

ELABORER UN CURRICULUM DE FORMATION MÉDICALE ADAPTE AUX BESOINS DE LA POPULATION / COMMUNAUTÉ

Texte élaboré après participation aux XIV^e Journées Universitaires de Pédagogie Médicale de la CIDMEF, Ouagadougou, Burkina Faso, 2 au 5 avril 2001. Le texte initial a été présenté le 5 avril 2001 lors de la session plénière intitulée : "Comment centrer la formation sur les besoins de santé de la population / communauté ?".

INTRODUCTION

L'élaboration d'un curriculum de formation médicale inclut l'identification des besoins, l'élaboration des objectifs d'apprentissage, la mise en place de stratégies et de méthodes pédagogiques favorisant l'atteinte par les étudiants de ces objectifs, l'évaluation des étudiants, des professeurs et des programmes. La coordination de l'ensemble de ces tâches assure la qualité pédagogique du curriculum.

Néanmoins, la formation médicale n'existe pas dans un vacuum mais bien dans une société dont elle doit répondre aux besoins et à qui elle doit rendre des comptes. Est-ce que le curriculum de formation médicale est adapté et répond de façon optimale aux besoins de santé des personnes et des communautés que la Faculté de Médecine a le mandat de servir ? Est-ce que les médecins formés possèdent les compétences, les habiletés, les attitudes et les valeurs pour répondre le mieux possible à ces besoins ? Encore mieux, est-ce qu'ils peuvent agir comme chef de file dans l'organisation du système de santé permettant une réponse optimale à ces besoins ? La réponse à ces questions assure la pertinence du curriculum.

Le présent texte permettra aux lecteurs de comprendre certains éléments qui sous-tendent les concepts de la responsabilité sociale et de l'imputabilité des facultés de médecine en regard de leur réponse aux besoins des sociétés qu'elles doivent servir et de prendre connaissance de quelques-uns des facteurs qui déterminent le niveau d'adaptation des curriculums aux besoins de la population/communauté.

1. RESPONSABILITE/IMPUTABILITE SOCIALE ET EDUCATION MEDICALE

L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît que les institutions académiques telles que les Facultés de Médecine sont responsables et imputables de leurs actions envers la société qu'elles servent.^{1,2,3} La responsabilité sociale des Facultés représente leur «obligation d'axer leurs activités d'enseignement, de recherche et de service sur les besoins de santé prioritaires de la communauté, de la région et de la nation qu'elles ont le mandat de servir». ² Les Facultés, de concert avec les gouvernements, les organismes de santé, les professionnels de la santé et la communauté elle-même doivent collaborer à assurer une meilleure connaissance de ces besoins mais surtout à en assurer une meilleure réponse. De

par leur imputabilité sociale, les Facultés ont aussi la responsabilité de rendre des comptes en regard de leur capacité par leurs activités à répondre à ces besoins.

Les Facultés de Médecine peuvent prendre des positions différentes de réceptivité à ces besoins.³ En position de neutralité, elles peuvent mettre en place leurs activités sans vraiment considérer les besoins des individus, des familles et des communautés. Plus réactives, d'autres facultés peuvent adopter une mission explicite par laquelle elles s'engagent à mieux identifier ces besoins et à y répondre en adaptant de façon variable leurs programmes d'enseignement ainsi que les activités de recherche et de service. Les Facultés peuvent aller encore plus loin et adopter une position de pro-activité ; en plus d'adapter leurs activités aux besoins, les Facultés anticipent alors ces besoins et les défis futurs qu'ils sous-tendent, contribuent activement au développement d'approches novatrices de soins de santé répondant mieux aux besoins des personnes et des populations, forment leurs gradués à œuvrer à l'implantation de ces approches et des systèmes de santé de demain et même à y agir comme chefs de file.

L'éducation représente l'art et la science de préparer les personnes à fonctionner adéquatement dans la société.³ Pour atteindre cet objectif, l'éducation doit donc s'assurer que les personnes formées auront les habiletés et les compétences attendues pour répondre aux besoins des personnes et des populations, qu'elles pourront exercer leurs habiletés et compétences dans un environnement qui les considérera comme applicables et pertinentes et que finalement ces habiletés et compétences seront complémentaires à celles d'autres intervenants.³ Les curriculums doivent donc offrir aux apprenants une série organisée d'opportunités et d'activités pour atteindre ces objectifs.

