

## Consultations CanMEDS – Résultats à ce jour

### Quelles consultations a-t-on déjà réalisées?

- Automne 2021 – Sondage sur les concepts émergents, revue de la littérature et analyse contextuelle
- 2022 – Mise sur pied du Comité directeur CanMEDS et du Comité consultatif national
- 2022 – Consultation auprès des membres des groupes d'expertise, des panels en ligne et du cercle d'apprentissage autochtone
- 2023 – Webinaires bilingues sur CanMEDS et rapports provisoires des groupes d'expertise
- En cours – Consultation publique



Le référentiel actuel compte 7 rôles, 27 capacités et 89 manifestations.

Les rôles sont les suivants : expert médical, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit et professionnel.

Les concepts émergents suivants sont à l'étude : lutte contre le racisme; équité, diversité et inclusion; humanisme; santé planétaire (crise climatique et écologique); soins virtuels; médecine fondée sur les données.

### Recommandations communes à ce jour

- Ajouter 15 capacités et 70 manifestations au référentiel révisé. Les concepts les plus importants sont la lutte contre le racisme, l'équité, la diversité, l'inclusion, l'identité autochtone et l'accessibilité (EDI/AA), la lutte contre l'oppression, la lutte contre les différences en matière de pouvoirs, la hiérarchie et le patriarcat ainsi que la sécurisation culturelle.
- Réviser le « schéma » CanMEDS. Quel(s) rôle(s) devrait-on mettre au cœur de ce référentiel? Comment pourrait-on éviter les liens hiérarchiques?

- Déterminer s'il faut continuer de désigner les rôles par des noms (p. ex. professionnel, leader) ou leur préférer des actions ou caractéristiques (p. ex. professionnalisme, leadership) notamment pour rendre la traduction française inclusive.
- Améliorer les échanges au sujet de chaque rôle et des liens entre eux.
- Éliminer les termes et concepts désuets.
- Ajouter un glossaire des termes clés.
- Reconnaître les aspects complexes à petite et à grande échelle et s'y attaquer.
- Accorder de l'importance à la collaboration et à la prise de décisions par consensus.
- Communiquer davantage entre collègues dans le milieu de travail.
- Retirer les mots « de la santé » (*Health*) du rôle « promoteur de la santé » (*Health Advocate*).
- Remplacer le terme « altruisme ».
- Mettre davantage l'accent sur le volet « gestion » du rôle de leader.
- Ajouter les rôles d'« éducateur » et de « médecin en tant que personne » pour couvrir les concepts d'identité professionnelle et l'importance des valeurs personnelles qui influencent l'identité, l'apprentissage et les soins.

## Prochaines étapes

2023-2024 – Poursuite des consultations

2025 – Diffusion de l'ébauche du référentiel pour recueillir les commentaires

2026 – Lancement du nouveau référentiel auprès des ressources de perfectionnement du corps professoral

2026-2027 – Soutien continu à la mise en œuvre du référentiel

**Sommes-nous sur la bonne voie?** Si nous avons négligé quelque chose, faites-le nous savoir en participant à la [consultation publique sur le projet CanMEDS](#).

Pour de plus amples renseignements sur le processus de consultation et les résultats à ce jour, consultez le *Rapport d'analyse du projet CanMEDS* ci-dessous.

**Rapport d'analyse du projet CanMEDS**  
**Résumé exécutif**  
**Octobre 2023**

**Contexte**

Le Référentiel de compétences CanMEDS pour les médecins donne un aperçu des compétences que doivent posséder chaque médecin et chaque membre du corps étudiant en médecine au Canada. Ce référentiel s'applique tout au long du parcours des médecins : de l'école de médecine à la pratique en passant par la résidence. CanMEDS est actualisé sur une base régulière. La mise à jour en cours a été amorcée en 2022 et les travaux suivants ont déjà été réalisés :

- a) examen des concepts nouveaux ou émergents pouvant avoir une incidence sur l'avenir de la formation et de la pratique des médecins, publié dans la *Revue canadienne de l'éducation médicale* (2022-2023);
- b) travaux initiaux de 13 groupes d'expertise, chacun comptant des professionnelles de la santé, des apprenant·es, des expert·es en la matière et des membres de groupes concernés.

Des groupes d'expertise sont affectés aux sept rôles du référentiel CanMEDS initial (expert médical, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit et professionnel), et d'autres se consacrent à six des onze thèmes cernés par le sondage mentionné plus haut (lutte contre le racisme, médecine fondée sur les données, équité, diversité et inclusion, humanisme, santé planétaire et soins virtuels). On a jugé que l'ajout de ces concepts émergents à la formation et aux soins de santé influencerait les révisions du référentiel CanMEDS et permettrait de l'actualiser en l'alignant sur les enjeux sociaux actuels.

