

Résumés des ateliers
Conférence de 2007 sur l'éducation médicale
Victoria

| | |
|------|---|
| A-01 | L'intégration d'un apprentissage et d'une évaluation fondés sur le travail <i>Deborah Davis, Charlotte Ringsted, Rigshospitalet, Copenhague, Danemark</i> |
|------|---|

Plusieurs outils d'évaluation actuels sont basés sur un modèle d'enseignement dans lequel les apprenants démontrent leurs connaissances et leurs compétences dans le cadre d'examens écrits et de listes de contrôle durant des séances de mise en situation. En outre, les évaluations des stages cliniques sont utilisées pour évaluer les apprenants mais leurs résultats sont souvent gonflés et elles sont assujetties à « l'effet de halo ». Cependant, la majeure partie de l'apprentissage réalisé dans le cadre de l'éducation médicale se déroule en milieu de travail. Cela s'avère particulièrement dans le cadre de la formation post-doctorale, mais l'enseignement de premier cycle est également désormais solidement ancré dans les milieux cliniques en Amérique du Nord. Par conséquent, il faut bénéficier d'outils pour évaluer les activités véritables en milieu de travail. L'apprentissage et l'évaluation fondés sur le travail doivent être intégrés d'une manière valide et fiable. La compétence est multidimensionnelle et les outils d'évaluation devraient être conçus dans cette optique. Les outils devraient permettre d'évaluer non seulement le rôle traditionnel de l'expert en médecine, mais devraient également indiquer les résultats désirés lorsque possible au sein des autres rôles du cadre de compétences CanMEDS. Des commentaires d'une variété d'intervenants permettent de mieux élaborer de tels outils. Les créateurs des outils doivent avoir une idée très claire des tâches auxquelles on s'attend des apprenants, de la norme de rendement prévue et du contexte dans lequel les apprenants devraient être capables d'accomplir ces tâches. On peut également utiliser des données provenant d'études d'assurance de la qualité pour favoriser la création d'outils d'apprentissage et d'évaluation. Comme l'évaluation est le moteur de l'apprentissage, il peut s'avérer approprié d'inclure des outils d'évaluation pour les deux activités qui ne sont pas courantes et pour les activités que les apprenants trouvent complexes, mais qui sont essentielles en milieu de travail. Des études ont démontré que ce type d'outils a un impact sur l'apprentissage et le l'environnement éducationnel. Le présent atelier mettra en évidence des méthodes visant à concevoir et à mettre en œuvre une méthode d'évaluation authentique en milieu de travail.

Objectifs :

Au terme du présent atelier, les participants seront en mesure de déterminer des moyens de définir le contenu d'authentiques outils d'évaluation du milieu de travail, de discuter de la façon de fixer des normes pour l'évaluation du milieu de travail et de discuter des stratégies de mise en œuvre de l'évaluation du milieu de travail.

| | |
|------|--|
| A-02 | Utilisation d'un cadre pour analyser l'enseignement clinique : Le cadre d'enseignement clinique Stanford <i>Dianne Delva, Queen's University; Danny Panisko, University of Toronto</i> |
|------|--|

Selon le D^{re} Wendy Levinson, M.D., vice-présidente du Département de médecine de la University of Toronto et ancienne présidente de la Society of General Internal Medicine, le Programme de formation professorale de Stanford est le principal programme de formation professorale au pays. Élaboré par Kelly Skeff et Georgette Stratos, le cours d'enseignement clinique de Stanford repose sur un plan d'ensemble que les enseignants peuvent utiliser pour analyser leur enseignement. D'une durée de huit séances, le cours porte sur sept catégories d'enseignement : climat d'apprentissage, contrôle de la séance, communication des objectifs, promotion de la compréhension et maintien aux études, évaluation, rétroaction et promotion de l'apprentissage autonome. Dianne Delva et Danny Panisko, tous deux formés à Stanford, ont animé avec succès ce cours dans leurs propres établissements. À la suite du séminaire de l'an dernier qui a connu un grand succès, les animateurs donneront aux participants un aperçu du cours de Stanford et une occasion de mettre les enseignements en pratique au moyen du cadre en revoyant des vidéocassettes de rencontres d'enseignement clinique et d'un jeu de rôles. Un module différent sera présenté cette année pour permettre aux participants d'approfondir un thème plus en détail. Raison d'être : l'enseignement clinique est une compétence trop importante pour être laissée à la chance. Les principes pédagogiques sous-tendant l'enseignement traditionnel sont également importants dans le milieu clinique. Comprendre ces comportements et les mettre en pratique dans le contexte de l'enseignement clinique peut aider les enseignants à accroître leur polyvalence comme enseignants de manière à mieux satisfaire aux besoins des apprenants.

Objectifs :

Objectifs d'apprentissage : Les objectifs du présent atelier consistent à accroître la polyvalence des enseignants, améliorer la capacité à analyser l'enseignement clinique en utilisant des objectifs spécifiques à un cadre d'enseignement. Au terme de la présente séance, les enseignants cliniques 1) auront été familiarisés à un cadre permettant d'analyser l'enseignement clinique, 2) seront en mesure de reconnaître des comportements d'enseignement spécifiques qui rehaussent l'enseignement clinique et 3) élaboreront des objectifs personnalisés pour améliorer leur propre enseignement clinique.

| | |
|------|---|
| A-03 | <p>Formation professionnelle continue sur le plan interprofessionnel : Collaborer par l'entremise des humanités <i>Pippa Hall, Susan Brajtman, Lynda Weaver, Kevin Barclay, Dawn Mullins, Enkenyelesh Bekele, Université d'Ottawa</i></p> |
|------|---|

Grâce à un partenariat entre Service de santé SCO, l'Institut de recherche Élisabeth-Bruyère, l'Université d'Ottawa, l'Université Saint-Paul, le Collège Algonquin et la Cité collégiale, une série d'ateliers de formation professionnelle continue est élaborée et présentée sous forme de projet pilote à Ottawa. Ces ateliers ont pour but de rehausser la compréhension des membres du corps professoral et des cliniciens ainsi que leur appréciation de la pratique interprofessionnelle et collaborative axée sur la personne (PPCAP) et d'améliorer leur capacité à enseigner ce concept et à agir à titre de modèles auprès des apprenants avec qui ils interagissent. L'aspect PPCAP est abordé dans ces ateliers alors qu'on demande aux participants de travailler sur un aspect humanitaire des soins de santé. Le cadre des sciences humaines ou humanités repose sur quatre piliers : l'expérience humaine, les perspectives historiques, l'éthique et la loi de même que le professionnalisme. Références : 1. D'Amour D., Oandasan I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care* 2005; Supplement 1: 8-20. 2. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional culture as barriers. *Journal of Interprofessional Care* 2005; Supplement 1: 188-196. 3. Dittrich LR. Preface. *Academic Medicine* 2003;78(10):951-952.

Objectifs :

Au terme du présent atelier, les participants seront en mesure d'identifier les sept éléments de la collaboration, de les mettre en pratique par l'entremise du cadre d'humanités dans des scénarios fondés sur des cas et de discuter et d'évaluer cette approche dans le contexte de leurs propres expériences et milieux d'apprentissage.

| | |
|------|---|
| A-04 | L'éthique dans les tranchées : Enseigner l'éthique médicale aux étudiants en stages hospitaliers <i>Naomi Lear, Université McGill; Marcel D'Eon, University of Saskatchewan</i> |
|------|---|