Traditionnellement, l'éducation médicale est orientée vers la santé, certains diront plutôt la maladie, de patients individuels et est fortement influencée par la disponibilité des nouvelles connaissances et technologies tout comme par la spécialisation. Le curriculum qui en résulte est souvent surchargé de faits, centré sur la maladie seulement et trop souvent développé selon les intérêts des enseignants. L'éducation médicale qui tient compte des besoins de santé des personnes et des populations adopte quant à elle une vision plus globale de la santé et, tout en considérant les individus, prend en compte l'environnement dans lequel ils vivent. Le curriculum est centré sur le patient et la population, est orienté vers les besoins prioritaires de ceux-ci, et cible le développement de compétences complexes et des rôles professionnels plutôt que la simple acquisition des faits. Un tel curriculum, centré sur la demande et une vision globale de la santé⁴, permet donc de mieux répondre aux besoins de la population/communauté.

2. UN CURRICULUM ADAPTE AUX BESOINS : FACTEURS DETERMINANTS

Les facteurs déterminants pour la mise en place d'un curriculum adapté aux besoins de la population/communauté sont multiples; ils ne peuvent tous faire l'objet d'une description, même brève, dans le présent document. Certains de ces facteurs nous apparaissent les plus importants et seront brièvement discutés. Ils sont résumés au tableau I.

Tableau I :

**Facteurs déterminants pour un curriculum adapté
aux besoins de la population/communauté**

1. DIRECTION

- Un objectif clair : répondre aux besoins
- Des valeurs
- La responsabilité envers une population/communauté
- Une intégration de la santé individuelle et de la santé populationnelle

2. PLANIFICATION

- L'approche par compétences
- Le développement de rôles professionnels
- Un contenu guidé par les besoins et problèmes prioritaires de santé
- La convergence entre l'éducation, la pratique et le système de santé

3. IMPLANTATION

- Des approches éducatives qui maximisent l'intégration
- L'utilisation de milieux de formation variés
- La préparation des professeurs

4. EVALUATION

- Evaluation des étudiants
- Evaluation du programme
- Accréditation des facultés

2.1 Facteurs reliés à la direction de la Faculté

Sans un engagement précis de la direction de la Faculté, l'objectif de l'adaptation du curriculum aux besoins de la population/communauté est presque toujours voué à l'échec. La direction, par la mission de la faculté qu'elle met de l'avant, doit confirmer clairement cet objectif et mettre en place les actions nécessaires pour l'atteindre.

Le partage par l'ensemble des intervenants de valeurs communes est aussi primordial. L'Organisation Mondiale de la Santé propose à cet effet quatre valeurs de référence de base pour un système de santé qui doivent être maintenues en équilibre pour répondre de façon optimale aux besoins des populations : la **qualité**, des services surs et gérés selon les normes professionnelles reconnues et assurant la satisfaction des patients ; l'**équité**, pour que chaque individu dans une population donnée ait les mêmes opportunités de bien-être ; la **pertinence**, pour que les priorités soient fixées en fonction de la prévalence et l'urgence des besoins ainsi que de la possibilité d'impact des interventions à leur sujet ; l'**efficience**, pour une utilisation optimale et la plus avantageuse possible des ressources disponibles.^{2,3}

Les Facultés de Médecine aiment pouvoir affirmer que leurs graduées peuvent s'installer partout dans le monde et ainsi répondre aux besoins de toute population. Cependant, les besoins des populations sont variables selon leur localisation (continent, pays, ville, campagne, etc.) et selon les conditions socio-sanitaires des individus qui les composent. La mise en place d'un curriculum adapté aux besoins nécessite donc de la part de la faculté l'engagement de sa responsabilité envers une population/communauté définie, soit habituellement celle de sa ou ses régions d'influence.

Finalement, il doit être clairement stipulé qu'à l'intérieur du curriculum les perspectives communautaires et populationnelles sont considérées en complémentarité avec les perspectives individuelle. La corrélation étroite qui existe la santé personnelle et l'environnement et le style de vie, l'interdépendance des effets des approches individuelles et communautaires et la complémentarité entre les soins préventifs et curatifs soutiennent la nécessité d'une telle complémentarité qui représente quant à elle la fondation pour répondre optimalement aux besoins³.