Afin de faciliter la tâche aux groupes d'expertise, chacun d'eux a été invité à fournir un rapport provisoire décrivant les travaux qu'il avait réalisés pendant le premier semestre de 2023. Ces résultats seront communiqués aux autres groupes afin de faciliter l'intégration des nouveaux concepts et la révision des compétences actuelles. La synthèse qui suit examine les rapports provisoires de ces groupes d'expertise.

## **Synthèse des rapports provisoires du projet CanMEDS**

Linda Snell, MD, MHPE, FRCPC, MACP, FRCPC (London)

### **Aperçu des documents et des questions**

Les groupes de travail affectés aux rôles CanMEDS devaient répondre aux questions suivantes dans leurs rapports : Quels changements majeurs recommande-t-on? Existe-t-il des liens nouveaux ou différents avec d'autres rôles CanMEDS? Quels sont les concepts émergents particulièrement pertinents et en quoi le sont-ils? Y a-t-il des questions ou des points de discussion en suspens? Y a-t-il des questions pour leur panel en ligne? Quels sont les commentaires généraux?

Les rapports provisoires consacrés aux six thèmes devaient répondre aux questions suivantes : Quels sont les thèmes et définitions clés? Dans quelle partie du référentiel CanMEDS actuel ce concept est-il particulièrement pertinent, et pour quelles raisons? Quelles modifications recommande-t-on d'apporter aux capacités et manifestations du référentiel 2015? Quelles nouvelles capacités et manifestations recommande-t-on? Quelles trois grandes priorités la première ébauche devrait-elle refléter? Y a-t-il des questions ou points de discussion en suspens? Quels sont les commentaires généraux?

### **Méthodes**

Les données quantitatives (p. ex. fréquence des commentaires, nombre de nouvelles capacités ou manifestations proposées) ainsi que les données descriptives ont été examinées dans le cadre d'une analyse thématique\* de cette composante qualitative. L'analyse thématique comportait plusieurs lectures approfondies de tous les documents ainsi que des codages inductifs et déductifs primaires, suivis par la définition des thèmes et des liens. Issue du milieu de la formation clinique, la personne qui a procédé à l'analyse qualitative est rompue à l'utilisation du référentiel CanMEDS et de l'approche par compétences en formation grâce à son travail de supervision clinique, d'élaboration de programmes d'études et de collaboration et révision dans le cadre des versions antérieures de CanMEDS. Cette personne s'est efforcée de repérer et d'atténuer les biais que cette expérience aurait pu introduire.

### **Résultats**

Les rapports des groupes d'expertise affectés aux sept rôles CanMEDS ont abordé directement les questions ci-dessus. Les rapports des groupes couvrant les six thèmes étaient plus variés sur le plan de la présentation, de la longueur et du contenu. Par ailleurs, les groupes n'ont pas tous proposé de réviser les compétences.

On a toutefois constaté des thèmes communs en ce qui concerne le *contenu* d'un référentiel actualisé. En ce qui concerne le contenu nouveau ou révisé, le thème le plus important et le plus souvent recommandé était l'intégration de concepts comme la lutte contre le racisme, l'EDI/AA, la santé des Autochtones, la lutte contre l'oppression, la lutte contre les différences de pouvoirs, la hiérarchie et le patriarcat ainsi que la sécurisation culturelle. Le deuxième thème concernait les « médecins en tant que personnes », l'inclusion des concepts d'identité professionnelle ainsi que l'importance des valeurs personnelles influençant l'identité, l'apprentissage et les soins. Parmi les autres points importants soulevés, on notera la nécessité de reconnaître et d'aborder les aspects complexes à petite et à grande échelle, l'importance de la collaboration et de la prise de décisions par consensus, la nécessité de communiquer davantage entre collègues au travail, le retrait suggéré des mots « de la santé » (*Health*) du rôle « promoteur de la santé » (*Health Advocate*), le remplacement du terme « altruisme », la nécessité de souligner davantage le volet « gestion » du rôle de leader et l'ajout des rôles d'« éducateur » et de « médecin en tant que personne ».

La redondance des concepts était préoccupante et l'on a insisté pour que les groupes d'expertise en discutent entre eux. Certains groupes se sont demandé ce qu'on allait faire des concepts non retenus, et on a suggéré qu'ils pourraient s'avérer utiles lors de la mise en œuvre du référentiel ainsi que pour les formations sur cet outil. En ce qui concerne l'association de concepts émergents aux rôles, on a estimé qu'il existait des liens entre presque tous ces concepts et la plupart des rôles. Les groupes affectés aux rôles ont reconnu qu'ils devaient intégrer les thèmes les plus pertinents, et les groupes chargés des thèmes ont recommandé l'intégration des thèmes aux rôles les plus pertinents. De plus, on a constaté que les compétences d'un rôle s'appliquaient souvent à d'autres rôles. Tout cela démontre qu'il sera nécessaire de décider dans quelles circonstances certains concepts seront mis en œuvre.

Les groupes se sont également demandé si les rôles devaient continuer d'être désignés par des noms (comme professionnel ou leader) ou s'il était préférable d'utiliser des actions ou caractéristiques (comme professionnalisme et leadership). Ils ont conclu que cette solution ne fonctionnerait pas dans tous les cas.

