CANADIAN MEDICAL EDUCATION JOURNAL | REVUE CANADIENNE DE L'ÉDUCATION MÉDICALE

2026, In Press: https://doi.org/10.36834/5839tn09

COMMENTAIRES ET OPINIONS

L'intelligence artificielle et l'humilité : les nouveaux propulseurs des facultés de médecine

Dominique Dorion[1]

*Author information is provided in the back matter of this manuscript

Artificial Intelligence and humility: the new drivers of medical schools

Introduction

Ce supplément de la RCEM nous donne la chance de revoir les liens entre notre responsabilité sociale comme facultés universitaires et notre mission fondamentale de former la relève. Je veux participer ici à cette réflexion en apportant une perspective souvent trop discrète : celle du doyen sortant d'une grande faculté de médecine canadienne [Avec plus de 270 admissions dans le programme de médecine en 2026, l'université de Sherbrooke se classe 5ème au Canada et dans le top 10 en Amérique du Nord.]. Responsabilité sociale, pédagogie médicale et leadership. Voilà trois thèmes que j'ai voulu porter pendant mon décanat. L'intelligence artificielle s'est invitée sans vergogne dans l'équation. En toute humilité, je ne suis pas compétent pour critiquer tel ou tel aspect de l'IAg. Je ne suis pas non plus un expert sur l'utilisation de l'IA en enseignement, mais je vois que des pas de géant sont faits à chaque jour dans ce domaine. Je réalise cependant que la pratique médicale a changé pour toujours et que les facultés de médecine n'ont réagi que superficiellement aux impacts profonds de l'IA sur l'exercice de la médecine et sur la relation médecin-patient. La société au grand complet est dépassée par l'invasion de l'IA, il n'est donc pas surprenant que les facultés de médecine soient elles aussi démunies. Je n'ai pas de solution simple mais à la lumière de mon expérience des 10 dernières années, je veux proposer ici quelques axes de réflexion en cohérence avec les valeurs que j'ai portées :

© DORION

CC BY

- Utiliser la responsabilité sociale comme boussole institutionnelle et individuelle.
- Identifier et investir les *compétences à enseigner* autant aux médecins en exercice qu'aux futurs médecins, en particulier l'humanisme et la pensée critique.
- Développer le leadership nécessaire pour créer un *environnement propice* à cette réflexion pédagogique et à cet engagement en investissant l'humilité comme valeur centrale.

Responsabilité sociale

Depuis bientôt 40 ans, ce concept évolue à géométrie variable à travers le monde. Le Canada fait figure de leader à bien des égards. En plus de la responsabilité des facultés de médecine, il est temps d'insister sur notre responsabilité sociale individuelle. Il n'est plus acceptable de rester muet comme clinicien-enseignant. Encore une fois, l'arrivée de l'intelligence artificielle accélère cette adaptation obligatoire. Par son analyse statistique et algorithmique, l'IA est biaisée contre les populations minoritaires et à risque. Le clinicien doit agir consciemment et inclure ce biais fondamental dans ses déci-ions pour chaque rencontre avec un patient. La voie de passage obligée pour cet objectif est la formation. La formation des futurs médecins certes, mais aussi la formation professorale et le développement professionnel continu qui doivent s'adapter afin de donner les outils et l'autonomie nécessaire pour changer les soins en réponse aux attentes de la société. Nous devons créer un écosystème médical où chaque individu ressent le besoin et a le pouvoir d'améliorer les soins de santé. Justice sociale et solidarité, deux concepts qui devront prendre plus de place dans nos réflexions.[1]

En ce sens, je crois aujourd'hui, n'en déplaise probablement à plusieurs, que la principale responsabilité sociale des facultés de médecine (et de leurs professeurs comme individus) est d'enseigner l'IA à nos futurs médecins. Je ne parle pas ici des aspects techniques de l'utilisation de l'IA puisque les jeunes qui arrivent dans nos facultés travaillent déjà avec cet outil depuis des années. *Il faut revoir les objectifs de formation à cause de l'IA*. Humanisme et jugement critique, voilà les pierres angulaires qu'il faut maintenant amener au cœur, et non en périphérie, de la formation médicale. À nous, comme éducateurs, de trouver les meilleurs moyens de le faire.

Éducation médicale et identification des compétences

Le choix des indicateurs pour l'évaluation de l'approche par compétence en éducation médicale est complexe. Bien que présents au niveau normatif, des critères spécifiques liés à la responsabilité sociale sont rares quand vient le temps de mesurer les résultats de la formation en santé.[2] Ceci dit, je demeure convaincu que cette approche pédagogique demeure la plus apte à former les travailleurs de la santé répondant aux besoins de la société. En effet, expliciter a priori les compétences recherchées force la réflexion sur ce que seront et ce que feront les futures professionnelles de la santé. J'insiste encore sur le besoin de repenser les compétences à cause de l'IA. Durant mon mandat, nous avons revu en profondeur plusieurs de nos curricula (doctorat en médecine, baccalauréat en sciences infirmières, études supérieures). L'identification des compétences jugées nécessaires à la formation des futures professionnelles de la santé est toujours la source de frictions, de compromis et de décisions difficiles. Science ou humanité, généralisme ou spécialité, connaissances ou compétences. Dans la formation médicale en 2026, quelle est la pertinence de maîtriser le classique, gigantesque corpus de connaissances? La réponse à cette question nous échappe depuis les dizaines d'années qu'on se la pose en lien avec la croissance exponentielle des connaissances.[3] Il faut maintenant y réfléchir face à l'accès universel, ultra facile, à une connaissance synthétisée que nous offre l'IA. Ma proposition est que la formation du nouveau médecin doit investir plus de temps et d'emphase sur le développement de l'humanisme et de l'esprit critique. Ce changement lui donnera les outils nécessaires à son rôle d'acteur réflexif, collaboratif et socialement responsable. J'ose articuler notre mission en quelques grands chapitres. Nous devrons :