2.2 Facteurs reliés à la planification du curriculum

Alors que l'approche par objectifs a été l'approche privilégiée des années 60 et 70, c'est l'approche par compétences fondées sur les tâches professionnelles à accomplir qui est de plus en plus privilégiée par les chefs de file en éducation médicale et en psychologie cognitive. Contrairement à l'approche par objectifs, qui trop souvent a entraîné une approche réductionniste de l'apprentissage de la médecine et des curriculums, l'approche par compétences reconnaît la complexité de la pratique médicale de qualité. Les compétences sont fondées sur les tâches professionnelles qu'auront à accomplir les gradués, incluent à la fois des connaissances déclaratives (le quoi), conditionnelles (le pourquoi et le quand) et procédurales (le comment), et tiennent compte de l'environnement et des considérations éthiques.⁵ On met donc ici l'emphase sur les actions futures des professionnels et sur l'ensemble intégré de leurs connaissances, aptitudes, attitudes, valeurs et jugement.

De façon concrète, ces compétences se traduisent de façon concrète dans des rôles professionnels précis et déterminés selon les tâches à accomplir et les besoins de la population/communauté. Le tableau II donne la liste des cinq rôles professionnels identifiés par l'O.M.S. selon le concept du "médecin cinq étoiles"^{1,2,3}. Il inclut aussi les sept rôles identifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada dans son projet CanMEDS 2000⁶. De façon générale, ces rôles comprennent les suivants :

- un médecin expert-clinicien capable de dispenser des soins de qualité et capable de prendre des décisions dans le meilleur intérêt des patients et des communautés ;
- un médecin compréhensif et capable de communiquer efficacement avec les personnes avec qui il interagit et de leur offrir des activités d'éducation de santé ;
- un gestionnaire et utilisateur de ressources de façon efficace et efficiente ;
- un collaborateur capable de travailler de façon harmonieuse et productive avec ses collègues, d'autres professionnels de la santé, le patient et sa famille;

- une personne capable d'exercer un leadership au sein de sa communauté pour initier des actions visant l'amélioration de la santé de la population ou influencer les intervenants responsables de le faire ;
- un scientifique capable d'auto-apprentissage et de formation continue dans toute sa vie professionnelle et offrant des soins fondés sur les évidences ;
- un individu qui démontre des valeurs professionnelles d'humanisme, de compassion et de responsabilité.

Tableau II :

Rôles professionnels à développer

MD 5 étoiles de l'O.M.S.	CanMEDS 2000
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Un dispensateur de soins ♦ Un décideur ♦ Un communicateur ♦ Un leader dans sa communauté ♦ Un gestionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Un expert en décision clinique médicale ♦ Un communicateur ♦ Un collaborateur ♦ Un gestionnaire ♦ Un promoteur de la santé ♦ Un scientifique ♦ Un professionnel

Tous ces rôles sont complémentaires. Le médecin doit posséder à la fois une expertise de contenu, i.e. maîtrise des connaissances, des concepts, des méthodologies et des outils, et une expertise d'interaction, i.e. capacité d'agir avec le patient et sa famille, d'autres professionnels de la santé et même avec des personnes oeuvrant dans des domaines plus larges de développement. Expert dans l'approche individuelle, i.e. le diagnostic et le traitement dans une relation un à un, il doit aussi posséder une expertise communautaire, i.e. l'identification des besoins prioritaires, la prise en compte de l'environnement et des déterminants de la santé, la mise en place d'interventions de prévention et de promotion de la santé, la considération de sa responsabilité pour l'ensemble d'une population.

