

Les modèles de rôle des finissants en médecine familiale et dans différentes spécialités au Québec

Luc Côté, MSERVSOC, PHD Brigitte Maheux, MD, PHD Claude Beaudoin, MD, PHD

RÉSUMÉ

OBJECTIFS Décrire et comparer les modèles de rôle des finissants en médecine familiale, en spécialités médicales et en spécialités chirurgicales provenant des facultés de médecine francophones du Québec.

DEVIS Enquête postale.

PARTICIPANTS Résidents québécois diplômés en 1990 en médecine familiale (189), en spécialités médicales (147) et en spécialités chirurgicales (64).

PRINCIPALES MESURES DES RÉSULTATS Nombre de modèles choisis, caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et personnelles du modèle principal, influence auprès des étudiants.

RÉSULTATS Les finissants en médecine familiale choisissent des modèles qui ressemblent davantage à ceux de leurs collègues en spécialités médicales qu'en spécialités chirurgicales. En médecine familiale, les finissants (et surtout les finissantes) ont plus de difficulté à identifier des modèles et choisissent leur modèle principal surtout en raison d'un ensemble de qualités qui traduisent une orientation biopsychosociale des soins et une préoccupation pour des aspects communautaires de la pratique médicale.

CONCLUSION Le choix des modèles est un processus complexe. Les enseignants-cliniciens dans les programmes de résidence jouent un rôle très important dans le développement de l'identité professionnelle des futurs médecins.

ABSTRACT

OBJECTIVES To describe and compare the role models of Quebec residents graduating from French-language faculties of family medicine and from medical specialties.

DESIGN Survey by mail.

PARTICIPANTS Quebec residents graduating in family medicine (189), medical specialties (147), and surgical specialties (64) in 1990.

MAIN OUTCOME MEASURES Number of models chosen, social, demographic, professional, and personal characteristics of primary role models, role models' influence on students.

RESULTS Role models chosen by family medicine graduates more closely resemble those of their medical speciality colleagues than those of their surgical speciality colleagues. Family medicine graduates, particularly female graduates, have more difficulty choosing models. Their choices are based mainly on qualities that reflect a biopsychosocial approach to care and concern with the community aspects of medical practice.

CONCLUSION Choosing role models is a complex process. Medical faculty in residency programs play an important role in the professional identity of future physicians.

Cet article a fait l'objet d'une évaluation externe.

Can Fam Physician 1997;43:907-913.

RECHERCHE

Les modèles de rôle des finissants en médecine familiale et dans différentes spécialités au Québec

L'apprentissage du rôle du médecin s'étale sur plusieurs années. Même si ce rôle se raffine après l'obtention du permis de pratique,¹ c'est principalement au cours de ses années de formation universitaire, et davantage pendant sa formation clinique, que l'étudiant apprend à l'exercer.

Selon plusieurs études, les futurs médecins développent leur expertise professionnelle notamment en observant les enseignants-cliniciens.²⁻⁶ C'est surtout pendant la formation en résidence que l'étudiant apprend à exercer la médecine en tant que médecin de famille, pédiatre, chirurgien, etc. La présence des personnes admirées pour leur façon d'être et de faire est donc déterminante. Plusieurs auteurs s'inquiètent de l'image du médecin transmise par les enseignants.⁷⁻¹¹ Dans un contexte de surspécialisation des soins et de haute technicité, particulièrement dans les centres hospitaliers universitaires, la dimension biomédicale de l'acte médical occulte souvent la dimension psychosociale du problème du patient.

Depuis plusieurs années et surtout en médecine familiale, on tente de mieux préparer les étudiants à dispenser des soins tant préventifs que curatifs dans une approche biopsychosociale du patient.¹² Toutefois, on ne sait pas si les résidents en médecine familiale s'identifient à des modèles qui transmettent ce type de philosophie de soins. De plus, depuis l'arrivée massive des femmes en médecine et en particulier dans les programmes de médecine familiale, on ne sait pas si elles réussissent à choisir des modèles et le cas échéant, s'ils sont différents de ceux choisis par leurs collègues masculins.

