux : Quand devrait-on utiliser les soins virtuels (SV) plutôt que les soins en personne?

Depuis l'adoption plus générale des SV, certains patients sont maintenant tenus de consulter leur médecin virtuellement même s'ils préféreraient le voir en personne. De même, certains cas peuvent être trop complexes pour être traités virtuellement. Les discussions sur ce thème ont porté sur la façon dont nous pouvons suivre le rythme, la manière dont nous formons les gens à utiliser efficacement les SV, et les occasions les plus propices d'utiliser les SV.

- Les médecins doivent trouver le bon équilibre entre les soins en personne et les soins virtuels. Par exemple, bien que certains patients préfèrent être vus virtuellement, leur état peut nécessiter une évaluation en personne (p. ex., une nouvelle douleur abdominale ne devrait pas être évaluée virtuellement).
- Les médecins doivent informer et éduquer les patients au même titre que les professionnels de la santé. Les patients doivent être informés de leur droit d'être vus en personne.
- Les visites en personne permettent d'obtenir plus d'indices que les visites virtuelles.
- Les organismes de réglementation se méfient des entreprises en démarrage de médecine virtuelle, car certains praticiens tirent parti de la situation en ne prenant que les cas faciles et en orientant les patients vers d'autres cliniques ou la salle d'urgence. Comme elle n'offre pas de soins complets et laisse la complexité à d'autres, cette pratique alourdit le fardeau sur le système.
- Avec l'expansion rapide des soins virtuels, les médecins qui ne pratiquent pas dans ce domaine ne seront pas en mesure de le faire d'ici cinq ans.

Thème trois : Les outils doivent être validés

De nouveaux outils sont créés par le secteur privé et prolifèrent à toute vitesse sans vérification. Nous devons déterminer comment valider ces outils au moyen d'une approche fondée sur des données probantes.

- Comme les organismes de réglementation reçoivent plus de plaintes et que les atteintes à la vie privée surviennent plus fréquemment, la sécurité devient une préoccupation de plus en plus importante.
- Un usage incorrect de la médecine virtuelle pourrait causer du tort au patient – par exemple, si un médecin choisit d'effectuer une consultation virtuelle alors qu'il serait préférable de voir le patient en personne.
- Nous pouvons apprendre de l'Association canadienne de protection médicale et d'autres bases de données sur les plaintes pour cerner les domaines d'intérêt.
- Il existe un fossé entre ceux qui créent les systèmes et ceux qui les utilisent. Les professionnels de la santé qui utilisent les systèmes doivent avoir la capacité d'apporter des changements et des mises à jour au besoin.
- Un problème beaucoup plus important est que les systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME) ont été mis en œuvre sans vision globale et ne communiquent pas bien entre eux. Dans certains hôpitaux, on peut avoir jusqu'à quatre plateformes de DME différentes qui ne sont pas synchronisées les unes avec les autres, et chacune exige un mot de passe distinct.
- Un autre inconvénient est que le soutien informatique n'est disponible qu'à certains moments de la journée, de sorte que lorsqu'un système tombe en panne durant la nuit, toutes les activités sont paralysées.
- Avant de passer aux technologies futures et d'introduire une nouvelle IA, nous devrions nous concentrer sur la gestion adéquate des technologies actuelles.
- Comment pouvons-nous enseigner quelque chose efficacement sans savoir comment la technologie sera utilisée? Par exemple, des plaintes ont été déposées parce que les médecins ne gardent pas le contact visuel avec le patient pendant qu'ils prennent des notes.

Thème quatre : Les soins virtuels (SV) favorisent-ils l'équité en matière de soins ou créent-ils des inégalités?

Avoir le même accès aux soins amenuise les inégalités. Les avantages sont énormes lorsque les soins virtuels sont utilisés de façon appropriée. Cependant, il faut tenir compte des dangers de l'utilisation inappropriée des SV.

- Les avantages de l'intégration de la technologie
 - Les soins virtuels présentent de nombreux aspects positifs. Par exemple, un spécialiste de Toronto peut collaborer avec un clinicien travaillant dans une collectivité éloignée qui a toujours été mal desservie. Les soins virtuels ouvrent la voie à un plus grand nombre de collaborations semblables.
 - Les soins virtuels peuvent être une solution pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant.
 - Les systèmes de triage automatisés peuvent être utiles pour guider les patients vers le bon professionnel de la santé et soulager le système. Un système de triage bien établi éviterait également que des chambres se remplissent de patients qui ont besoin de soins ou que des personnes habitant en région éloignée doivent conduire pendant des heures simplement pour se voir prescrire de l'aspirine.