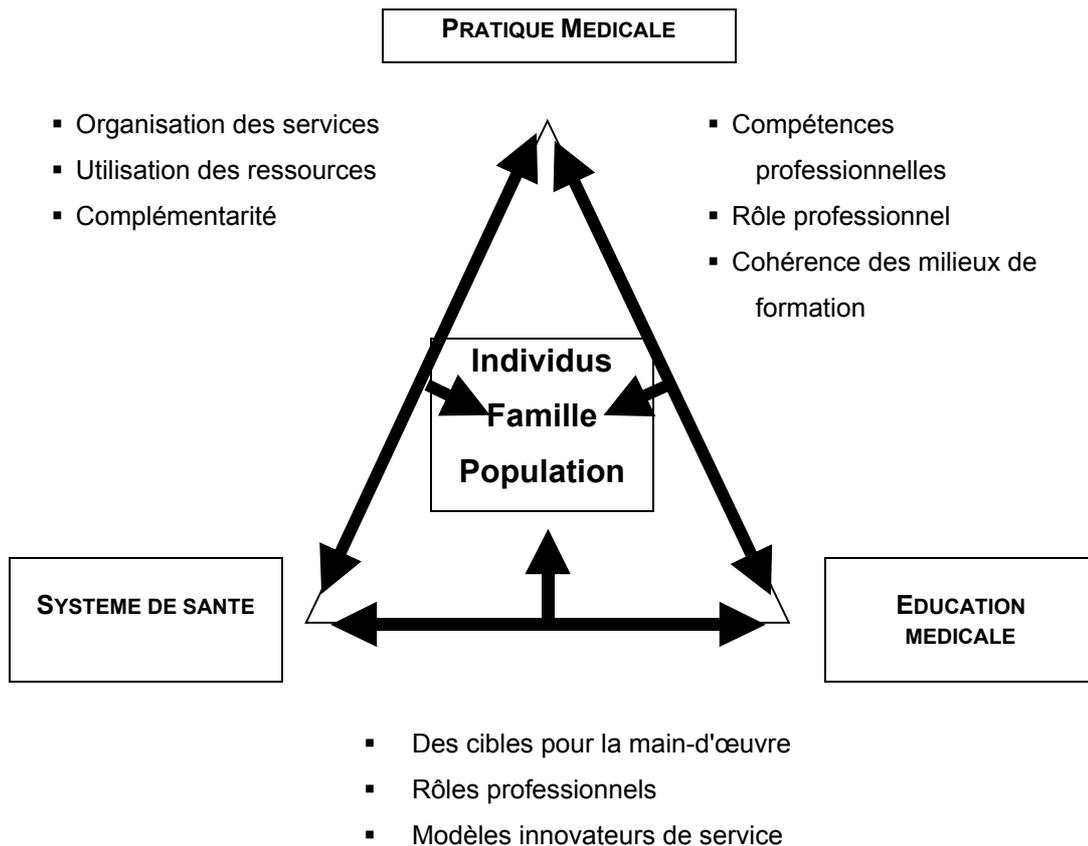
Les besoins et problèmes prioritaires des populations ou communautés dont les facultés de médecine sont responsables doivent guider le contenu du curriculum.^{4,5,7,8,9} À partir d'analyses des problèmes et des politiques de santé, il est possible de prioriser les besoins de la population à l'aide de formules flexibles et adaptées au milieu : les critères peuvent être quantitatifs (incidence, prévalence, taux de mortalité, coûts de santé, etc.) et qualitatifs (gravité, efficacité, efficience, urgence, etc.). Pour que la priorisation identifiée soit acceptée par tous, les critères utilisés doivent être prédéterminés et acceptés par tous les intervenants.

L'éducation médicale et les curriculums doivent être en interaction constante et étroite avec la pratique professionnelle et le système de santé. Cette interaction entraîne une convergence de buts et d'actions et conséquemment une

réponse optimale aux besoins^{1,3,10}. La figure 1 représente cette interaction et identifie quelques-uns des éléments de convergence qui existent entre chacun des pôles. Les Facultés de Médecine, tenant compte de l'ensemble de leurs fonctions et de leur potentiel, sont souvent dans une position privilégiée pour créer les synergies nécessaires avec les professionnels en exercice et le système de santé afin d'atteindre une réponse optimale aux besoins des personnes et des populations.

Figure 1 :

Convergence vers un but commun



2.3 Facteurs reliés à l'implantation du curriculum

La fragmentation est un piège qui guette l'implantation du curriculum tout comme sa planification. Les approches éducatives utilisées doivent maximiser l'approche globale des problèmes, le développement des compétences professionnelles et l'acquisition de façon intégrée des habiletés reliées aux rôles professionnels attendus. L'enseignement par systèmes intégrés, l'apprentissage

par problèmes, l'apprentissage expérientiel et la mise en situation clinique réelle représentent quelques-unes de ces approches.