Beaucoup de groupes ont recommandé de repenser le « schéma » CanMEDS, c'est-à-dire sa carte conceptuelle, mais à ce stade précoce, aucun consensus ne s'est dégagé quant à la forme à adopter. Par exemple, certains ont suggéré de retirer le rôle d'expert médical du centre (en l'intégrant à d'autres composantes du référentiel), et de le remplacer par des éléments comme « identité professionnelle », « lutte contre le racisme » ou « médecin en tant que personne ». Parmi les autres suggestions, on retiendra la refonte complète du

concept visuel, p. ex. utiliser une image évoquant un arbre plutôt qu'une fleur, ou peut-être un parapluie pour illustrer les concepts généraux ou transversaux. Un groupe a également demandé que l'on évite toute « hiérarchie » dans le futur schéma.

Des thèmes communs relatifs au *processus* d'élaboration, de publication et de mise en œuvre de CanMEDS 2025 ont également été relevés. En ce qui concerne la publication future, on estime qu'un préambule plus long s'impose afin de rappeler la raison d'être de CanMEDS et de souligner qu'il définit les compétences tout au long du continuum de formation, des études à la pratique, ainsi que pour mieux situer les concepts plus « abstraits ». Le préambule devrait également présenter des concepts qui couvrent plusieurs rôles. On a reconnu que la formulation devait être générique afin de couvrir toutes les disciplines et qu'il fallait éliminer les concepts désuets. La définition et la description de chaque rôle devront être plus longues et des révisions importantes seront requises à cette fin. L'importance d'un glossaire a été soulignée et beaucoup de groupes ont fourni les définitions de termes et de concepts clés.

Puisque certains groupes n'ont pas inclus de compétences révisées dans leurs rapports, il est impossible de fournir un nombre exact de nouvelles compétences. Cependant, aux fins de mise en contexte, le référentiel CanMEDS 2015 comptait 7 rôles, 27 capacités et 89 manifestations. Bien que seulement la moitié des groupes (rôles et thèmes) aient inclus des recommandations précises en matière de nouvelles compétences, le compte s'élève à 15 capacités et 70 manifestations. Il est à noter qu'un grand nombre d'ajouts recommandés pourraient être finalement intégrés aux capacités et manifestations existantes.

## Résumé

La synthèse des rapports provisoires des groupes d'expertise a mis en lumière certaines limites de la conception actuelle et permis de repérer à quels endroits il était possible de bonifier le contenu ou d'apporter des changements structurels. Parmi les modifications recommandées, on notera a) l'intégration des concepts émergents, soit de façon généralisée (p. ex. lutte contre le racisme ou EDIIAA), soit de façon ciblée (selon les rôles pertinents); et b) un accent accru sur les liens nouveaux ou différents nécessaires entre les rôles CanMEDS actuels. L'importance pour les groupes de discuter entre eux ainsi que la nécessité de parvenir à un consensus influenceront le processus de conception futur.

\* Kiger M., Varpio L. (2020). Thematic Analysis of Qualitative Data: AMEE guide n° 131. *Medical Teacher*, 42(8), 846-54.

## Projet CanMEDS – Réflexion et bilan des membres à mi-parcours ANALYSE THÉMATIQUE DES RÉUNIONS DE LA DIRECTION DU PROJET

Nancy Fowler, MD, CCMF, FCMF

### Objectif

Cette section du *Rapport d'analyse du projet CanMEDS* présente une analyse thématique des conversations tenues lors des réunions de la direction du projet CanMEDS et vise à présenter les principaux sujets abordés :

- Réunion des coprésident·es des groupes d'expertise du projet CanMEDS, tenue le 6 avril 2023
- Réunion des coprésident·es des groupes d'expertise du projet CanMEDS, tenue le 25 mai 2023
- Réunion du Groupe d'expertise sur la lutte contre le racisme du projet CanMEDS et du Comité directeur CanMEDS, tenue le 25 avril 2023
- Réunion du Comité consultatif national CanMEDS, tenue le 19 avril 2023

### Déclaration personnelle (de biais potentiels)

Je suis une femme blanche cisgenre hétérosexuelle de l'Ontario qui est née au Canada et qui a grandi dans un foyer de la classe moyenne au sein d'une famille instruite. J'occupe des postes de direction dans le secteur de la formation médicale depuis de nombreuses années. Je bénéficie de nombreux privilèges. Dans ma carrière, j'ai privilégié le travail visant la justice sociale, et je désire maintenant être une alliée. Je suis intimement convaincue que l'éducation est un vecteur de changement, d'où ma présence ici.

### Méthodologie

Chaque transcription de réunion a été revue au moins trois fois : la première fois, le document a été lu du début à la fin, la deuxième fois, on a signalé les thèmes émergents au moyen de codes de couleur et la troisième fois, des notes d'observation ont été prises et on a consigné les points saillants ainsi que les actions potentielles.