En tant qu'étudiant en médecine, dans le cadre d'une journée ordinaire, on va me demander de rencontrer un patient qui a refusé qu'un étudiant participe à ses soins, d'effectuer un acte médical ou de passer un examen pour lequel je n'ai pas été adéquatement préparé ou d'administrer un traitement dont je ne peux expliquer les risques. Comme les étudiants de presque toutes les facultés de médecine canadiennes, on m'a brièvement parlé de l'éthique durant la formation pré-clinique, mais je n'ai bénéficié d'aucun soutien formel ou d'enseignement concernant les questions d'éthique auxquelles je risque d'être confronté durant les stages (1). Sur une base quotidienne, des étudiants en médecine comme moi, dans les salles communes doivent choisir entre l'apprentissage ou la pratique, l'écoute ou la participation active et la formation tout en présentant des risques additionnels pour les patients (2). Que peut-il être fait pour veiller à ce que les étudiants progressent à partir des défis moraux auxquels ils sont confrontés au lieu de s'enrouler dans leur formation? Dans le cadre de cet atelier présenté conjointement par un étudiant en médecine et un enseignant, les participants exploreront des méthodes pour mieux enseigner l'éthique aux étudiants durant leur stage. Ils verront les recherches portant sur l'enseignement de l'éthique aux étudiants, discuteront de méthodes visant à ce que l'enseignement actuel dispensé dans les années précédant les stages hospitaliers puisse être adapté de manière à être utilisé avec les étudiants en stage et travailleront en petits groupes pour élaborer un programme-échantillon afin que, de retour dans leurs universités respectives, ils soient en mesure de commencer à appuyer leurs étudiants. En outre, les participants quitteront l'atelier avec une série de présentations d'une heure sur l'éthique et les preuves basées sur des cas (préparées par les présentateurs) qui viennent compléter les principaux stages en médecine interne, gériatrie, obstétrique et pédiatrie et qui ont reçu un bon accueil des étudiants de McGill en stage. Références : (1) Kidd, M. (October 2006) The History and Future of Humanities in Canadian Medical Education. Bulletin de l'ACEM. Turner, M., Jones, C., Ascai, M., Costescu, D., (2) Puente, S. & Wilson, T. (Avril 2006) L'obligation d'apprendre par opposition à l'obligation de soigner : La responsabilité professionnelle de l'externe – présentation par affiche dans le cadre de la Conférence sur l'éducation médicale tenue à London, en Ontario.

Objectifs :

(1) Les participants seront en mesure de décrire trois principes clés de l'enseignement des notions d'éthique en se fondant sur la documentation actuelle et sur une leçon pratique. (2) Les participants seront en mesure d'évaluer leur programme d'éthique actuel et de planifier des modifications à la lumière de principes nouvellement acquis. (3) Les participants élaboreront un atelier sur l'éthique pour les étudiants participant à l'un des principaux stages.

| | |
|------|---|
| A-05 | Évaluer la compétence collaborative <i>Denyse Richardson, Ivy Oandasan, University of Toronto</i> |
|------|---|

Datant maintenant de 11 ans, l'initiative CanMEDs a récemment été mise à jour, devenant le Cadre de compétences CanMEDS 2005. Ce cadre fondé sur les compétences décrit les principales habiletés génériques des médecins orientés vers des résultats optimaux en matière de santé et de soins de santé, une initiative conforme aux préceptes de responsabilité qui dominent notre époque. Bien que la familiarité avec les rôles au sein du cadre ait augmenté de façon régulière au cours des dernières années, le niveau de compréhension des compétences clés de chacun de chacun des rôles et le degré de confort relativement à l'évaluation des compétences attribuées à ces rôles semblent continuer à être assez faible parmi le corps professoral. Par conséquent, il est primordial d'offrir une formation continue dans ce domaine. La mise en œuvre continue du cadre de compétences CanMEDS nécessite une compréhension claire des manifestations comportementales de chacun des rôles ainsi que des outils pratiques pour l'évaluation de la compétence des médecins dans chacun de leurs rôles professionnels. Fichtner CG, Hardy D, Patel M, Stout CE, Simpatico TA, Dove H, Cook LP, Grossman LS, Gifford DW. A self-assessment program for multidisciplinary mental health teams. Psychiatr.Serv. 2001

Oct;52(10):1352-1357. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). Med.Educ. 1999 Feb;33(2):95-100 Singh R, Naughton B, Taylor JS, Koenigsberg MR, Anderson DR, McCausland LL, Wahler RG, Robinson A, Singh G. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. Med.Educ. 2005 Dec;39(12):1195-1204. Cullen L, Fraser D, Symonds I. Strategies for interprofessional education: the Interprofessional Team Objective Structured Clinical Examination for midwifery and medical students. Nurse Educ.Today 2003 Aug;23(6):427-433. Ritchie PD, Cameron PA. An evaluation of trauma team leader performance by video recording. Aust.N.Z.J.Surg. 1999 Mar;69(3):183-186.

Objectifs :

Au terme du présent atelier, les participants devraient être en mesure de définir et de décrire les comportements associés aux compétences de collaborateur CanMEDS, de décrire au moins trois méthodes pratiques distinctes permettant d'évaluer de façon explicite la collaboration en médecine et d'intégrer une nouvelle stratégie d'évaluation dans un programme de résidence post-doctoral.

| | |
|------|--|
| A-06 | <p>Formation relative au savoir-faire culturel : Ce que nous voulons apprendre par opposition à ce que nous devrions apprendre <i>Saleem Razack, Mary Ellen Macdonald, Franco Carnevale, Pierre-Paul Tellier, Yvonne Steinert, Université McGill</i></p> |
|------|--|

La société canadienne gagne constamment en diversité. Par exemple, on estime qu'environ 48 % de la population de Toronto appartient à des minorités visibles. Pour l'ensemble du Canada, le pourcentage de minorités visibles est d'environ 11 % (données de 2001). Dans ce contexte, le médecin efficace sera fort probablement celui qui aura développé des compétences en matière d'interaction interculturelle et qui considérera la diversité comme une valeur fondamentale de la responsabilité de la profession envers la société. Malgré les meilleures intentions, la formation en matière de compétence culturelle présente des lacunes qui sont liées à des attentes de la part de l'apprenant qui peuvent différer de ce que suggère le programme actuel sur les compétences culturelles. Les auteurs de cet atelier espèrent réunir des enseignants en médecine de l'ensemble du pays qui sont intéressés par la formation culturelle afin de trouver des méthodes pour remédier à cette lacune et échanger sur les meilleures pratiques. Références : Lingard L., Tallett S. et al. Culture and Physician-Patient Communication: A Qualitative Analysis of Residents' Approaches to Bridging the Gap. Annals RCPSC, Sept 2002, 331-5. Razack S, Macdonald M, Carnevale F. Cultural Competence or Humility? Reflection Rather than Knowledge Acquisition as a Goal of Residency Training. Présentation par affiche à la Conférence de l'ACEM donnée à Saskatoon en mai 2005. Culhane-Pera K, et al. A Curriculum of Multicultural Education in Family Medicine. Family Medicine 1997 29(10):719-23.

Objectifs :

Au terme du présent atelier, les participants seront en mesure 1) de constater l'écart entre les attentes de l'apprenant et la teneur du programme d'études et de le percevoir comme un obstacle potentiel devant être surmonté afin de pouvoir offrir une formation culturelle efficace, 2) d'élaborer des stratégies pour promouvoir la conscience de soi et la réflexion sur les interactions inter-culturelles comme méthode de perfectionnement des compétences du praticien sensible aux différences culturelles, 3) de partager des expériences de formation en matière de savoir-faire culturel afin d'atteindre un consensus sur les meilleures pratiques.

| | |
|------|---|
| A-07 | <p>Comment étonner votre public : Un atelier pour vous expliquer comment animer de meilleures présentations de recherche <i>Grant Russell, Clare Liddy, Université d'Ottawa</i></p> |
|------|---|

Les présentations orales sont importantes. Qu'il s'agisse d'un exposé de 10 minutes devant un comité d'enseignants ou d'un discours prononcé dans le cadre d'une conférence internationale, parvenir s'exprimer efficacement par la parole constitue tout un défi. La difficulté s'accroît lorsqu'on nous demande

de présenter les résultats d'une recherche. Le présent atelier résulte de l'observation, sur plusieurs années, de collègues luttant pour présenter des résultats de recherche complexes sous forme de message clair. Des mois de planification peuvent être réduits à néant par 10 minutes d'exposé confus, des diapositives surchargées et une piètre gestion du temps. Les présentateurs ont passé un certain nombre d'années à tenter de traduire des résultats de recherches quantitatives et qualitatives pour des conférences locales, nationales et internationales. Nous avons appris de nos réussites et de nos échecs et en particulier, d'avoir vu en direct, les habitudes de préparation à une présentation de certains fantastiques conférenciers médicaux canadiens. Nous espérons que nos expériences, combinées à de l'information tirée d'une synthèse de documents, donneront aux participants la chance de présenter avec brio dans le cadre de conférences le travail qui leur a permis d'être initialement acceptés comme conférenciers. Cet atelier devrait doter tant les experts que les novices d'un cadre leur permettant de planifier, mettre en pratique et effectuer une tâche qui, pour plusieurs, est l'une des composantes les plus stressantes de leur carrière universitaire.