La population reçoit ses soins et services de santé à partir de milieux de soins variés et complémentaires. Ce n'est qu'en offrant la possibilité aux étudiants d'expérimenter durant leur formation cet éventail large de milieux de soins qu'un curriculum peut vraiment prétendre répondre de façon optimale aux besoins de la population/communauté. C'est ici que le concept de "l'éducation fondée sur la communauté" (community-based education, utilisé en anglais) prend toute sa force^{11,12}. Ce concept comprend trois éléments prioritaires : une éducation vers la communauté, i.e. orientée et mettant l'emphase sur les besoins de santé prioritaires des patients et des communautés; une éducation dans la communauté utilisant des milieux multiples, variés et représentatifs de l'éventail des milieux futurs de pratique des gradués; une éducation avec la communauté qui inclut la participation active des membres et ressources de la communauté. Cette approche permet aux facultés et étudiants de mieux percevoir les besoins des populations/communautés, d'augmenter la pertinence de la formation, de développer chez les futurs gradués certaines compétences plus difficilement acquises dans les milieux de soins tertiaires et surtout d'expérimenter des milieux de pratique où plusieurs d'entre eux oeuvreront plus tard.

La formation professorale est, quant à elle, un pré requis essentiel et incontournable à la mise en place d'un curriculum renouvelé¹³. Elle inclut la formation pédagogique des professeurs leur assurant l'acquisition d'habiletés pédagogiques spécifiques et d'une nouvelle philosophie éducative. À certaines occasions les professeurs auront aussi à parfaire leur formation sur des contenus et habiletés spécifiques reliés au concept de la formation et la pratique professionnelle orientées vers les besoins des communautés. Le modèle de rôle des professeurs est un outil puissant et doit être utilisé.

2.4 Évaluation

Si l'adage "l'évaluation dirige le curriculum est vrai, l'évaluation des étudiants doit être en parallèle avec les objectifs poursuivis. Son contenu doit être orienté vers les problèmes prioritaires de santé de la population/communauté, et non selon les intérêts particuliers des professeurs comme on le retrouve trop souvent dans nos examens facultaires. Les méthodes d'évaluation utilisées doivent elles aussi être adaptées ; elles doivent maximiser l'observation directe des étudiants dans l'accomplissement de leurs tâches professionnelles et mesurer de façon optimale leur capacité de raisonnement clinique. Les approches par projet et travaux d'équipe, l'observation de la performance dans les milieux cliniques, les examens cliniques objectifs et structurés ne sont que quelques-unes des méthodes pouvant être utilisées.

L'évaluation du curriculum en regard de son adaptation aux besoins de la population/communauté est aussi nécessaire. Elle doit inclure l'évaluation du processus curriculaire, i.e. objectifs, contenu, modalités de planification et d'implantation, etc. Elle doit aussi en inclure l'évaluation des résultats : le développement des compétences chez les étudiants et, à long terme, l'apparition de changements de la situation de santé de la population, principalement en

regard de ses problèmes prioritaires, de la pratique professionnelle et même du système de santé dans son ensemble.

La capacité d'un curriculum et d'une Faculté à répondre aux besoins de la population/communauté devrait finalement faire partie des critères servant à l'accréditation des facultés. Il est à espérer que dans un futur rapproché, les organismes d'accréditation des facultés de médecine les incluront dans leur liste de critères.

CONCLUSION

Les Facultés de Médecine sont imputables (elles doivent rendre des comptes) de leur responsabilité sociale et de leur capacité à être réceptives et à répondre aux besoins de la société, plus spécifiquement des populations/communautés qu'elles ont à servir. Les Facultés de Médecine sont dans une position privilégiée pour soutenir la mise en place de systèmes novateurs de prestation de services de santé et de pratique professionnelle qui répondent de façon optimale aux besoins des populations. Une de leurs premières actions à cet effet est celle d'orienter et d'élaborer leur curriculum de formation selon ces besoins tenant compte de façon complémentaire de l'expertise pédagogique de leurs professeurs et de leurs ressources.