- Lui enseigner les limites de l'IA.
- Lui apprendre à appliquer au quotidien son jugement éthique, clinique, critique.
- Lui apprendre à communiquer avec empathie, humilité et nuance culturelle avec une clientèle qui aura elle aussi accès aux recommandations de l'IA

À nous donc d'articuler cette mission en objectifs clairs et incorporés dans nos cursus en prévoyant d'emblée qu'une étape importante restera d'implanter et de faire vivre ces changements.

Leadership

Toute période de changement en pédagogie médicale demande une attention particulière de ses leaders. J'ai fait partie durant mon décanat de ceux dont la voix est restée timide à propos de l'arrivée de l'IA. Avec l'éclairage que me donne le recul je réalise que c'était une erreur. Il faut réagir vigoureusement. Il faudra mener des changements importants en respectant le bien-être des parties impliquées. Il ne s'agit pas ici simplement d'apprendre une nouvelle pédagogie ou modalité d'enseignement. En particulier en formation post-doctorale, le corps professoral apprendra la nouvelle médecine en même temps que les étudiants. Pour y arriver, nous aurons tous à mettre de l'avant et à développer des qualités essentielles. La première, à la mode, est la résilience. Mon expérience et la littérature récente me suggèrent qu'au moins aussi important est l'humilité.[4]

On s'entend en général autour d'une définition qui ressemblerait à ceci : *Basée sur une évaluation honnête de ses forces et de ses faiblesses, l'humilité est une posture cognitive et relationnelle face à l'incertitude.* Moins étudiée que d'autres compétences (intelligence émotionnelle, résilience ou communication par exemple), elle souffre d'un manque de conceptualisation et de mesures empiriques robustes. Ce décalage entre importance fonctionnelle et le développement scientifique m'amène à voir l'humilité comme une compétence silencieuse à laquelle il faut donner une voix. Cette qualité personnelle doit servir de pilier pour bâtir les qualités interpersonnelles et celles nécessaires à une posture d'apprenant à vie et de leader systémique efficace. Il m'apparaît de plus évident qu'elle est un vecteur puissant de cohérence entre la responsabilité sociale, la pédagogie médicale et le leadership. J'irai jusqu'à dire que c'est la seule posture qui peut nous mener aux réponses dont nous avons besoin devant l'invasion de l'IA. À nous donc de trouver le moyen de diriger avec humilité et d'enseigner cette valeur à nos étudiants.

Conclusions

Au dernier millénaire, l'expertise médicale reposait largement sur l'accumulation de connaissances Le rôle du médecin traditionnel était donc de faire le pont entre son savoir et le problème de son patient. Au XXIe siècle, l'intelligence artificielle transforme cette logique en rendant l'accès au savoir quasi instantané pour tous. Si la source du savoir est maintenant démocratisée, le rôle du médecin reste encore de faire le lien entre ce savoir et son patient. Dans ce nouveau contexte, ce qui distingue le médecin et le leader médical ne peut plus être sa seule connaissance mais sa capacité à recadrer l'information pour son patient en reconnaissant les limites de l'IA et ses propres limites. En d'autres mots, humanisme, esprit critique et humilité. Ce sont des compétences que doivent enseigner plus explicitement nos facultés. Voilà notre véritable responsabilité sociale. En leaders humbles nous devons reconnaître qu'il y urgence d'agir.

Informations sur l'auteur :

1- Département de chirurgie, Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Correspondence à:

Dominique Dorion

email: dominique.dorion@usherbrooke.ca

Publié avant numéro :

16 nov. 2026

© 2026 DORION; titulaire de licence Synergies Partners. Cet article d'Open Journal Systems est distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr), qui permet l'utilisation, la distribution, la reproduction et l'adaptation sans restriction, sur tout support ou dans tout format, y compris à des fins commerciales, à condition que l'œuvre originale soit correctement citée.

Conflits d'intérêts :

None.

Financement :

None.

Références

1. Farhat S, Maherzi A. Repenser la responsabilité sociale en santé. *Can Med Ed J.* 2026 Apr.15 17(4): 90-3 https://doi.org/10.36834/qh97n370
2. Alharbi, NS. Evaluating competency-based medical education: a systematized review of current practices. *BMC Med Educ.* 2024;24(612) https://doi.org/10.1186/s12909-024-05609-6
3. Eva KW. 73 days?! Examining the rate at which medical knowledge doubles and its implications. *Med Educ.* 2026;1-7. https://doi.org/10.1111/medu.70323
4. Orrick MJ, Durning S, Hartzell J, et al. Perspectives on leadership for medical educators: a qualitative study of leadership qualities identified by US medical School deans. *BMJ Leader.* 2025;9:153-159. https://doi.org/10.1136/leader-2024-001145