

Les modèles de rôle en médecine familiale

Francine Lemire MD CM CCMF FCMF CAÉ, DIRECTRICE GÉNÉRALE ET CHEF DE LA DIRECTION



Chers collègues,


La modélisation de rôles influence le comportement des apprenants, leur attitude professionnelle et leur choix de carrière. Pensez à votre tout premier modèle de rôle et à celui qui vous a le plus marqué. J'ai rencontré mon premier modèle de rôle dans ma deuxième année en médecine; il pratiquait la médecine interne et avait un excellent comportement envers ses patients et était un merveilleux clinicien et professeur. J'ai voulu faire une résidence en médecine interne, mais j'ai été très bouleversée lorsqu'il est mort subitement. Le modèle de rôle qui m'a le plus impressionnée était un médecin de famille qui m'a autant marquée que mon tout premier et qui a très bien su transmettre toutes les facettes des soins continus, complets et globaux. Il ne cachait pas son incertitude dans certaines situations cliniques au fur et à mesure de leur évolution et j'ai fortement apprécié son enthousiasme lorsqu'il exprimait ses «surprises» durant sa pratique quotidienne.

On définit un modèle de rôle comme «une personne qui démontre une norme d'excellence à imiter... facilitant l'apprentissage par l'observation»¹. «Les attributs positifs du modèle de rôle n'ont pas changé au fil des ans: les qualités cliniques et de soins aux patients («mains»), comme de solides compétences cliniques, la compassion et l'empathie; les qualités d'enseignement («tête»), comme un environnement d'apprentissage sûr, un enseignement humaniste et une pensée critique stimulante; les qualités personnelles («cœur»), comme la confiance en soi, l'humilité et la collaboration.^{1,2,3} On a suggéré que la compétence dans ces trois éléments du principe «mains-tête-cœur», est incontournable pour une modélisation de rôle efficace.³

Le modèle de rôle est observationnel et peut-être légèrement passif. Pour que le modèle de rôle soit vraiment efficace, tant le superviseur que l'étudiant doivent développer une pensée réflexive. Les praticiens réfléchis «pensent à ce qu'ils font en le faisant» et deviennent des participants plus intentionnels et plus actifs.⁴ La formation en apprentissage est depuis longtemps un concept pédagogique important. Dans ce modèle, les étudiants ou les résidents apprennent «en participant à un environnement où l'on démontre les «comportements».⁵ Ils utilisent des schémas pour enregistrer leurs connaissances, leurs attitudes et leurs expériences des événements et, lorsqu'ils font face à une nouvelle situation, ils s'appuient sur ces schémas pour «comprendre la nouvelle expérience».⁵ La pensée pédagogique actuelle porte sur la participation active à un «apprentissage en situation», où l'apprentissage a lieu «dans le contexte de la pratique, y compris les connaissances, les compétences et les normes sociales».⁵ Dans ce modèle, les professionnels apprennent en

«participant à, puis en s'intégrant progressivement dans, des communautés de pratique (la profession médicale dans le présent cas)».⁵ L'étudiant se taille une identité en fonction de ces communautés de pratique. L'apprentissage situationnel est vu comme un renforcement de l'apprentissage, dans le sens qu'au fur et à mesure que les apprenants deviennent des participants à part entière, qu'ils développent et révisent leurs schémas dans la communauté de pratique; celle-ci change au même rythme et l'apprenant apporte quelque chose à la communauté.⁵ Même si à l'époque je ne connaissais pas ce principe pédagogique, je me rends compte aujourd'hui que c'est cette expérience que j'ai vécue et dont j'ai profité.

Le CMFC a adopté un modèle de supervision (encadrement clinique et axé sur les compétences), par lequel les apprenants ont une relation de continuité avec un médecin de famille superviseur. Ceci s'articule aussi dans l'un des trois C du Cours Triple C (soit la continuité pédagogique et la continuité des soins aux patients).⁶ Cette supervision est aussi décrite plus en détail dans les normes d'agrément du *Livre rouge* du CMFC.⁷ Le CMFC a également créé le référentiel des *Activités pédagogiques fondamentales en médecine familiale*, qui donne un aperçu des responsabilités, des conseils sur les modèles de rôle et une feuille de route pour devenir un praticien réfléchi, afin de soutenir les superviseurs et les enseignants dans cet important travail.⁸

Je suis ravie de célébrer avec plusieurs d'entre vous le 40^e anniversaire de la Section des enseignants le mois prochain au Forum en médecine familiale et de rendre hommage aux merveilleux modèles de rôle en médecine de famille qui, tous les jours, font un travail remarquable dans les collectivités, grandes et petites, partout au pays. 

Remerciements

Je remercie la D^{re} Nancy Fowler pour sa contribution à cet article.

Références

1. Jochemsen-van der Leeuw HG, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS, Wieringa-de Waard M. The attributes of the clinical trainer as a role model: a systematic review. *Acad Med* 2013;88(1):26-34.
2. Weissmann P, Branch WT, Gracey CF, Haidet P, Frankel RM. Role modeling humanistic behavior: learning bedside manner from the experts. *Acad Med* 2006;81:661-7.
3. Jochemsen-van der Leeuw HG, van Dijk N, Wieringa-de Waard M. Assessment of the clinical trainer as a role model: a Role Model Apperception Tool (RoMAT). *Acad Med* 2014;89(4):671-7.
4. Benbassat J. Role modeling in medical education: the importance of a reflective imitation. *Acad Med* 2014;89(4):550-4.
5. Kenny N, Mann KV, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med* 2003;78(12):1203-10.
6. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organeck A, Parsons E, Saucier D, et collègues. Cours Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral – Partie 1. Mississauga, ON: CFMC; 2011.
7. CMFC. Normes des programmes de résidence en médecine de famille agréés par le Collège des médecins de famille du Canada. Le livre rouge. Mississauga, ON: CFMC; 2016.
8. Walsh A, Antao V, Bethune C, Cameron S, Cavett T, Clavet D, et collab. Activités pédagogiques fondamentales en médecine familiale Mississauga, ON: CMFC; 2015. Dans: www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/FTA_GUIDE_MC_FRE_Apr_REV.pdf. Date de consultation : Le 11 septembre 2011.

This article is also in English on page 784.