Élaborer un curriculum adapté aux besoins de la population/communauté nécessite pour certaines de nos facultés de médecine un changement majeur d'orientation. Plus qu'un changement de contenu et même de méthodes pédagogiques, la mise en place d'un curriculum adapté aux besoins de la population/communauté nécessite un changement de culture et de philosophie tout comme un engagement clair envers des valeurs nouvelles mises de l'avant par la direction facultaire et partagées par l'ensemble des intervenants. Engagée envers une population/communauté définie et réceptive à ses besoins pour y répondre de façon optimale, la faculté doit modifier en conséquence son curriculum en regard des objectifs poursuivis, des contenus à inclure, des compétences et rôles professionnelles à développer, des modalités pédagogiques à utiliser et de l'évaluation des étudiants à effectuer. Une faculté pleinement engagée à répondre aux besoins de la population/communauté qu'elle dessert doit donc accepter d'évoluer, de réexaminer sa mission et ses actions, de faire preuve de transparence dans l'évaluation de ses propres interventions et surtout de rendre compte de celles-ci en regard des objectifs poursuivis. Ce n'est que de cette façon que l'éducation médicale jouera pleinement son rôle de leadership pour contribuer à l'évolution du système de santé et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

RÉFÉRENCES

1. BOELEN C. *Medical Education Reform : The Need for Global Action*. Academic Medicine. 1992; 67(11) : 745-749.
2. *Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools*. Geneva. World Health Organization. 1995. Document non publié SHO/HRH/95.7; disponible sur demande auprès du département sur l'organisation de la prestation des sciences de santé, Organisation mondiale de la santé, 1211 Genève 27, Suisse.
3. BOELEN C. *Towards Unity for Health : Challenges and Opportunities for Partnership in Health Development/A working Paper*. Genève. 2000. Organisation mondiale de la santé. 84p.
4. NEUFELD V., PICKERING R., SIMPSON J. *Priority Health Problems in the Education of Health Professionals*. Maastricht. 1997. Network Publications. 127p.
5. TARDIF J. *Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive*. Montréal. Canada. 1992. Les Éditions LOGIQUES, 472 p.
6. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *CanMEDS 2000 : Extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report*. Medical Teacher. 2000; 22(6) : 549-554.
7. GINZBERT E. *Medical Education and the Needs of the Public*. Academic Medicine. 1997; 72(8) : 663-665.
8. MAUDSLEY R.F. *Content in Context : Medical Education and Society's Needs*. Academic Medicine. 1999; 74(2) : 143-145.
9. GASTEL B., WILSON M.P., BOELEN C. *Toward a Global Consensus on Quality Medical Education : Serving the Needs of Populations and Individuals*. Proceedings of the 1994 World Health Organization / Educational Commission for Foreign Medical Graduates Invitational Consultation. Geneva. october 3-6, 1994. Academic Medicine. 1995; 70(7), Suppl. : 90 p.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Priorities at the interface of health care, medical practice and medical education*. Report of the global conference on international collaboration on medical education and practice. Geneva, Switzerland. 1995. World Health Organization. 127p.
11. SCHMIDT H., MAGZOUB M.E., FELETTI G., NOOMAN Z., VLUGGEN P. *Handbook of Community-Based Education : Theories and Practices*. Maastricht, Netherlands, 2000. Network Publications. 474 p.
12. MAGZOUB M.E. *Studies in Community-based Education*. Maastricht, Netherlands, 1994. Uniprint/Universitaire Drukkerij, Maastricht. 130 p.
13. GRAND'MAISON P., DES MARCHAIS J.E. *Former les enseignants à une pédagogie centrée sur l'étudiant*. Apprendre à devenir médecin : un bilan d'un changement pédagogique centré sur l'étudiant. Sherbrooke, Canada. 1996. Université de Sherbrooke. 418 p.

Paul GRAND'MAISON, MD, M.Sc., FCFMC

Vice-doyen à la communauté et Secrétaire

Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke

3001, 12^{ème} avenue nord

Sherbrooke (Québec) Canada J1H 5N4

Téléphone : 819-564-5204

Télécopieur : 819-564-5378

Courriel : pgmaison@courrier.usherb.ca