Objectifs :

Doter les participants des compétences verbales leur permettant d'effectuer une présentation devant un public d'intervenants du domaine de la santé en 1) les amenant à comprendre les pièges courants associés à ces présentations, 2) apprenant les habitudes des présentateurs chevronnés, 3) mettant l'accent sur les compétences liées à la voix, à la confiance en soi et au langage corporel et finalement, en 4) fournissant les techniques pour préparer et organiser des présentations de recherche.

| | |
|------|--|
| A-08 | <p>Pandémies, populations et santé publique : Ce que doivent savoir les étudiants en médecine <i>Ian Johnson, University of Toronto; Denise Donovan, Université de Sherbrooke; Jean Parboosingh, Association des facultés de médecine du Canada; Monica Hau, University of Toronto</i></p> |
|------|--|

Les préoccupations concernant la pandémie de grippe, l'épidémie d'obésité et le vieillissement des baby-boomers font la une des journaux. Le Conseil médical du Canada a resserré ses exigences et l'AFMC a fixé des objectifs spécifiques en matière d'enseignement lié à la santé publique dans le cadre de son initiative sur la responsabilité sociale. Le Collège des médecins de famille du Canada a publié un document de travail sur le rôle de la médecine familiale en ce qui a trait à la santé publique et à la préparation aux situations d'urgence. Tous ces facteurs poussent les facultés de médecine à renforcer leur programme d'enseignement en matière de santé publique et de préparation aux situations d'urgence. Toutefois, les résultats des séances de groupes de discussion avec des étudiants en médecine ont démontré un désintérêt général et un manque d'engagement envers la santé publique. Cet atelier présentera le travail continu du groupe de travail de l'AFMC sur la santé publique et encouragera la discussion sur ces enjeux clés. Le but visé est d'aider les participants à améliorer leurs programmes de formation respectifs. Raison d'être : Quel intérêt cet atelier présente-t-il pour les enseignants? L'intérêt accru envers les épidémies (tant infectieuses que non infectieuses) de même que les préoccupations à l'endroit de la pandémie de grippe ont démontré que le programme d'enseignement médical de premier cycle devait répondre à ces défis nouveaux et émergents au moyen d'une approche basée sur la population et les systèmes. L'AFMC a inclus la santé publique dans son initiative relative à la responsabilité sociale. Le groupe de travail a présenté un plan d'action. Cet atelier aidera les membres du corps professoral à parfaire leurs connaissances quant à ces développements et aux implications sur le programme d'études. Le Conseil médical du Canada resserre ses normes en matière de santé de la population et adopte une nouvelle norme concernant la gestion d'une épidémie. L'AAMC demande à ce que l'enseignement soit davantage axé sur le bioterrorisme et les autres préoccupations relatives à la santé de la population. Références : On peut consulter le document du groupe de travail de l'AFMC sur la santé publique à l'adresse suivante :

http://www.afmc.ca/docs/2006_april_afmc_public_health_vision_paper.pdf

Le document du Collège des médecins de famille du Canada figure à l'adresse suivante :

http://www.cfpc.ca/local/files/Communications/Role_Fam_Doc_Dec05.pdf

Le document préparé par Monica Hau et Ingrid Tyler sur les groupes de discussion des facultés de médecine à l'égard de la santé publique est soumis pour publication.

Objectifs :

Objectifs de l'atelier et résultats d'apprentissage : Au terme du présent atelier, les participants seront en mesure 1) d'identifier les principales conclusions du rapport du groupe de travail de l'AFMC sur la santé publique et leurs implications sur l'élaboration du programme d'études, 2) de discuter des défis auxquels seront confrontés les planificateurs de programmes d'études pour parvenir à mieux intégrer ces concepts dans les programmes existants, 3) de proposer une gamme d'activités d'enseignement pour aider à impliquer les étudiants en matière de santé publique et les aider à acquérir des connaissances et des compétences dans les domaines de la santé de la population, de la santé publique et de la préparation aux situations d'urgence.

| | |
|------|---|
| A-09 | Professionalisme en action : Gérer les conflits d'intérêt de l'enseignement médical de premier cycle à la formation médicale continue <i>Richard Handfield-Jones, Geneviève Moineau, Michelle Catton, Université d'Ottawa; Ford Bursey, Memorial University of Newfoundland</i> |
|------|---|

Un certain nombre d'événements mettent le milieu de la médecine universitaire au défi de s'attaquer à la question des conflits d'intérêt. Les trois agences fédérales qui financent la recherche (IRSC, CRSNG et CRSH) oeuvrant sous la bannière des trois Conseils ont déclaré que les universités devaient avoir instauré des politiques et des procédures de déclaration de conflits d'intérêts d'ici janvier 2008 pour demeurer admissibles au financement. Le professionnalisme devient une composante intégrale de l'éducation médicale de premier cycle et de niveau post-doctoral au Canada. L'une des compétences habilitantes du rôle CanMEDS de « professionnel » est que les « médecins soient capables de gérer de façon appropriée les conflits d'intérêt ». Les normes d'agrément en matière de FMC exigent désormais la divulgation de conflits d'intérêt potentiels à tous les événements. Le groupe de travail de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa sur les relations entre le milieu universitaire et l'industrie élabore actuellement une politique sur les conflits d'intérêt qui aidera la Faculté à établir des procédures transparentes relativement à la déclaration des conflits d'intérêt. Cette démarche est le fruit d'une collaboration avec un groupe de travail à l'échelle de l'université qui élabore des procédures pour assurer la conformité aux exigences des trois Conseils. Plusieurs questions ont été soulevées durant ces discussions : Comment les politiques relatives aux conflits d'intérêt développées pour la recherche s'appliquent-elles à l'éducation? Dans quelle mesure la divulgation devrait-elle être publique? De quelle envergure doit être un avantage pour qu'on soit obligé de le divulguer? Comment élaborez-vous des systèmes de divulgation en collaboration avec l'université et des instituts de recherche de manière à ce que les particuliers n'aient pas à remplir une multitude de documents? Cet atelier a pour but de fournir un forum permettant le partage d'anecdotes concernant les conflits d'intérêt dans l'ensemble du continuum de l'éducation médicale et de générer des idées sur des manières de les gérer en respectant les obligations de la profession quant à un comportement éthique.

Références : [//rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_e.pdf](http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_e.pdf)

www.nserc.gc.ca/professors_f.asp?nav=profnav&lbi=p9

www.nserc.ca/institution/coi/toc_f.htm#toc_e

[//policybase.cma.ca/policypdf/PD01-10.pdf](http://policybase.cma.ca/policypdf/PD01-10.pdf)

Université d'Ottawa : Report from the Conflict of Interest Working Group. 2005.

Objectifs :

Au terme du présent atelier, les participants seront en mesure 1) d'identifier certains des facteurs influençant les politiques universitaires en matière de conflits d'intérêts; 2) d'expliquer des questions propres à la divulgation d'un conflit d'intérêt dans une faculté de médecine; 3) de comparer et d'opposer des questions liées aux conflits d'intérêt au premier cycle, au niveau post-doctoral et dans le cadre de la formation médicale continue; 4) de formuler des stratégies générales pour mettre en œuvre des politiques et procédures de divulgation de conflits d'intérêt dans les facultés de médecine.

| | |
|------|--|
| A-10 | Stratégies de réflexion au sein du continuum : Transformer la réflexion en action <i>Jocelyn Lockyer, University of Calgary; Joan Sargeant, Karen Mann, Dalhousie University</i> |
|------|--|

La réflexion est le mécanisme en vertu duquel nous étudions et tentons de comprendre des idées relativement complexes et parfois troublantes pour lesquelles il n'y ne semble exister aucune solution évidente. La réflexion nous permet de transformer des idées et des expériences courantes en un nouveau savoir et en actions. Plusieurs théoriciens contribuant à la compréhension des mécanismes de réflexion mettent l'accent sur l'influence des émotions sur la réflexion (Boud), sur la moyens de traiter avec du matériel mal structuré (Moon), sur l'importance de l'apprentissage en profondeur par opposition à l'apprentissage en surface (Entwistle) et les rôles de l'apprentissage par l'expérience (Schon, Boud) et la méta-cognition (Flavell). Nous savons que la réflexion demande du temps, de la discussion et une rétroaction bilatérale, de même qu'une pensée introvertie pour éclaircir les idées afin de favoriser l'action. Bien que les expériences personnelles et les commentaires de rétroaction des enseignants peuvent susciter la réflexion, il existe des stratégies pouvant faciliter la réflexion, notamment des discussions fondées sur des cas, les journaux, les portfolios d'apprentissage, les contrats d'apprentissage, l'engagement à modifier des ententes. Ces stratégies ne portent fruit que lorsque la réflexion est transformée en une nouvelle compréhension ou action. Cet atelier examinera plusieurs approches visant à encourager la réflexion et la discussion sur la manière dont elles peuvent être adaptées pour optimiser l'apprentissage et l'action.