- Sur les plans environnemental et financier, le recours aux soins virtuels est logique, car il permet aux gens de voyager moins. Par exemple, les résidents économisent sur les frais de déplacement pour leurs entrevues de programme.
- Nos activités quotidiennes se déroulent en ligne, des services bancaires à l'épicerie. L'offre de soins médicaux en ligne semble être une suite logique.
- Au Canada, certains praticiens prodiguent des soins virtuels. Cependant, l'intelligence artificielle et la technologie sont plus avancées aux États-Unis : par exemple, les patients peuvent envoyer des textos à leur médecin et prendre des rendez-vous en ligne.
- Les soins virtuels peuvent rendre l'accès des patients aux soins médicaux plus équitable si la technologie est présente et améliore la qualité des soins prodigués.
- Nouveaux satellites permettant une connexion Internet et l'utilisation de dispositifs portables
 - La technologie portable et les applications qui surveillent les indicateurs de santé ont un potentiel important et peuvent aider le fournisseur de soins primaires à obtenir un meilleur portrait de l'état de santé d'un patient. Toutefois, les médecins doivent être formés à recevoir et à analyser l'information. Si la technologie portable est utilisée comme outil valide, nous devons réfléchir à l'utilisation que nous faisons de cette information. Comment les médecins l'intègrent-ils dans leur diagnostic clinique? La quantité de données reçues sera-t-elle excessive? Comment pourrions-nous répondre aux préoccupations quant à la validité de l'information?
 - Le modèle du médecin prodiguant à lui seul des soins à une population doit changer; avec l'avènement des soins virtuels, les soins en équipe doivent être la voie à suivre.
- Les inconvénients de l'intégration de la technologie
 - Il faut d'abord établir une relation avec un fournisseur humain parce que cet aspect est primordial (p. ex., toucher la main d'un patient en fin de vie).
 - La technologie a le potentiel de combler les lacunes, mais aussi de créer de nouvelles inégalités. Pour certaines collectivités, la connexion à Internet demeure coûteuse, et bien que Starlink ait aidé récemment, il reste du chemin à faire.
 - Quelles sont les attentes à l'égard des soins virtuels et de l'épuisement des médecins (p. ex., recevoir des textos et des courriels en tout temps)?
 - On se demande si l'IA pourrait réduire l'afflux de données. Par exemple, si un médecin de famille en Alberta compte 2 500 patients, la quantité d'information devient accablante. Un système d'IA signalant les éléments importants serait utile.
 - La mise en place des DME est toujours en cours et présente un grand potentiel d'amélioration des soins virtuels, mais nous ne disposons pas actuellement de soutien en matière de maliciels, les compagnies d'assurance n'offrent pas de couverture à cet égard et les gens craignent que leurs données et leur vie privée soient compromises.

Thème cinq : Implications éthiques des soins virtuels (SV)

La technologie aide à recueillir des informations pour la prestation de soins virtuels avant de voir les patients. Mais les progrès technologiques n'ont pas atteint leur potentiel en raison des limites en matière d'investissement et des travaux supplémentaires effectués pour en comprendre les implications.

- Bien que nous puissions maintenant utiliser les mégadonnées pour comprendre les besoins des patients, nous devrions d'abord résoudre les problèmes de sécurité.

- L'utilisation des données en médecine pourrait entraîner des répercussions raciales, puisque les communautés marginalisées ont souvent moins de données à leur disposition.
- Nous n'avons pas encore été en mesure de déterminer comment intégrer la compassion aux soins virtuels.
- Les soins virtuels entraînent la perte de l'intimité qui existe à la clinique et durant l'interaction entre le médecin et le patient. Tout le monde ne bénéficie pas du même niveau d'intimité à la maison.

Station six :

Comment pouvons-nous garantir que les méthodes actuelles de formation des médecins sont suffisantes pour répondre aux exigences de la société?

Animée par :

D^e Sarah Funnell, membre du Conseil du CMC, et M^{me} Kathryn Keyes, directrice, Communications et marketing, CMC

Avant de définir des méthodes de formation appropriées pour les médecins, les groupes ont d'abord défini ce qu'on entend par exigences de la société. Les groupes ont encouragé l'adoption d'une approche repensée qui explore les besoins sociétaux actuels qui doivent être abordés, en particulier l'itinérance, la pauvreté, l'immigration, les personnes âgées, la fertilité, le soutien en santé mentale, la pandémie, la crise climatique, le mouvement des personnes (immigration/réfugiés) et la justice en santé pour tous.

Pour que les médecins fournissent des soins adéquats à toutes nos populations de façon durable et équitable, il faut répondre aux besoins des médecins. Cela comprend la participation d'équipes de professionnels paramédicaux. Quel que soit le système conçu, les DIM doivent être inclus.

Thème un : Soins en équipe

Les soins en équipe peuvent répondre à une variété de besoins et d'enjeux, ce qui allégerait le fardeau excessif imposé aux médecins de famille.