Il y a eu peu d'études sur les modèles de rôle des étudiants. Quelques-unes ont porté sur les caractéristiques générales des modèles choisis pendant la formation prédoctorale.¹³⁻¹⁶ Deux études ont examiné cette question au niveau postdoctoral.^{2,17} D'après ces études, les résidents sont en mesure de choisir des modèles de rôle pendant leur formation et les caractéristiques qu'ils admirent se rapportent aux dimensions clinique, pédagogique et relationnelle de leurs modèles. Les caractéristiques sociodémographiques des modèles sont peu

M. Côté est professeur au Département de médecine familiale et au Bureau de pédagogie des sciences de la santé, Faculté de médecine, Université Laval.

Les Drs Maheux et Beaudoin font partie du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

rapportées. Il en est de même pour les messages perçus par les résidents et l'influence que les modèles exerceraient pendant la formation. On ne sait pas non plus si les résidents en médecine familiale choisissent des modèles différents de leurs collègues en spécialités, ni si le sexe des résidents influence le choix des modèles.

La présente étude vise à décrire les modèles choisis par les finissants en médecine familiale provenant des facultés de médecine francophones du Québec et à les comparer à ceux choisis par leurs collègues en spécialités médicales et chirurgicales.

MÉTHODE

Cette enquête, réalisée selon la technique de Dillman,¹⁸ était la deuxième étape d'une étude longitudinale visant à évaluer l'influence de la formation médicale sur les attitudes des médecins.¹⁹ En 1990, une nouvelle section portant sur les modèles de rôle a été ajoutée au questionnaire initial et envoyée par la poste aux résidents en dernière année de formation en médecine familiale, en spécialités médicales et en spécialités chirurgicales à l'Université Laval, l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke (n=482). Les questions ont été rédigées en s'inspirant des travaux de plusieurs auteurs portant sur les modèles et sur les caractéristiques des bons enseignants-cliniciens en médecine^{2-4,20-28} et ont été testées au préalable auprès de 40 étudiants en médecine et enseignants-cliniciens.

Les modèles choisis par les trois types de répondants ont été comparés, chez les hommes et chez les femmes séparément, à l'aide du test du χ^2 de Pearson ou du test exact de Fisher lorsque le nombre de sujets attendus dans une cellule était inférieur à cinq. Le test du χ^2 de Mantel-Haenszel a servi à comparer les modèles choisis par les trois types de répondants en contrôlant pour le sexe, de même que pour obtenir les comparaisons entre la médecine familiale et les deux autres groupes. Le seuil de signification statistique a été établi à 0,01.

RÉSULTATS

Quatrecent finissants (82 %) ont retourné un questionnaire complété (**tableau 1**) dont 189 (47 %) en médecine familiale, 147 (37 %) en spécialités médicales et 64 (16 %) en spécialités chirurgicales. La proportion d'hommes (51 %) était légèrement inférieure à celle de la population au moment de l'étude (54 %). Les participants de l'Université de Montréal étaient un peu plus

Tableau 1. Caractéristiques des répondants.

UNIVERSITÉ	MÉDECINE FAMILIALE	SPÉCIALITÉS MÉDICALES	SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES	TOTAL	TAUX DE RÉPONSES (%)
Université Laval					
• hommes	27	20	8		
• femmes	32	16	9		
• sous-total	59	36	17	112	82
Université de Montréal					
• hommes	36	40	14		
• femmes	38	31	16		
• sous-total	74	71	30	175	85
Université de Sherbrooke					
• hommes	26	23	10		
• femmes	30	17	7		
• sous-total	56	40	17	113	79
TOTAL	189	147	64	400	82

nombreux. L'âge moyen des répondants était de 29 ans. Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les répondants et les non-répondants quant à l'âge, au sexe et au type de formation. Un peu plus d'un résident sur deux (n=207) a identifié au moins trois personnes qui ont joué le rôle de modèle dans sa formation. Cependant, 15 % des répondants (n=60) n'ont pas identifié. Cette absence de modèle était plus fréquente chez les résidents en médecine familiale (19 %), en particulier chez les femmes, que chez ceux en spécialités médicales (13 %) et chirurgicales (8 %) (p=0,012).