Objectifs :

Les participants partageront des expériences visant à promouvoir la réflexion de l'apprenant, reverront brièvement des approches concernant la réflexion et son influence sur le savoir nouveau et l'action. Ils mettront également en pratique leurs connaissances et leurs expériences pour envisager des approches réflexives dans le cadre de leur enseignement et discuteront des obstacles à l'incorporation de ces approches.

| | |
|------|--|
| A-11 | Vers une stratégie nationale sur la formation professorale en milieu communautaire <i>Thomas Lacroix, University of Western Ontario; Karl Stobbe, McMaster University; Elaine Van Melle, Danielle Blouin, Queen's University; Peter Wells, Rural Ontario Medical Program</i> |
|------|--|

Le Canada se doit d'élaborer du matériel pour un grand nombre de précepteurs de la collectivité qui deviennent plus actifs dans leur rôle d'enseignant. Ces précepteurs peuvent accueillir des apprenants qui leurs sont envoyés par l'université et dans certains districts, ils peuvent accueillir des apprenants provenant de diverses universités. Une stratégie nationale visant à élaborer des méthodes de formation pour des compétences de base des précepteurs pouvant être transmise sous une grande variété de formes et qui permettrait la transférabilité des compétences d'un centre à un autre pourrait aider les universités à partager des ressources et de nouvelles stratégies d'enseignement.

Objectifs :

Au terme du présent atelier, les apprenants seront en mesure de 1) décrire les faits saillants d'une vaste étude de formation professorale multi-institutionnelle auprès des précepteurs de la collectivité; 2) d'identifier les besoins courants ou de base en matière de formation professorale des précepteurs de la collectivité; 3)d'établir un mécanisme permettant le partage du matériel pouvant être utilisé pour élaborer un répertoire national de la formation professorale.

| | |
|------|---|
| A-12 | Choisir une carrière en éducation médicale : Perspectives, périls et voies d'accès <i>Jason Frank, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; Meridith Marks, Université d'Ottawa; Brian Hodges, University of Toronto; Jerry Maniate, Association canadienne des médecins résidents; Deborah Danoff, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada</i> |
|------|---|

Cette séance est conçue pour tous ceux qui sont intéressés par une carrière en éducation médicale, au-

délà du fait d'être un enseignant en médecine. Comment devient-on éducateur médical? Est-ce la même chose qu'être enseignant clinique? Qu'en est-il du salaire? Des promotions? Quel rôle la formation spécialisée comme le fait de posséder un diplôme en éducation médicale joue-t-il dans une telle carrière? Cette discussion interactive en groupe jettera la lumière sur les raisons, les parcours, les joies et les pièges qu'enveloppe le fait de demeurer un meneur de l'éducation médicale au Canada.

Objectifs :

Au terme de la présente séance, les participants seront en mesure 1) de définir ce qu'est un éducateur médical et un enseignant en médecine; 2) de décrire plusieurs parcours pour se lancer dans une carrière en éducation médicale, en commençant par être résident, assistant professeur, ou professeur de niveau supérieur; 3) de décrire les rôles et les choix offerts à quiconque désirant se perfectionner en éducation médicale.

| | |
|------|--|
| A-13 | De la meilleure preuve à la pratique : Utilisation de résultats de recherche en éducation médicale <i>Yvonne Steinert, Université McGill; Karen Mann, Dalhousie University</i> |
|------|--|

Les enseignants en médecine réalisent de plus en plus l'importance des approches fondées sur les preuves dans le cadre de l'enseignement et de l'apprentissage. Cependant, trouver et évaluer la preuve existante constitue tout un défi car cette documentation est répartie dans l'ensemble de l'éducation médicale, de l'éducation professionnelle et des revues propres à des disciplines spécifiques. En outre, la preuve existante permettant de justifier les interventions éducatives est de qualité variable et les méthodes de recherche employées ne se conforment pas toujours aux approches conceptuelles et aux normes de rigueur connues de ceux qui évoluent dans le domaine. La BEME Collaboration portant sur l'éducation médicale fondée sur des données probantes est un important véhicule permettant de traiter des sujets susmentionnés. Les examens de la BEME sont des examens systématiques de la documentation dans des domaines précis de l'éducation médicale (p.ex., l'emploi de simulations, la formation professorale, les aptitudes à la communication), permettant de recueillir, évaluer et synthétiser la meilleure preuve existante afin d'enrichir notre pratique pédagogique. Comme on retrouve les examens de la BEME dans la documentation, il est important de tenir compte ce que signifient les conclusions qui en découlent, comment elles peuvent être mises en œuvre dans notre pratique et quelles sont les questions de recherche qui demeurent en suspens. En bref, de la facilitation et un apprentissage par découverte guidée sont nécessaires pour traduire la meilleure preuve dans la pratique. Le présent atelier a pour objectif d'utiliser un examen BEME complété portant sur les initiatives de formation professorale conçues pour améliorer l'efficacité en enseignement dans un contexte médical (Steinert, Y., Mann, K., Centeno, A., Dolmans, D., Spencer, J., Gelula, M., and Prideaux, D., in press) pour traiter ces questions et les objectifs d'apprentissage suivants. Principales références : Hammick, M. A BEME review: A little illumination. *Medical Teacher*, 2005, 27, 1-3. Reeves, S., Koppel, I., Barr, H., Freeth, D., and Hammick, M. Twelve tips for undertaking a systematic review. *Medical Teacher*, 2002, 24, 358-363. Steinert, Y., Mann, K., Centeno, A., Dolmans, D., Spencer, J., Gelula, M., and Prideaux, D. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education. *Medical Teacher*, sous presses.

Objectifs :

Au terme du présent atelier, les participants seront en mesure 1) de définir ce qu'on entend par « meilleure preuve » dans le domaine de l'éducation médicale; 2) résumer les principales conclusions, forces et limites de l'examen BEME à l'égard de la formation professorale; 3) de discuter de la mesure dans laquelle la preuve guide nos pratiques de formation professorale; 4) d'identifier des obstacles courants à l'utilisation de la preuve dans le cadre de l'éducation médicale; 5) d'utiliser la formation professorale comme étude de cas; 6) de décrire la manière dont nous pouvons parvenir à mieux traduire les résultats de recherche en pratique éducative.

| | |
|------|--|
| A-14 | Premiers pas en matière de recherche qualitative <i>Elaine Van Melle, Queen's University</i> |
|------|--|

Bien que les méthodes quantitatives aient tendance à dominer la recherche dans le domaine de l'éducation en sciences de la santé, on prévoit que les méthodes quantitatives gagneront en importance au cours des années à venir (Wolf, 2004). Combinant les approches et les exemples théoriques et interactifs, cet atelier fournira aux participants une introduction de base en matière de méthodes de recherche qualitative. Les sujets traités comprendront : l'élaboration d'une question de recherche qualitative, les méthodes de collecte des données et l'analyse des données qualitatives. L'atelier traitera également de la manière dont on doit veiller à ce que les procédures analytiques soient rigoureuses (Ziebland & McPherson, 2006). On parlera également de l'utilisation de logiciels d'analyse qualitative des données comme NVivo et Atlas. Les activités interactives de l'atelier donneront aux participants l'occasion de discuter des principales questions touchant la formulation et la conception de leur propre projet de recherche qualitative. Références : Ziebland, S., & McPherson, A. (2006). Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). *Medical Education*, 40, 405-414. Wolf, F.M. (2004). Methodological quality, evidence, and research in medical education. *Academic Medicine*, 79, S68- S79.