Pendant toutes les réunions, les thèmes, les faits saillants et les notes ont été consignés dans une grille et résumés au moyen des catégories thématiques ci-dessous.

*Voix entendues* (jaune); *Aspirations* (turquoise), *Concepts* (bleu foncé); *Ce qui fonctionne* (vert); *Défis, risques et préoccupations* (rouge); *Suggestions et conseils* (gris). Des copies des transcriptions avec codes et des grilles sommaires sont jointes au présent document.

### Sommaire des résultats

Le résumé des résultats est présenté ci-dessous selon les catégories indiquées.

#### 1. VOIX ENTENDUES : Quelles personnes s'expriment-elles à travers l'analyse et le projet? Avons-nous oublié quelqu'un?

*« Nous devrions entendre souvent les personnes [patient-es] qui, de façon disproportionnée, vivent de mauvaises expériences dans le système de soins de santé et nous devrions améliorer cette situation. »*

Une analyse des participant·es aux réunions, des présentations et des déclarations indiquent une bonne diversité de points de vue chez les médecins (personnes noires, Autochtones, membres des communautés LGBTQ2I+, étapes de carrière, spécialités, emplacements géographiques). Des commentaires positifs ont été formulés à ce sujet, mentionnant notamment une expérience fructueuse d'« espace sûr ». Les résident·es, bien qu'en faible nombre, ont clairement affirmé leur désir de faire valoir leur point de vue et de participer aux changements. Il semble que ce soit surtout des médecins qui participent, les quelques « autres » personnes se retrouvant surtout au Comité consultatif national CanMEDS. Par ailleurs, puisque personne n'a exprimé de points de vue au sujet des handicaps, il est possible que cette voix ne soit pas entendue au sein de la direction. Des patient·es ont participé aux travaux de quelques groupes, mais en nombre restreint bien que leur présence soit précieuse. La préoccupation la plus courante en ce qui concerne les « voix entendues » porte d'ailleurs sur la participation des patient·es, plus particulièrement des groupes structurellement défavorisés qui reçoivent des soins de mauvaise qualité en raison de pratiques et d'institutions racistes ou oppressives. On a proposé de tenter de les joindre dans des endroits comme les cliniques pour réfugié·es. L'Association médicale canadienne, qui a elle-même un programme appelé *Voix des patients*, est disposée à nous prêter main-forte sur ce plan.

## **2. ASPIRATIONS : Quels sont les objectifs, les espoirs et les aspirations poursuivis par ce projet? Pourquoi menons-nous ces travaux?**

*« Nous devons affirmer de façon explicite que notre principal objectif en tant que médecins est de fournir des soins de santé de grande qualité dans le respect des droits de chaque personne. Nous devons privilégier les plus défavorisés. À mon avis, c'est la principale raison pour laquelle le référentiel CanMEDS doit être mis à jour. »*

Il ne s'agit pas de publier simplement une autre version de CanMEDS. Le moment est décisif : nous ne faisons plus d'hypothèses, nous voulons savoir comment nous allons nous y prendre. Un changement transformateur s'impose en médecine, qui commence par la reconnaissance qu'un important déterminant en santé est l'existence de la suprématie blanche et les traumatismes qu'elle engendre. Il s'agit au fond de santé et d'amélioration de celle-ci ainsi que d'accès aux soins de santé pour les personnes systématiquement défavorisées. **Par souci de clarté, précisons que CanMEDs demeure un référentiel pour la formation des médecins**, mais que le résultat qu'il vise et encourage ne se limite pas à l'acquisition de compétences. Il nous faut un outil « musclé » qui sera présenté comme la référence en matière de normes d'agrément et de certification. Cette version a pour but de modifier la culture médicale et d'y insuffler une dose d'« humilité » en utilisant l'éducation comme outil de transformation. Nous devons redéfinir clairement l'excellence en soins de

santé en intégrant au cœur de ces travaux le respect des droits de la personne et la lutte contre l'oppression.

### **3. CONCEPTS : Quelle est la « vision » de CanMEDs? Parmi les concepts nouveaux ou modifiés, quels sont les plus importants?**

*« C'est une question de santé. La raison pour laquelle nous devons nous concentrer sur la lutte contre le racisme et la justice sociale, c'est qu'elles ont une grande incidence sur la santé. Nous sommes bien d'accord? Voilà en quoi ça nous concerne, et c'est pourquoi la formation en médecine spécialisée et en médecine familiale au Canada doit en tenir compte. »*

La prochaine version de CanMEDS devra sortir des sentiers battus. Notre compréhension de la santé et de la maladie a été fondamentalement modifiée par divers événements critiques (appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, décès de George Floyd, pandémie). Il est temps d'intégrer à la médecine et à la formation médicale des changements et actions fondés sur le respect des droits. Il faut redéfinir l'excellence en matière de soins de santé pour qu'elle reflète notre compréhension actuelle des répercussions de l'oppression et de la suprématie blanche sur les personnes et leur santé.