Caractéristiques générales du modèle principal

Ces caractéristiques sont présentées au **tableau 2**. Quelle que soit la formation du répondant, le modèle le plus fréquent était un homme médecin, âgé de 50 ans et moins et ayant agi comme professeur ou superviseur clinique auprès du répondant au cours de sa résidence. Toutefois, certaines différences ont été observées entre les groupes et le contraste était généralement plus marqué entre la médecine familiale et les spécialités chirurgicales. En effet, bien que la grande majorité des modèles retenus étaient des hommes, ce contraste était moins prononcé en médecine familiale et en spécialités médicales, spécialement chez les femmes provenant de ces groupes. De même, indépendamment du type de formation, plus

de 80 % ont choisi des modèles âgés de 50 ans et moins (encore plus évident en médecine familiale qu'en spécialités). De plus, la majorité des répondants ont choisi des modèles qui avaient suivi la même formation postdoctorale qu'eux. Ceci était davantage vrai pour les femmes en médecine familiale et en spécialités médicales. Les modèles exerçaient leur influence surtout pendant la formation en résidence et cette influence était encore plus marquée en médecine familiale chez les finissantes.

Qualités admirées chez le modèle principal

Bien qu'il y ait eu certaines similitudes, notamment en ce qui concerne l'expertise clinique, la simplicité et l'humanisme avec les patients, certaines différences méritent d'être soulignées (**tableau 3**). D'abord, l'expertise clinique du modèle était un peu moins admirée en médecine familiale, spécialement par les femmes, alors que les qualités de pédagogue du modèle étaient un peu moins rapportées par les hommes en médecine familiale. Inversement, les qualités humaines du modèle, en particulier le fait d'être chaleureux et d'être centré sur le malade en tant que personne, étaient davantage rapportées en médecine familiale qu'en spécialités chirurgicales. La différence était encore plus marquée entre les femmes provenant de ces groupes.

Une plus grande proportion de répondants en médecine familiale qu'en spécialités, en majorité des

RECHERCHE

Les modèles de rôle des finissants en médecine familiale et dans différentes spécialités au Québec

Tableau 2. Caractéristiques générales du modèle principal

CARACTÉRISTIQUES DU MODÈLE	HOMMES				FEMMES				TOTAL			
	MF %	SM %	SC %	P	MF %	SM %	SC %	P	MF %	SM %	SC %	P
Sexe masculin	94	88	100	,087	65	71	97	,003	80	81	98	,001*
A été votre professeur	92	90	96	,600	93	85	90	,309	93	88	93	,303
Âge				,004				,438				,009*†
• ≤ 50 ans	92	73	72		90	92	87		91	82	80	
• > 50 ans	8	27	28		10	8	13		9	18	20	
Type de formation				,000				,000				,000*†
• MF	69	0	4		88	4	0		79	2	3	
• SM	26	74	14		11	92	33		18	96	1	
• SC	5	26	82		1	4	67		3	1	74	
Surtout influencé:				,380				,001				,002*
• avant la résidence	16	23	28		5	15	33		11	20	31	
• pendant la résidence	84	77	72		95	85	67		89	80	69	

MF – Médecine familiale, SM – Spécialités médicales, SC – Spécialités chirurgicales

*Médecine familiale vs spécialités chirurgicales

†Médecine familiale vs spécialités médicales

femmes, admiraient un modèle qui collabore avec d'autres professionnels de la santé et qui s'intéresse à la prévention et à la promotion de la santé. Toutefois, ces qualités étaient moins valorisées que l'expertise clinique, les qualités humaines et les qualités de pédagogue du modèle. Enfin, pour ce qui est des autres qualités, de 10 % à 44 % des répondants admiraient leur modèle pour ses compétences de chercheur et pour l'attention qu'il porte à sa qualité de vie. Sur ce dernier point, les femmes en médecine familiale se démarquaient des femmes provenant des spécialités.

Influence du modèle principal

Quel que soit le type de formation des répondants, le modèle principal exerçait son influence la plus importante en stimulant les étudiants sur le plan professionnel (**tableau 4**). Cette influence était un peu moins marquée chez les finissantes en médecine familiale. Environ deux répondants sur trois ont estimé que leur modèle a influencé leur façon d'exercer la médecine et les a valorisés sur le plan personnel. Ces influences étaient exprimées de façon assez uniforme par les finissants, quelle que soit leur formation. Le modèle principal avait peu influencé les répondants ni dans leur choix de carrière, ni dans leur façon d'être dans leur vie personnelle et ceci, quelle que soit la formation des répondants.