Objectifs :

Au terme du présent atelier, les participants seront en mesure 1) d'évaluer le moment le plus approprié pour employer des méthodes de recherche qualitative; 2) d'élaborer une question de recherche qualitative; 3) de choisir des méthodes de recherche qualitative appropriées; 4) de décrire le processus de base de l'analyse de données qualitatives; 5) de déterminer si oui ou non la recherche qualitative est un secteur méritant d'être exploré plus à fond.

| | |
|------|--|
| A-15 | Élaborer un programme d'enseignement postdoctoral répondant aux véritables besoins <i>Mark Goldszmidt, David Keegan, University of Western Ontario</i> |
|------|--|

Contexte/Raison d'être : Plusieurs composantes de la formation postdoctorale proviennent d'anciennes versions remaniées ou parfois tout simplement re-phrasées au fil du temps pour satisfaire aux normes actuelles. Cependant, il existe parfois une différence entre posséder un programme d'enseignement sur papier et atteindre ses objectifs dans la pratique. Voici deux facteurs principaux qui rendent parfois les choses difficiles : 1) les membres du corps professoral et les résidents se rallient aux objectifs du programme et 2) les réalités du programme en elles-mêmes (temps, maladies analogues, etc.). Faisant référence à nos propres expériences relatives à la conception de programmes d'éducation post-doctorale ainsi qu'à la documentation connexe, les principaux sujets traités dans cet atelier comprendront : un aperçu général de l'élaboration du programme d'enseignement en éducation post-doctorale, un accent mis à la fois sur les approches qualitatives et quantitatives de l'évaluation des besoins pour ce cadre et une nouvelle stratégie pour accroître la pertinence des objectifs des stages pour les résidents. En cours de route, nous traiterons de la manière dont le procédé en lui-même peut être utilisé pour rallier les membres du corps professoral. Selon l'expérience des participants et les projets actuels, il y aura également des occasions pour partager les initiatives des participants et en discuter.

Objectifs :

Au terme du présent atelier, les participants seront en mesure 1) de décrire cinq éléments clés essentiels à l'élaboration d'un programme d'études en éducation médicale, 2) de discuter de la manière d'utiliser les méthodes qualitatives et quantitatives pour procéder à une évaluation des besoins du programme d'études et de s'assurer du caractère réalisable de leurs objectifs, 3) de discuter de stratégies pour utiliser des objectifs afin de guider l'apprentissage des résidents, 4) d'appliquer ce qui précède à leurs propres initiatives sur la matière.

| | |
|------|--|
| A-16 | <p>Incorporer le concept de l'éducation médicale hors les murs dans les bases de données canadiennes : Atelier visant à élaborer le plan d'action <i>Steve Slade, Association des facultés de médecine du Canada; Joanna Bates, University of British Columbia; Paul Grand-Maison, Université de Sherbrooke; Chris Lovato, University of British Columbia; Joshua Tepper, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; Alain Vanasse, Université de Sherbrooke</i></p> |
|------|--|

L'expression « éducation médicale hors les murs » englobe une grande variété de types de formation médicale donnés à l'extérieur des grands centres urbains canadiens. Pour traiter des besoins en santé dans les régions rurales ou éloignées et dans les collectivités du Nord, les facultés de médecine canadiennes ont littéralement repoussé les frontières de l'éducation médicale. Les stages et cours facultatifs sont stéréotypés depuis des décennies, mais de récents efforts ont permis d'établir des lieux de formation permanents dans des zones régionales et dans le Nord du Canada. Les étudiants en médecine de premier cycle ou de niveau post-doctoral peuvent désormais suivre l'ensemble de leur formation à l'extérieur des grands centres urbains. Les bases de données de l'éducation médicale gérées par l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) ne reflètent pas la croissance de l'éducation médicale hors les murs. La base de données de l'AFMC sur le premier cycle fait un suivi des inscriptions dans les facultés de médecine, mais elle ne contient pas de données sur l'éducation hors les murs. Des ensembles de données possibles pour faire un suivi de l'éducation médicale hors les murs dans l'ensemble des facultés de médecine ont été établis lors d'un atelier précédent parrainé par Santé Canada et le Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique a récemment lancé une étude pilote pour évaluer s'il était possible de recueillir de l'information sur l'éducation hors les murs. À l'heure actuelle, les bases de données de l'AFMC, notamment CAPER, ne sont pas encore au point pour réunir la gamme complète de données sur l'éducation médicale au Canada. Cet atelier réunira des enseignants en médecine, des directeurs de programmes et des administrateurs, des doyens, des chercheurs et des décideurs ayant de l'expérience dans l'étude ou la prestation de l'éducation médicale hors les murs. Les commentaires des participants feront fond sur du travail préalable pour raffiner et prioriser les aspects spécifiques de l'éducation médicale hors les murs qui doivent être mesurés (p. ex., emplacement et durée des programmes, disciplines médicales couvertes, populations desservies, nombre d'inscrits, lieu de pratique des inscrits une fois la formation terminée). L'objectif de la séance consistera à élaborer un ensemble de questions de recherche et d'indicateurs sur l'éducation médicale hors les murs qui guidera l'AFMC et les facultés de médecine dans la collecte de données et l'élaboration de bases de données nationales pour traiter des besoins en information des décideurs.

Objectifs :

1. Se familiariser avec les principaux indicateurs et la base de données nationale sur l'éducation médicale et y contribuer; 2. Arriver à comprendre la définition des données et le développement d'une base de données connexes en éducation médicale; 3. Discuter des priorités relatives aux questions de recherche et d'évaluation en ce qui a trait à l'éducation médicale hors les murs et aux stratégies de collecte des données.

| | |
|------|--|
| A-17 | <p>Comportement perturbateur des médecins et des étudiants en médecine : Occasions de prévention, d'intervention et de réhabilitation <i>Derek Puddester, University d'Ottawa; Lori Charvat, University of British Columbia; Paul Farnan, Physician Health Program of British Columbia</i></p> |
|------|--|

Cet atelier intéressera les enseignants en médecine pour les raisons suivantes : - Ils auront une occasion unique de promouvoir les attitudes et les comportements professionnels à adopter dans le milieu de l'enseignement et de la formation – Les enseignants en médecine sont souvent les premiers à identifier un problème comportemental sérieux chez les étudiants – Les stratégies de prévention sont mieux ciblées aux niveaux de la formation de premier cycle et de la formation post-doctorale.

Objectifs :

Au terme de cet atelier, les participants seront en mesure : 1) d'identifier les principaux déterminants d'un

comportement perturbateur, 2) de décrire l'impact d'un comportement perturbateur sur les patients, l'équipe de soins de santé et le milieu d'enseignement et d'apprentissage, 3) de résumer au moins trois stratégies pour identifier un comportement perturbateur, intervenir, et gérer et contrôler ce comportement, 4) énumérer au moins trois ressources pour orienter leurs efforts futurs dans ce domaine.

| | |
|------|---|
| A-18 | Ressources d'apprentissage en matière de responsabilité sociale : une collaboration des 17 facultés de médecine du Canada <i>Kendall Ho, Denise Buote, University of British Columbia</i> |
|------|---|

L'Organisation mondiale de la santé définit la responsabilité ou l'imputabilité sociale des facultés de médecine en ces termes : « l'obligation d'axer leurs activités d'enseignement, de recherche et de services sur les préoccupations prioritaires en matière de santé de la communauté, de la région et de la nation qu'elles ont le mandat de servir. Ces préoccupations doivent être déterminées conjointement par les gouvernements, les organismes de santé, les professionnels de la santé et le public. » (1) En 2002, l'Association des facultés de médecine a proposé un ensemble de principes clés pour orienter les facultés de médecine dans le contexte de la responsabilité sociale. L'engagement respectueux de la collectivité en ce qui a trait à l'identification des besoins et à l'établissement de priorités ainsi que le partenariat de collaboration avec les organisations de soins de santé affiliés, les professionnels de la santé, les décideurs et les gouvernements pour l'innovation et l'évaluation des modèles d'engagement émergents étaient des éléments centraux de ces principes. (2) Un groupe de professeurs des 17 facultés de médecine ayant de l'expérience en formation professionnelle continue, en formation professorale, en soins primaires et en formation médicale a obtenu un financement de trois ans dans le cadre du Programme pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada pour poursuivre une initiative nationale intitulée « Problèmes reliés à la qualité et au perfectionnement professionnel continu : Maintien des compétences (CPDiQ). (3) L'initiative CPDiQ a appuyé chacune des facultés de médecine dans le développement d'un projet régional et académique qui animait des partenariats communautaires et transdisciplinaire vers la responsabilité sociale au sein de la formation professionnelle continue (FPC). Par après, toutes les facultés ont collaboré en documentant les meilleures pratiques de responsabilité sociale par milieu universitaire par le biais d'un examen de la documentation internationale et le développement d'un répertoire canadien des meilleures pratiques. Un cadre d'évaluation visant à orienter et à évaluer l'initiative a été mis sur pied par un groupe de travail. Dans le cadre de l'initiative CPDiQ, on a documenté ces conclusions collectives pour en faire une ressource d'apprentissage visant à promouvoir le dialogue sur les privilèges et les obligations des facultés de médecine en ce qui a trait à la responsabilité sociale. Le présent atelier propose d'explorer l'utilité, l'efficacité et les lacunes de cette ressource d'apprentissage dans l'atteinte de ses objectifs. Références 1. Division du développement des Ressources humaines pour la santé, Organisation mondiale de la santé. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Genève, Suisse. 1995. 2. Comité directeur de l'AFMC sur l'imputabilité sociale : Une vision pour les facultés de médecine du Canada. 2002. Accessible à l'adresse suivante : http://www.afmc.ca/docs/pdf_sa_vision_canadian_medical_schools_fr.pdf. Proposition de projet. Problèmes reliés à la qualité et au perfectionnement professionnel continu : Maintien des compétences. Soumis au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada. Le 15 avril 2003.