Dans l'ensemble, il est prévu que CanMEDS demeure un cadre de formation des médecins qui établit les normes à respecter en matière de compétences et de comportements. On a amplement discuté de ce qui devait être au cœur du référentiel et de ce qui devait être plus en périphérie. Le référentiel devrait-il comporter un élément central? Certaines personnes estiment que les valeurs axées sur les droits de la personne et la lutte contre le racisme et la colonisation devraient occuper le centre du schéma, déplaçant le rôle d'« expert médical » ailleurs dans le référentiel puisqu'il s'agit d'un legs du colonialisme. On relève une opposition farouche à la représentation visuelle de CanMEDS, principalement en raison du rôle d'« expert » qui en occupe le centre.

Le fait que les compétences soient le seul et unique résultat attendu de l'apprentissage inquiète également. Les compétences sont jugées nécessaires, mais insuffisantes pour procéder au virage culturel nécessaire en médecine et en formation médicale. On souhaite que la structure du référentiel reflète une intégration et une reconnaissance accrues des éléments complexes qu'il prend en compte, et qu'il établisse un lien avec la santé planétaire.

On souhaite également qu'il présente un point de vue holistique centré sur la personne qui respecte et englobe d'autres types et sources de connaissances. Les médecins auront besoin de savoirs différents : il leur faudra connaître la théorie critique de la race et comprendre en quoi consiste l'oppression et comment elle affecte la santé. La « formation de l'identité professionnelle » comme « résultat » ou « contenant » de CanMEDs suscite également beaucoup d'intérêt, puisqu'il est évident que cette identité comporte plusieurs couches (médecin, catégorie de médecins, membre d'une équipe, etc.).

#### **4. CE QUI FONCTIONNE : À ce jour, qu'est-ce qui vous plaît ou qui compte pour vous dans le projet? Qu'est-ce qui fonctionne bien?**

*« L'espace dans lequel j'évolue est plus sûr grâce aux commentaires du Comité directeur, à vos remarques et à votre volonté de porter attention à des idées audacieuses et transformatrices. Comme je l'ai dit plus tôt, c'est toujours inquiétant d'arriver dans un espace inconnu au cœur d'une institution coloniale comme le sont nos organisations et établissements médicaux. »*

Les personnes sont conscientes de l'ouverture et de l'écoute dont fait preuve le Comité directeur. On reconnaît également la valeur et l'impact potentiels des investissements dans le projet CanMEDS.

#### **5. DÉFIS, RISQUES ET PRÉOCCUPATIONS : Qu'est-ce qui pose problème? Préoccupations au sujet du projet.**

*« Pour les personnes défavorisées, ce projet sera un échec s'il ne se réimagine pas dans son essence et s'il continue de répondre aux mêmes attentes. »*

La principale préoccupation soulevée c'est que nous rations cette occasion capitale de changer les choses et que nous perdions la confiance et l'engagement des gens parce que nous n'avons pas eu le courage de nos convictions et que nous n'avons pas agi. Nous devons modifier le contenu, pas seulement la forme. Le revers de la médaille, c'est la lassitude généralisée qui existe actuellement à l'égard du changement dans les systèmes de santé et de formation médicale, ainsi que la crainte que cette fatigue mine nos efforts de transformation. On peut envisager de poser des questions d'évaluation, par exemple : « Qu'est-ce qui fonctionne pour nous actuellement? ». Il existe un certain tiraillement entre le désir de « tout chambouler » et le souhait d'une démarche de changement plus progressive. Dans l'ensemble toutefois, la nécessité d'un changement est reconnue sans conteste.

Bien que la complexité inhérente de la tâche nous empêche parfois d'envisager sereinement les choses, nous devons garder à l'esprit notre but et nous fixer des objectifs clairs tout en offrant aux apprenant-es et aux programmes des directives concrètes. Nous ne pouvons pas nous permettre d'aller trop vite (et de ne pas écouter suffisamment) ou trop lentement (et de ne pas agir suffisamment), car les personnes que nous souhaitons servir n'auront plus confiance en nous.

En ce qui concerne le processus et la gouvernance, on se demande qui déterminera ultimement l'orientation et le contenu, et on craint que la dynamique privilégiée de nouveau les groupes dominants habituels.

## **6. SUGGESTIONS ET CONSEILS : A-t-on des suggestions précises sur ce qu'il faut commencer à faire, ce qui doit cesser et ce qu'il faut changer? Comment faudrait-il aborder l'élaboration du projet?**

Voici quelques-unes des suggestions bien accueillies pendant les discussions :

- Modifier les formulations : cesser d'utiliser des expressions comme « groupes en quête d'équité » et suggérer des termes comme « groupes systématiquement défavorisés ».
- Indiquer de façon explicite que le fait de placer la lutte contre le racisme et les droits de la personne « au centre du référentiel » est une question de santé qui tient compte des répercussions sur celle-ci des traumatismes engendrés par le racisme, la colonisation et les autres formes d'oppression.
- Cesser d'utiliser le mot « humanisme », car ce terme est associé à la notion d'esprit éclairé (aucune solution de rechange n'a encore été trouvée, mais ce pourrait être un sujet de discussion).
- Les groupes ont besoin d'être au courant de ce qui se passe dans les autres groupes et doivent savoir comment comparer leurs progrès.
- On a suggéré également de faire d'un futur sommet CanMEDS un événement phare.
- Autre conseil concernant le concept d'un prochain référentiel : « Rappelez-vous que le mieux est l'ennemi du bien. » Produisez rapidement un premier jet, même s'il est « boîteux », il vous placera tout de suite dans le feu de l'action.

