



CAME Voice/Voix

Les externats longitudinaux intégrés en plein essor - Jill Konkin

Le premier externat longitudinal intégré (Longitudinal Integrated Clerkship ou LIC) a vu le jour il y a plus de 40 ans à la University of Minnesota. Le LIC fait maintenant partie de l'enseignement médical actuel, plus de la moitié de nos écoles offrant un LIC dans le cadre de leur curriculum régulier ou en tant que projet pilote. Et pourquoi donc ce modèle d'enseignement de la médecine est-il si fascinant?

Les étudiants qui participent à un LIC offrent des soins globaux aux patients au fil du temps, ils cultivent des relations d'apprentissages longitudinales avec les médecins de ces patients et satisfont à la plupart ou à l'ensemble des principaux objectifs d'apprentissage de l'année de manière intégrée (Norris et coll., 2009). On décrit les principes fondamentaux des LIC comme une continuité à l'égard des soins aux patients, du programme pédagogique et de la supervision (Hirsh et coll., 2007). Essentiellement, les étudiants en médecine qui prennent part aux LIC passent une grande partie de l'année du stage à apprendre les principales disciplines de manière intégrée plutôt que par l'entremise de stages de rotation propre à chacune.

Il est de plus en plus clair que le rendement des étudiants qui participent aux LIC est aussi bon que celui des étudiants qui participent aux stages de rotation, sinon mieux (Hirsh et coll., 2012; Myhre et coll., 2013; Walters et coll., 2012). La recherche sur les LIC porte maintenant sur la manière dont les LIC fonctionnent, les raisons qui sous-tendent leur efficacité et les étudiants qui en profitent davantage, notamment parce que les caractéristiques des diplômés de LIC semblent être différentes de celles des diplômés de stages de rotation. Par exemple, les étudiants participant aux LIC ont beaucoup plus d'occasions de véritablement être médecins en devenir et de prodiguer des soins axés sur le patient comparativement aux étudiants participant aux rotations (Hauer et coll., 2012). Les patients perçoivent également les LIC comme étant davantage axés sur le patient et l'apprenant (Hudson et coll., 2012).

L'École de médecine du Nord de l'Ontario est la seule à offrir un LIC obligatoire. Dans les autres écoles canadiennes, on retrouve un mélange de LIC et de stages de rotation. L'évaluation dans le cadre des LIC est souvent organisée de sorte à démontrer la comparabilité par rapport aux évaluations sommatives selon la discipline en ce qui concerne les stages de rotation, lesquelles gênent énormément l'apprentissage des étudiants qui participent aux LIC (Bates et coll., 2012). La rétroaction formative quotidienne au chevet de la part des précepteurs représente l'aspect le plus précieux pour les apprenants. Les précepteurs et les étudiants finissent par bien se connaître, ce qui incite ces derniers à demander de la rétroaction corrective.

En plus d'être valables d'un point de vue pédagogique, les LIC favorisent une culture axée sur le patient, contrecarrent le déclin documenté d'empathie que présentent les étudiants lors des années cliniques, et facilitent véritablement la transition des apprenants du rôle d'étudiants à celui de collègues cliniques subalternes. Retrouverons-nous bientôt un LIC dans l'ensemble des écoles canadiennes?

Bibliographie

Bates J, Konkin J, Suddards C, Dobson S, Pratt D. (2013). Student perceptions of assessment and feedback in longitudinal integrated clerkships. *Medical Education* 47:362-74.



CAME Voice/Voix

Hauer KE, O'Brien BC, Hansen L, Hirsh D, Ma IH, Ogur B, Teherani A. (2012). More is better: students describe successful and unsuccessful experiences with teachers differently in brief and longitudinal relationships. *Academic Medicine* 87:1389–96.

Hirsh D, Ogur B, Thibault GE, Cox M. (2007). "Continuity" as an organizing principle for clinical education reform. *The New England Journal of Medicine* 356:858–66.

Hirsh D, Gauferberg E, Ogur B, Cohen P, Krupat E, Cox M, Bor D. (2012). Educational outcomes of the Harvard Medical School-Cambridge integrated clerkship: a way forward for medical education. *Academic Medicine* 87:643–50.

Hudson JN, Knight PJ, Weston KM. (2012). Patient perceptions of innovative longitudinal integrated clerkships based in regional, rural and remote primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 13:72. Accessed at <http://www.biomecentral.com/1471-2296/13/72>.

Myhre D, Woloschuk WE, Jackson W, McLaughlin K. (2014). Academic performance of longitudinal integrated clerkship versus rotation-based clerkship students: a matched-cohort study. *Academic Medicine* 89:292–295.

Norris TE, Schaad DC, DeWitt D, Ogur B, Hunt DD. (2009). Longitudinal integrated clerkships for medical students: an innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Academic Medicine* 84:902–7.

Walters L, Greenhill J, Richards J, Ward H, Campbell N, Ash J, Schuwirth LWT. (2012). Outcomes of longitudinal integrated clinical placements for students, clinicians and society. *Medical Education* 46:1028–41.