Objectifs :

Réaffirmer la vision et la mission d'inclusion de la responsabilité sociale dans les facultés de médecine. Mettre en lumière des exemples de responsabilité sociale de facultés de médecine en action par le biais de projets scolaires choisis mis en lumière dans la ressource d'apprentissage et illustrer la manière dont ces cas peuvent être utilisés pour stimuler le dialogue et la discussion sur ce thème avec les étudiants en médecine et les enseignants. Amorcer un dialogue sur le contenu de la ressource d'apprentissage en traitant de points comme la pertinence de l'enseignement des questions de responsabilité sociale, le matériel clé critique à l'enseignement et le matériel qu'il serait bon d'ajouter à la ressource d'apprentissage. Encourager les membres du corps professoral et les particuliers aux vues similaires à aider à faire connaître le concept et la pratique de la responsabilité sociale en utilisant les exemples soulignés dans la ressource d'apprentissage.

| | |
|------|---|
| A-19 | <p>Regarder dans le miroir : Rehausser l'auto-évaluation dans le cadre de l'éducation médicale – Un modèle axé sur l'apprenant pour les diplômés hors Canada et États-Unis <i>Maureen Gottesman, Catherine Smith, David Tannenbaum, University of Toronto</i></p> |
|------|---|

Nous avons eu l'expérience unique de concevoir et de mettre en œuvre un programme de pré-résidence (PPR) pour les diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU) s'engageant dans la pratique de la médecine familiale en Ontario. L'objectif de ce programme intensif de 8 semaines, sous la direction de IMG-Ontario, est de préparer les DHCEU à une formation post-doctorale fructueuse en médecine familiale. Le programme d'études est orienté vers les aptitudes à la communication, y compris la méthode clinique centrée sur le patient et la compréhension des responsabilités et des rôles professionnels. Les techniques employées pour enseigner les aptitudes à la communication servent à améliorer la capacité du DHCEU à s'auto-évaluer et à réfléchir à son propre rendement. Ces capacités sont souvent sous-développées chez certains professionnels formés à l'étranger, mais il est nécessaire de les maîtriser pour connaître un apprentissage fructueux et afficher un bon rendement dans sa profession au Canada. L'exactitude de l'auto-évaluation accroît la capacité de l'apprenant à accepter une rétroaction de façon positive et réduit les réactions défensives. Les compétences en matière d'auto-évaluation sont également importantes pour orienter ses besoins d'apprentissage à long terme. L'atelier aider les participants à enseigner les aptitudes à la communication et à procéder à une rétroaction conçue pour améliorer l'auto-évaluation chez les apprenants. Références 1. Bates J and Andrews R. (2001). Untangling the Roots of Some IMG's Poor Academic Performance. *Academic Medicine*. 76:43 2. Duffy FD and Holmboe ES. Self-Assessment in Lifelong Learning and Improving Performance in Practice: Physician Know Thyself. *JAMA* 2006;296(9):1137-1139 3. Eva KW and Regehr G. Self Evaluation in the Health Professions: A Reformulation and Research Agenda. *Acad Med* 2005;80(10);S46 4. Kruger J and Dunning. Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. *J Pers Soc Psych* 1999;77(6):1121-1134 5. Steinert Y and Levitt C. Working with the "Problem" Resident: Guidelines for Definition and Intervention. *Fam Med* 1993: 25:627-32

Objectifs :

Les participants vont 1) comprendre pourquoi le fait d'utiliser une terminologie commune pour effectuer des entrevues centrées sur le patient peut être utilisé pour améliorer les compétences des étudiants en médecine, 2) comprendre comment on peut rehausser ses compétences en matière d'auto-évaluation en observant les autres (analyse comparative), et 3) s'exercer à offrir une rétroaction axée sur l'apprenant pour aider l'étudiant à améliorer ses compétences en matière d'auto-évaluation.

| | |
|------|---|
| A-20 | <p>Préparation des cas pour l'ECOS : Leçons acquises au Conseil médical du Canada <i>Sydney Smee, Lise Martineau, Conseil médical du Canada</i></p> |
|------|---|

Bien que l'utilisation de l'ECOS soit répandue dans les facultés de médecine canadiennes, préparer des cas valides et développer des instruments de notation fiables demeure un défi. Un bon cas est plus qu'un problème avec un patient; c'est un item de test avec de multiples composantes, notamment les instructions pour ceux qui passent le test, l'information pour les patients simulés et des instruments de notation. Le cas doit être lié à des objectifs d'évaluation et doit être réalisable dans les contraintes du format de l'ECOS. Sans appui, les nouveaux auteurs luttent pour produire des cas de qualité qui répondent à tous ces critères. Depuis la mise en place de la Partie II de l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada (CMC) en 1993, le personnel du CMC et les comités des tests ont étudié plusieurs approches pour élaborer des cas d'ECOS pour une évaluation de haut niveau. Dans le cadre de cette démarche, certaines leçons critiques ont été acquises au sujet de l'élaboration réussie de cas et des besoins des auteurs. Cet atelier a pour but de partager ces leçons, notamment la valeur d'un atelier pour les auteurs.

Objectifs :

1. Revoir les erreurs conceptuelles courantes faites par ceux qui développent des cas. 2. Comparer l'utilisation de listes de contrôle à celle de barèmes de notation. 3. Discuter de l'impact d'évaluer les

articles dans le cadre d'un instrument de notation. 4. Discuter de l'utilisation efficace des ordinateurs et des modèles. 5. Discuter des avantages d'une approche de groupe sur le développement de cas.

| | |
|------|---|
| A-21 | Une approche interprofessionnelle à la remédiation dans le cadre de l'enseignement de premier cycle : L'expérience du Programme en sciences en radiation médicale, le Michener Institute of Applied Health Sciences/la faculté de médecine de la University of Toronto <i>Ewa Szumacher, Cathryne Palmer, Anna Jarvis, Marc Potvin, University of Toronto</i> |
|------|---|

Les difficultés académiques nécessitant une remédiation exclusive et intense sont un problème peu courant mais très important dans plusieurs programmes professionnels de santé. Le Medical Radiation Sciences (MRS) Program, un programme collaboratif entre le Département de radio-oncologie de la Faculté de médecine de l'University of Toronto, et le Michener Institute for Applied Health Sciences, a vu le jour en 1999. Depuis sa mise en place, un certain nombre d'étudiants ont demandé à bénéficier de services de remédiation, principalement dans le cadre du volet clinique du Programme, mais également dans celui du volet didactique ou préclinique. Toutes les stratégies de remédiation n'ont pas atteint le résultat escompté et certains étudiants ont fini par être renvoyés. La littérature pédagogique renferme relativement peu de preuves concernant la nature des difficultés académiques auxquelles sont aux prises les étudiants du domaine des soins de santé et ce qui constitue un enseignement approprié en matière de remédiation. Cet atelier aide principalement les participants à mieux comprendre le processus de remédiation dans le cadre de l'enseignement de premier cycle à la lumière de l'expérience du Programme MRS. En outre, on discutera de stratégies et d'interventions de remédiation de même que de l'approche interprofessionnelle à la gestion et à la conception du plan de remédiation.