## **Rapport sommaire du cercle d'apprentissage autochtone**

Lisa Richardson, MD, MA, FRCP

Conseillère stratégique, Équité, diversité, inclusion et accessibilité

Le cercle d'apprentissage autochtone et le comité directeur CanMEDS veillera cependant à mettre sur pied un mécanisme permettant d'intégrer aux cadres en cours d'élaboration les compétences en matière de santé des Autochtones récemment mises de l'avant par le Collège des Médecins de Famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Consortium national pour la formation médicale en santé autochtone.

### **Lectures de base**

#### **[Le Consortium national pour la formation médicale en santé autochtone](#)**

Faire progresser la formation médicale et le leadership autochtones dans le domaine de la santé.

#### **[Guide d'introduction à la santé des Autochtones \(2019\)](#)**

Ce riche recueil, qui comprend des études de cas issus d'expériences autochtones et le point de vue d'Associés autochtones, permet d'acquérir des connaissances essentielles sur la santé des Autochtones.

#### **[Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones, deuxième édition \(2019\)](#)**

Découvrez les valeurs que les peuples autochtones jugent importantes en matière de santé, les liens entre ces valeurs et le référentiel CanMEDS, et les principes à appliquer pour prodiguer des soins adaptés à la culture des Autochtones.

#### **[CanMEDS-Médecine familiale : Document d'accompagnement sur la santé autochtone](#)**

Le document d'accompagnement au référentiel de compétences CanMEDS-Médecine familiale 2017 sur la santé autochtone aidera les médecins de famille à prodiguer des soins de qualité, adaptés aux besoins et à la situation des populations autochtones au Canada.

## **Rapport provisoire sur l'équité, la diversité, l'inclusion et l'accessibilité**

Préparé par : Dre Ritika Goel, membre du Groupe d'expertise  
sur la lutte contre le racisme. Modification du rapport provisoire préparé par le  
Dr Kannin Osei-Tutu et la Dre Paula Cashin,  
coprésident et coprésidente du Groupe d'expertise

CanMEDS 2025 nous donne l'occasion de faire preuve d'un esprit critique et de proposer une vision de la pratique médicale qui repose sur la justice sociale, la lutte contre le racisme et l'oppression, et sur la sécurité culturelle en favorisant un changement de culture plus vaste et nécessaire dans notre profession. En effet, au sein de notre profession et du système de santé, nous contribuons chaque jour à perpétuer la violence structurelle envers les personnes les plus marginalisées, en particulier celles qui sont racialisées, et nous risquons nous-mêmes d'être marginalisé-es en raison de notre race, de notre origine ethnique, de notre religion, de notre sexe, de notre identité de genre, de notre classe sociale, de nos compétences, de notre statut d'immigrant-es, etc.

Un nouveau modèle CanMEDS viserait à mettre l'accent sur les valeurs liées à la lutte contre l'oppression et le racisme, et à la justice sociale plutôt que sur l'expertise médicale. La priorité serait accordée aux relations bidirectionnelles avec les patient-es, les prestataires de soins, les communautés, la terre (et la planète), le système de santé et la société en général plutôt qu'aux médecins, en tant que gardien-nes du savoir de la profession. Ce nouveau modèle nous inciterait à faire preuve d'humilité (et non d'un orgueil démesuré) et d'une volonté de chercher constamment à apprendre, explorer, avoir un esprit critique et progresser. Il est possible de restructurer et de modifier les compétences existantes en fonction d'un nouveau modèle qui inclurait l'enseignement sur la réflexion critique et l'introspection, grâce auquel les médecins qui ont enrichi leur compréhension de l'équité et de la défense des intérêts pourraient contribuer plus efficacement aux changements sociaux menés par la communauté.

Ainsi, les facultés de médecine pourraient intégrer les aspects de justice sociale, de lutte contre l'oppression, de défense des intérêts et d'équité dans l'ensemble de l'enseignement, pour que les futur-es médecins sachent les intégrer à leur tour à leurs activités cliniques, d'enseignement et de recherche.

Le Groupe d'expertise sur la lutte contre le racisme s'est entendu sur une définition de la lutte contre le racisme afin d'orienter le renouvellement du référentiel CanMEDS 2025.