- Tous les professionnels paramédicaux doivent participer, car il ne s'agit pas d'un problème spécifique aux médecins.
 - Les soins primaires peuvent être le point d'ancrage d'un modèle de soins en équipe sans que la responsabilité des soins primaires incombe uniquement au médecin de famille.
 - Les pratiques de formation s'adressent généralement à la personne. Les évaluations sont faites pour la personne, et non pour la personne au sein d'une équipe. Il faut envisager d'intégrer la formation et l'évaluation avec d'autres professionnels de la santé.

Thème deux : Accroître la diversité

Un accroissement de la diversité, dans tous les domaines, serait un bon point de départ.

- Il faut accroître la sécurité culturelle en encourageant une plus grande diversité chez les médecins.
- Il est important d'offrir des soins sécuritaires et adaptés sur le plan culturel, mais cet aspect est généralement moins priorisé en cours de formation.
- Il faut accroître la diversité (dans tous les sens du terme) au moment de l'admission à la faculté de médecine. Les étudiants en médecine devraient être représentatifs de la société.
- Il ne faut pas demander aux étudiants et aux apprenants de divers milieux de s'éduquer les uns les autres. Il y a un moment, un lieu et une façon de les inviter à participer à des conversations respectueuses, mais on ne devrait pas s'attendre à ce qu'ils enseignent la sécurité culturelle aux autres. C'est un stress supplémentaire pour eux.
- Les formateurs, peu importe leurs antécédents et leur spécialité, doivent connaître et représenter les besoins de la société.
 - Les étudiants sont formés par des spécialistes dans leurs domaines respectifs; la médecine familiale semble être l'exception, car les médecins de famille n'enseignent généralement pas. C'est une lacune.

Thème trois : Encourager les médecins à se perfectionner

La médecine est reconnue pour être une profession autoréglementée. Les médecins devraient aussi s'autoréglementer dans leur apprentissage.

- Tout le développement professionnel continu ne doit pas nécessairement se limiter à la médecine. Le leadership, la défense des droits et intérêts, l'ingénierie et la technologie sont tous des domaines d'apprentissage futur qui seraient bénéfiques pour les médecins et leurs patients.

Thème quatre : Créer un pentagramme sociétal pour répondre aux besoins des patients qui comprend la mobilisation et la collaboration des administrateurs de la santé, des décideurs, des professionnels de la santé, de la collectivité et des établissements d'enseignement.

Les médecins doivent traiter le patient dans son ensemble, pas seulement les parties.

- Il est difficile de plaire à tout le monde dans une société diversifiée; nous devons peut-être prioriser les besoins identifiés de la société.
- L'accessibilité est un problème limitatif. L'un des besoins fondamentaux de la société auquel il faut répondre est l'accès à un médecin de famille. Les méthodes de formation sont une chose, l'offre et la demande en sont une autre. La distribution est aussi un enjeu majeur.
- Comment savoir si nous avons répondu aux besoins définis de la société? Nous pourrions sonder les membres de la collectivité (p. ex., quels sont les problèmes? Que pensent-ils des soins qu'ils ont reçus?). Il est important que les médecins restent en contact avec la collectivité qu'ils servent. Les besoins changeront et émergeront au fil du temps; il devrait s'agir d'un processus continu.
- Les médecins ont besoin d'une communauté et d'un soutien au sein de leur équipe – ils ont besoin de liens humains avec leurs collègues médecins. La tendance à l'isolement commence à l'étape de l'admission à la faculté de médecine et se poursuit jusqu'à la résidence, car les étudiants sont forcés de compétitionner les uns avec les autres.
- Les apprenants pourraient être éduqués selon un modèle réparti (p. ex., formation là où des soins sont nécessaires, dans la collectivité, dans les régions rurales et éloignées).

- Pouvons-nous mettre en œuvre une entente de retour de service pour les nouveaux diplômés et/ou exiger qu'une partie de la formation soit offerte dans les collectivités ou dans les secteurs où il y a des besoins?

Thème cinq : Regard vers l'avenir et adaptabilité

Nous devrions être tournés vers l'avenir, planifier nos besoins futurs et travailler en ce sens.

- Nous avons besoin d'une solide compréhension du problème et d'une analyse critique des résultats par la suite (un processus fondé sur des données probantes).
- Il y a des besoins sociétaux critiques et omniprésents qui ne sont toujours pas satisfaits. Il faut planifier pour l'avenir, mais pas au détriment des besoins critiques actuels. Nous ne voulons pas accroître les inégalités qui existent aujourd'hui.
- Si une spécialité (comme la médecine familiale) est un besoin défini, il faut y accorder plus d'importance dans la formation.
- Le nombre de postes de résidence devrait être lié aux spécialités qui en ont besoin (p. ex., médecine familiale).
- Les médecins doivent pouvoir s'adapter aux besoins de la population et de la collectivité qu'ils servent. Peut-on enseigner l'adaptabilité? La formation et la pratique se déroulent généralement dans des contextes différents. Nous ne pouvons pas former un médecin pour toutes les éventualités, mais nous pouvons le former pour qu'il devienne un expert en matière d'adaptation.