Objectifs :

Au terme du présent atelier, les participants seront en mesure : 1) de déterminer les causes courantes des difficultés académiques vécues par les étudiants dans les programmes professionnels d'éducation médicale de premier cycle, 2) de faire la différence entre les facilitateurs d'un enseignement fructueux en matière de remédiation et les obstacles au succès d'un tel enseignement, 3) de constater les avantages d'une approche interprofessionnelle fondée sur l'étudiant en ce qui a trait à l'élaboration de plans de remédiation, 4) de déterminer l'efficacité du processus de remédiation et des stratégies mises en œuvre à la lumière de l'expérience du Programme MRS, et 5) d'avoir recours à une approche inédite en utilisant le jeu théâtral pour améliorer les aptitudes à la communication et la sensibilisation aux cultures.

| | |
|------|--|
| A-22 | Trois modèles d'éducation médicale hors les murs – Urbain, rural, inter-provincial : Quel modèle convient à votre institution? <i>Joel Lanphear, Northern Ontario School of Medicine; Paul Grand'Maison, Université de Sherbrooke; Jay Rosenfield, University of Toronto</i> |
|------|--|

RAISON D'ÊTRE : Comme on fait de plus en plus pression au pays sur le fait qu'il faille éduquer et former davantage de médecins, les facultés de médecine canadiennes ont réagi en créant et en adoptant de nouveaux modèles d'éducation médicale au niveau du premier cycle. Incitées par le besoin d'augmenter la taille des groupes et d'offrir un contexte pédagogique répondant à la nouvelle demande, les facultés de médecine ont examiné des modèles d'éducation hors les murs dans des milieux urbains, ruraux et inter-provinciaux. Bien que ces contextes comportent d'importantes différences culturelles et environnementales, la création de programmes d'éducation hors les murs nécessite l'examen systématique d'une variété de facteurs, notamment : 1. Définir clairement ce qu'on entend par éducation médicale hors les murs dans le contexte d'une faculté de médecine précise. 2. Définir la communauté et les intervenants liés au contexte de la faculté de médecine en question. 3. Déterminer les principes pédagogiques clés des programmes d'éducation médicale hors les murs. 4. Déterminer les critères et le rôle des intervenants dans la création d'un système hors les murs. 5. Déterminer des méthodes et des approches pour communiquer avec les intervenants. 6. Déterminer une méthode d'évaluation des programmes pertinente afin de pouvoir procéder à une rétroaction quant à l'efficacité du programme. 7. Déterminer des moyens pour que les étudiants de divers endroits bénéficient de possibilités d'apprentissage comparables. 8. Identifier les composantes logistiques de la planification et de la mise en œuvre d'une expérience hors les murs. 9. Définir les paramètres du modèle pédagogique hors les murs

(c.-à-d., les cours, les stages, l'observation, etc.). 10. Déterminer les questions liées à la vie des étudiants et la manière dont on peut les traiter. 11. Définir les répercussions fiscales, les limites et les sources de financement relativement à un modèle d'éducation médicale hors les murs. 12. Définir les rôles, les droits, la responsabilité et les questions de gouvernance liées au corps professoral dans les emplacements hors les murs. 13. Déterminer si des activités de formation professorale sont requises et, le cas échéant, quelle est la nature de ces activités et sous quelle forme se présenteront les programmes de formation professorale. 14. Définir une structure organisationnelle pour appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'un système hors les murs. Toutes ces questions et bien d'autres doivent être étudiées dans le cadre du processus de décision entourant la création d'un modèle d'éducation médicale hors les murs au sein de nouvelles communautés qui n'ont peut-être jamais accueilli d'initiative d'éducation médicale dans le passé.

Objectifs :

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE : Au terme du présent atelier, les participants auront : 1. Déterminé un modèle d'éducation médicale hors les murs répondant le mieux possible aux besoins de leur établissement. 2. Auront classé par ordre de priorité une liste de mesures à prendre et de considérations dans leur démarche visant à créer le modèle d'éducation hors les murs. 3. Auront déterminé au moins quatre principes pédagogiques clés qui seront essentiels au développement de leur programme. 4. Auront discuté en petit groupe et résumé leurs discussions autour des principaux concepts susmentionnés. 5. Auront déterminé une structure organisationnelle pour appuyer le modèle.

| | |
|------|---|
| A-23 | Améliorer votre évaluation dans le cadre de la formation <i>Gary Cole, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; Brian Hodges, University of Toronto</i> |
|------|---|

Le domaine de l'éducation médicale met de plus en plus l'accent sur l'évaluation dans le cadre de la formation. Une bonne évaluation en cours de formation est essentielle à une éducation médicale efficace. Tant au niveau du premier cycle qu'au niveau post-doctoral, on devrait suivre certains principes fondamentaux relativement à l'établissement d'un système d'évaluation efficace dans le cadre de la formation et, selon votre rôle, des principes devant être suivis lorsqu'on traite avec des enseignants, des professionnels des soins de santé, des patients et de la famille. Il existe plusieurs outils d'évaluation possédant leurs forces et leurs faiblesses respectives. La formation professorale est importante, toute comme la collecte efficace et la documentation de renseignements. Les évaluations, tant formatives que sommatives, font partie de l'évaluation dans le cadre de la formation et nécessitent des approches, compétences et instruments différents. Ces enjeux et autres présentent des défis courants auxquels font face les enseignants et les directeurs de programmes, tant au premier cycle qu'à un niveau plus spécialisé. L'évaluation dans le cadre de la formation connaît une évolution en raison des nouvelles technologies et d'une meilleure compréhension des techniques et principes d'évaluation. Des conditions différentes comme celles de l'éducation hors les murs peuvent constituer des défis précis. Un partage de l'information concernant les défis et les solutions tant anciennes que nouvelles qui s'y rapportent permettra aux directeurs de programme et aux membres du corps professoral de procéder à des évaluations plus efficaces en cours de formation.

Objectifs :

Comprendre les principes courants et les défis précis que présente l'évaluation efficace en cours de formation tant au premier cycle qu'au niveau post-doctoral de l'éducation médicale et dans divers types de milieux d'apprentissage. Comprendre les pratiques efficaces, les technologies, tant anciennes que nouvelles, pour répondre aux défis que présente l'évaluation en cours de formation.

| | |
|------|--|
| A-24 | Enseigner l'art d'enseigner : Améliorer les compétences en enseignement des étudiants en médecine et des résidents <i>Linda Snell, Jeffrey Wiseman, Université McGill; John Spencer, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK</i> |
|------|--|

Presque tous les résidents et les étudiants en médecine devront, en temps voulu, enseigner à des futurs apprenants, à leurs collègues dans le cadre de programmes de formation continue, à leurs patients ou à d'autres professionnels de la santé. Les objectifs d'apprentissage des directives récentes en matière d'éducation, comme CanMEDS, ACGME et Tomorrow's Doctors (UK GMC) englobent des volets « aptitudes à enseigner » et « familiarisation avec l'apprentissage ». Les étudiants en médecine et les résidents ayant une meilleure compréhension de l'enseignement et des principes d'apprentissage peuvent s'avérer des communicateurs plus efficaces et de meilleurs apprenants. Malgré ces facteurs contraignants, les activités d'amélioration des aptitudes à enseigner ne sont pas présentes dans tous les programmes de résidence et elles diffèrent de par leur contenu et leur forme. En outre, seuls quelques programmes enseignant aux étudiants en médecine l'art d'enseigner sont décrits. Un programme d'amélioration des aptitudes à l'enseignement pourrait porter par exemple sur les thèmes suivants : principes d'enseignement aux adultes pour le contexte clinique, stratégies pour faciliter l'auto-apprentissage, planification d'une séance d'enseignement, stratégies d'enseignement en grand groupe, en petit groupe et en tête-à-tête, rétroaction, évaluation des apprenants, motivation des apprenants, etc. Les programmes ou activités actuels ayant porté fruit se présentaient sous des formes diverses : ateliers et demi-journées, séminaire ou série de conférences, événements à participation facultative ou cours sélectifs pour les étudiants; ils peuvent être ciblés vers des niveaux précis d'apprenants afin de porter sur leurs rôles d'enseignants actuels. Le succès des programmes d'amélioration des aptitudes à l'enseignement devrait être évalué. Cet atelier intéressera ceux qui travaillent dans des facultés offrant déjà aux étudiants ou aux résidents des programmes visant à améliorer les aptitudes à l'enseignement et ceux qui envisagent un tel programme. Références 1. Snell L. Planning and implementing a teaching skills program for residents. Book chapter In Residents' Teaching Skills. Edwards JC, Friedland J, Bing-You R. New York NY Springer 2002, p. 81-99. 2. Dandavino M, Snell L, Wiseman J. A teaching skills improvement program for medical students? Clinical Invest. Medicine, August 2004; 27(4):199. 3. Snell L & Friedland J. Residents as Teachers Guide to Planning and Implementing a Program. www.Welcome to the Residents' Teaching Skills Web Site, a collaboration with the Graduate Medical Education (GME) Section of the Association of American Medical Colleges (AAMC).htm 4. Busari JO, Scherpbier, Albert JJA. Why residents should teach: A literature review. J Postgrad. Me, 2004, 50(3) 205-19. 5. Wamsley M, Julian K, Wipf J. A Literature Review of Resident-as-Teacher Curricula Do Teaching Courses Make a Difference? J General Internal Medicine May 2004, 19:574-81. 6. Bardach NS, Vedanthan R, Haber RJ. 'Teaching to Teach': enhancing fourth year medical students' teaching skills. Medical Education 2003; 37:1031-2.