*« La lutte contre le racisme est une position explicite, un processus et une méthode d'analyse systématique qui exigent l'adoption d'une ligne de conduite proactive par les individus, les institutions et les sociétés. Elle fait ressortir les structures du racisme fondées sur la justification de la colonisation, de l'esclavage et de la suprématie blanche ainsi que leurs manifestations aux niveaux individuel, interpersonnel et systémique. Elle vise à repérer, à éliminer, à prévenir et à atténuer les répercussions racialement inévitables et les déséquilibres de pouvoir, et à modifier*

*les structures qui soutiennent les iniquités. Elle est profondément enracinée dans la lutte contre l'oppression, qui analyse le monde à travers le prisme du pouvoir, dont les structures historiques et actuelles du racisme, de la suprématie blanche, du colonialisme, de l'hétéropatriarcat, du capitalisme, de la discrimination fondée sur la capacité physique, du classisme, du sexisme, de l'homophobie, de la transphobie, etc. La lutte contre le racisme et l'oppression amène à prendre des mesures à l'égard des formes d'oppression fondées sur la race, l'origine ethnique, la religion, le sexe, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, le statut socio-économique, le statut d'immigrant, etc. La lutte contre le racisme en médecine et dans les soins de santé nous amène aussi à examiner, reconnaître, atténuer et éliminer les causes profondes ainsi que les formes du racisme et d'autres structures oppressives dans nos activités quotidiennes. »*

### **Le modèle**

Nos délibérations ont permis de dégager les thèmes suivants au sujet du référentiel CanMEDS actuel et du nouveau modèle que nous envisageons, qui tient compte des besoins des communautés :

**1. Décentrer l'expertise médicale** - La centralisation constante de l'expertise médicale sur toutes les autres facettes des soins médicaux et le statut de médecin renforcent et mettent en valeur le curriculum caché de la formation médicale, qui accorde moins d'importance aux aspects essentiels de la pratique médicale comme la défense des intérêts, la collaboration et la communication. Nous proposons d'adopter plutôt un modèle centré sur des valeurs. Celles-ci doivent être présentes dans l'ensemble des compétences et, idéalement, être clairement perçues comme le centre ou le fondement de toutes nos activités en médecine. Certaines valeurs pourraient constituer ce fondement, notamment :

- Lutte contre le racisme - Faire ressortir l'omniprésence du racisme et la nécessité de s'y opposer, ce qui implique un processus constant d'apprentissage et de désapprentissage;
- Lutte contre l'oppression - Reconnaître les formes d'oppression structurelle qui nous entourent, que perpétue le milieu de la médecine et qui lui procure des avantages;
- Justice sociale et équité - Orienter nos activités, qu'elles soient cliniques, pédagogiques, de recherche ou qu'elles tendent à la justice sociale, pour le bien des communautés, en particulier celles qui sont les plus marginalisées;
- Humanité commune - Reconnaître la dignité et la valeur fondamentales de chaque personne et décrire les liens qui existent sur le plan humain entre les prestataires des soins et les patient-es;
- Compassion inclusive - Décrire des façons d'établir la sécurité dans le cadre des soins de santé, sans jugement ni oppression;
- Sécurité et humilité culturelles - Expliquer la nécessité de mettre en évidence la sécurité des patientes et de faire d'humilité au regard des expériences et identités d'autres personnes, en particulier de celles qui sont les plus marginalisées;
- Décolonisation - Faire connaître le passé colonial explicite de ce pays et la nécessité de décoloniser notre esprit et nos institutions;

- D'autres concepts sont ressortis, dont la responsabilité sociale, les soins tenant compte des traumatismes et l'intersectionnalité.

## 2. Mettre l'accent sur les relations

- Patient·es (ou langage allant au-delà de l'aspect strictement médical) - Définir le rôle central de la relation entre les médecins et les patient·es afin de fournir véritablement des soins adaptés à la culture, anti-oppressifs ainsi que le même accès et la même qualité de soins à l'ensemble des patient·es.
- Prestataires de soins - Décrire le déséquilibre des pouvoirs entre les médecins et les autres prestataires de soins de santé.
- Système de santé - Décrire notre contexte de travail et la nécessité d'interagir au sein de ce système tout en prenant part à des changements systémiques
- Terre et planète - Expliquer notre relation avec la Terre mère, la nécessité de la protéger ainsi que cette relation, notre responsabilité (nous en sommes les gardien·nes) d'examiner les enjeux structurels, comme la santé planétaire.
- Communauté - Faire preuve de transparence envers les patientes et les communautés où nous exerçons; pouvoir mieux reconnaître les défis et les besoins en matière de santé ainsi que les besoins des communautés, afin de proposer des solutions (communautés, institutions, société).
- Société - Faire preuve de transparence envers la société en général et pouvoir reconnaître les défis en matière de santé et les besoins de la société, ainsi que les défis sociétaux (p. ex. l'oppression structurelle, le logement, la pauvreté, le chômage, un travail décent), qui font appel à des changements sociaux.
- Niveau mondial - Reconnaître les interrelations qui existent entre nous et les populations/communautés dans le monde entier.