Objectifs :

Au terme du présent atelier, les participants seront en mesure de discuter des raisons pour lesquelles on devrait enseigner aux apprenants à enseigner, seront capables d'énoncer les étapes de la conception d'un programme visant à enseigner aux apprenants l'art d'enseigner. Ils auront partagé des idées concernant les meilleures pratiques et seront prêts à mettre sur pied ou améliorer un programme correspondant à leur propre contexte.

| | |
|------|--|
| A-25 | La conférence de famille : Un forum pour enseigner et évaluer la communication et la collaboration au sein de l'équipe <i>Sue Dojeiji, Anna Byszewski, Meridith Marks, Université d'Ottawa</i> |
|------|--|

En raison de la complexité grandissante des soins aux patients, le besoin de soins interprofessionnels, efficaces et centrés sur la personne se fait sentir. Les professionnels de la santé doivent perfectionner leurs compétences pour maximiser la manière dont ils coordonnent leur travail et collaborent au sein d'une équipe. Ils doivent également apprendre à optimiser le transfert de renseignements complexes aux patients et à leurs prestataires de soins. La conférence de famille est le forum par excellence pour les soins interdisciplinaires. Les conférences de famille regroupent les patients, leurs prestataires de soins et

les membres de l'équipe de professionnels de la santé traitants. Elles ont lieu pour plusieurs raisons : discussion des soins médicaux et des recommandations, planification de la sortie de l'hôpital et discussion entourant les questions de fin de vie. Ce forum favorisant l'interaction est utilisé couramment par les équipes de soins de santé allant de la médecine aigue et la chirurgie à la réadaptation en passant par les soins palliatifs. La documentation insiste sur l'importance des conférences de famille, mais les lignes directrices propres au contenu essentiel et au processus entourant ces rencontres sont limitées et anecdotiques. Certaines des compétences requises en matière de travail interprofessionnel comprennent la communication efficace entre les membres de l'équipe, le soutien mutuel, la participation efficace, la prise de décisions conjointe, l'éclaircissement des objectifs et le respect démontré à l'égard des autres professionnels de la santé et de leurs rôles respectifs. Il faut maîtriser ces compétences pour contribuer efficacement aux conférences de famille. En tant qu'activité interprofessionnelle collaborative discrète, la conférence de famille se veut un forum idéal pour enseigner aux étudiants et aux résidents les compétences liées à la communication et à la collaboration au sein d'une équipe de soins de santé. Cet atelier fournira aux participants une méthode pour enseigner et évaluer le rendement dans le cadre de la conférence de famille. Références : 1. Frank JR (Ed). 2005. Le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. Ottawa : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2. Headrick LA, Wilcox M, Batalden B, Interprofessional working and continuing medical education, *BMJ* 1998;316: 771- 774. 3. Hansen p, Cornish P, Kayser K, Family conferences as forums for decision making in hospital settings, *Social Work in Health Care* 1998; 27(3), 57-73. 4. Molloy W, Cranney A, Krajewski A, Lever J, Orange JB, Davidson W. The Family conference in Geriatrics. *Le médecin de famille canadien* 1992 ; 38, 585-8. 5. Taggar S, Brown T. Problem solving team behaviors. *Small Group Research* 2001; 32(6):698-726.

Objectifs :

Au terme du présent atelier sur les conférences de famille, les participants seront en mesure : 1. de comparer et d'opposer les soins multi-disciplinaires et inter-disciplinaires. 2. de donner des comportements essentiels observables en matière de communication et de collaboration pouvant être enseignés et évalués dans le contexte d'une conférence de famille.

| | |
|------|---|
| A-26 | <p>Enseigner pour transformer et inspirer : Rechercher l'occasion <i>Sarah Jarman, University of Western Ontario; Melissa Andrew, Queen's University; Lisa VanBussel, University of Western Ontario</i></p> |
|------|---|

Dans le cadre du domaine des soins de santé en pleine transition, les paradigmes en matière de leadership et d'éducation au sein desquels nous travaillons changent à une vitesse sans précédent. Avec les changements continus sur les plans de la pratique et de l'organisation, on réalise de plus en plus l'importance des modèles collaboratifs d'interaction qui mettent l'accent sur les besoins divergents de l'apprenant, et le contexte dans lequel se produit l'interaction. Les éducateurs de tous les niveaux commencent à comprendre la nécessité pour les étudiants d'acquérir de l'expertise dans plusieurs rôles du médecin, notamment ceux d'expert médical, d'érudit, de collaborateur et de gestionnaire (CanMEDS 2005). Cependant, les méthodes pour aider les stagiaires à développer ces rôles sont souvent confuses et les enseignants se sentent souvent mal préparés pour enseigner dans des domaines tels que le leadership et la gestion. Cet atelier désire aider les participants à explorer le concept voulant que plusieurs des compétences développées en tant qu'éducateur peuvent être appliquées au leadership et vice-versa. Par le biais de l'exploration de trois modèles théoriques dans le cadre du leadership et de l'éducation, les participants examineront leurs propres styles d'enseignement et de leadership et élaboreront certaines approches éducatives à utiliser dans leur enseignement au quotidien. 1. Bass, B.M. 1985. *Leadership and Performance Beyond Expectations*. Free Press. New York. 2. Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row. 3. Collins, A., Brown, J. S., & Newman, S. E. (1989). Cognitive apprenticeship: Teaching the crafts of reading, writing, and mathematics. In L. B. Resnick (Ed.), *Knowing, learning, and instruction: Essays in honor of Robert Glaser* (pp. 453-494). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 4. Hersey, P. & Blanchard, K. 1969a. Life-cycle Theory of Leadership. *Training and Development Journal*, 23: 26-34. 5. Tichy, Noel, and Cohen, Eli. *Building Leaders at Every Level*. Plano, Texas: Pritchett Rummler-Brache, 1998.

Objectifs :

- Décrire trois différents modèles de développement du leadership et énumérer les méthodes spécifiques utilisées dans le cadre de chacun d'entre eux pour faciliter le développement de compétences en matière de leadership – Comparer et opposer les rôles de leader et d'enseignant – Élaborer une stratégie efficace en la matière.

| | |
|------|---|
| A-27 | Les humanités médicales au Canada : Un atelier de développement <i>Marcel D'Eon, University of Saskatchewan; Monica Kidd, Memorial University of Newfoundland</i> |
|------|---|

Un des buts généralement formulés des humanités médicales est de former des médecins compatissants et humains, bien qu'il existe certaines divergences d'opinion entre les éducateurs canadiens (Kidd, 2006). En raison de l'inlassable dépersonnalisation de notre époque, les patients risquent d'être traités comme un ensemble d'organes et de systèmes malades. Le domaine des humanités médicales contribue à la compréhension de la condition humaine (philosophie, déontologie, histoire, anthropologie, sociologie, littérature de même que les arts visuels et les arts de la scène pour ne nommer que quelques exemples) et peut ralentir ou renverser ce processus. En outre, certaines revendications controversées ont été faites quant à l'efficacité de l'enseignement dans le cadre des humanités. Cet objectif a pour but de mieux (1) définir les humanités médicales, (2) articuler le(s) but(s) et la portée de la formation en matière d'humanités, (3) identifier les défis que présente la formation dans le domaine des humanités et (4) envisager des moyens pour évaluer les résultats de la formation relative aux humanités médicales.

Objectifs :

1. Définir et décrire les humanités médicales 2. Décrire le(s) but(s) de la formation dans le domaine des humanités médicales. 3. Décrire des moyens pour évaluer les résultats des humanités médicales. 4. Créer des façons de rendre l'enseignement des humanités médicales plus efficace au Canada et dans les établissements que fréquentent les participants.