## 3. Reconnaître le lien entre le passé et l'avenir - Un nouveau modèle CanMEDS permettrait de reconnaître :

- Les structures de pouvoir qui ont existé il y a des centaines d'années et qui façonnent tout ce dont nous sommes témoins chaque jour, p. ex. suprématie blanche, hétéropatriarcat, capitalisme;
- Tous ceux et celles qui étaient là avant nous;
- L'avenir et la nécessité d'être les gardien·nes de la Terre et de promouvoir les valeurs de justice sociale pour tendre à un monde meilleur.

## 4. Expliquer que les médecins mettent en pratique les compétences acquises, qu'ils et elles maîtrisent peu à peu; il ne s'agit pas d'un rôle statique - devrait être inclus dans les représentations visuelles et la terminologie pour nous permettre d'intégrer les activités des médecins qui nous semblent très efficaces.

- Apprendre et exécuter, plutôt qu'expert médical
- Enseigner, réfléchir et explorer, plutôt qu'érudit
- Communiquer, plutôt que communicateur
- Collaborer, plutôt que collaborateur
- Promouvoir, plutôt que promoteur de la santé

- Agir en tant que modèle de rôle, plutôt que professionnel

#### **5. Débat en cours sur la redéfinition du rôle de « leader » et du leadership**

- Le Groupe d'expertise a longuement discuté du rôle de leader; certaines personnes se sont dites insatisfaites du renforcement de la hiérarchie du pouvoir dans le modèle actuel de ce rôle.
- D'autres discussions ont suivi : comment peut-on promouvoir la gestion, l'animation, l'engagement et la défense des intérêts sans présumer que les médecins dirigent ces activités?
- Les discussions se poursuivront jusqu'à ce que le groupe établisse un consensus à ce sujet.

#### **6. Les médecins en tant qu'enseignant-es**

- Un membre du groupe a proposé de séparer le rôle d'« enseignant-e » (ou sa forme verbale) des rôles existants et d'en faire un rôle distinct.
- Les discussions se poursuivront jusqu'à ce que le groupe établisse un consensus à ce sujet.

#### **Les compétences**

Les compétences doivent, par définition, découler du modèle proposé. Toute version modifiée du modèle donnera donc lieu à une réorganisation des compétences existantes. Nous devons également modifier et ajouter des compétences pour que la lutte contre le racisme et l'oppression y soient bien présentes. La réflexion critique doit notamment faire partie intégrante de toute nouvelle version CanMEDS.

#### **Le processus**

Lors des réunions tenues tout au long de ce processus, le Groupe d'expertise sur la lutte contre le racisme a réfléchi à certains aspects du processus qui pourraient être utiles dans le cadre de ces travaux. Nous avons été ravi-es de pouvoir nous rencontrer et d'être ensemble pour échanger, réfléchir et discuter. Nous avons pensé qu'il serait utile de mieux comprendre la portée des travaux et de collaborer avec d'autres groupes connexes, comme le groupe sur l'EDI et la justice sociale. Comme nous préparons des solutions de rechange au modèle CanMEDS, nous tenons à souligner le travail des autres groupes d'expertise et nous comptons sur le comité directeur pour proposer un processus permettant de faire la synthèse de tout ce qui a été fait. Il faudrait idéalement établir une structure qui nous permettrait de nous réunir et de concentrer ensuite nos efforts sur des mandats précis. Il pourrait être utile de faire appel à des experts-conseils en planification stratégique pour les grandes institutions, qui ont aussi des bases solides en matière de lutte contre l'oppression et le racisme pour appuyer nos travaux.

En conclusion, une déconstruction et une reconstruction du référentiel CanMEDS s'imposent. Les changements proposés donneront lieu à un changement radical dans la formation et la pratique des soins de santé, en mettant l'accent sur les valeurs fondamentales plutôt que sur le rôle des médecins et leur expertise. Notre vision de l'avenir

repose sur la collaboration des professionnel·les de la santé, des enseignant·es, des organismes de réglementation et des responsables de la prise de décisions. En remettant en question le statu quo, en prenant des mesures courageuses et en faisant preuve d'un leadership audacieux, nous pouvons bâtir un système de soins de santé qui lutte contre les inégalités systémiques et qui promeut la justice sociale au lieu de perpétuer les systèmes d'oppression.

Préparé par : Dre Ritika Goel, membre du Groupe d'expertise sur la lutte contre le racisme.  
Modification du rapport provisoire préparé par le Dr Kannin Osei-Tutu et la Dre Paula Cashin, coprésident et coprésidente du Groupe d'expertise CanMEDS 2025 sur la lutte contre le racisme, au nom de tous les membres :

- Mme Marcelle Anglade
- Dre Ritika Goel
- Dre Sara Goulet
- Dre Nazik Hammad
- Dr Wasif Hussain
- Dre Connie LeBlanc
- Dr Baijayanta Mukhopadhyay
- Mme Deborah Ocholi