DISCUSSION

Le portrait-type du modèle choisi

À l'instar des travaux de Bucher et Stelling,² la majorité des résidents en fin de formation se disent influencés par plusieurs modèles pendant leurs études médicales. Indépendamment de la formation des résidents, le portrait-type du modèle choisi est un médecin ayant reçu la même formation postdoctorale que les résidents et qui a été leur professeur. Il est un bon clinicien et un bon pédagogue, fait preuve de simplicité et manifeste des qualités humaines auprès des patients. Il est une source de stimulation professionnelle et influence, surtout pendant la résidence, les futurs médecins dans leur façon d'exercer la médecine. Bien que ce portrait confirme plusieurs résultats d'autres études sur les modèles^{2,13,14,17} et soit conforme aux principales qualités associées au fait d'être un bon enseignant-clinicien,^{3,4,20-28} certains résultats méritent une attention particulière.

Tout d'abord, notre étude souligne l'importance du rôle joué par les enseignants-cliniciens dans la formation en résidence car ils constituent le bassin des modèles principaux auxquels les résidents s'identifient : ils les stimulent professionnellement et ils influencent leur façon d'exercer la médecine. Par conséquent, il est essentiel que les enseignants soient conscients qu'ils jouent le rôle de modèles, qu'ils

Table 3. Qualités «beaucoup» admirées chez le modèle principal

QUALITÉS DU MODÈLE	HOMMES				FEMMES				TOTAL			
	MF %	SM %	SC %	P	MF %	SM %	SC %	P	MF %	SM %	SC %	P
Expertise clinique	83	90	83	,423	73	88	97	,007	78	89	90	,023*†
Bon enseignant	60	82	72	,013	72	74	77	,886	66	79	75	,061
Qualités humaines												
• avec les patients	78	65	83	,092	85	84	67	,071	82	73	75	,237
• chaleureux	76	75	59	,173	87	83	57	,001	81	79	58	,000*
• centré sur le malade plutôt que sur la maladie	76	54	61	,020	84	84	50	,000	80	67	55	,000*
• fait preuve de simplicité	73	80	69	,475	88	77	80	,258	81	79	75	,630
Préoccupation communautaire												
• collabore avec d'autres professionnels	58	52	38	,191	68	60	30	,001	63	55	34	,000*
• concerné par la prévention et la promotion de la santé	54	31	18	,000	68	54	20	,000	61	41	19	,000*†
• soucieux du coût des soins	28	24	17	,488	23	25	33	,536	26	24	25	,951
Autres												
• compétences de chercheur	9	17	3	,097	11	14	17	,699	10	16	10	,267
• attentif à sa qualité de vie	32	41	35	,502	57	43	30	,030	44	42	32	,240

MF – Médecine familiale, SM – Spécialités médicales, SC – Spécialités chirurgicales

* Médecine familiale vs spécialités chirurgicales

† Médecine familiale vs spécialités médicales

réfléchissent aux valeurs qu'ils veulent transmettre et qu'ils s'assurent qu'il y a concordance entre leurs propos et leurs comportements. De plus, les résidents s'identifient aux enseignants qui semblent posséder des qualités sur plusieurs plans : clinique, pédagogique et relationnel. Ceci confirme l'importance des dimensions cognitive et affective dans les relations d'apprentissage médecin-patient et enseignant-étudiant.

Différents modèles sont choisis

Comparés aux résidents en spécialités, les modèles en médecine familiale, et davantage ceux des femmes, manifesteraient des qualités plus compatibles avec l'approche biopsychosociale, en particulier l'orientation vers le malade plutôt que vers la maladie et avec la préoccupation communautaire, notamment la collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Ce résultat est encourageant pour les enseignants en médecine familiale parce qu'il montre que la majorité des futurs médecins de famille (entre 60 % et 80 %) s'identifient à des professeurs qui véhiculent des valeurs jugées importantes dans cette formation, et que l'acquisition du rôle et

des valeurs professionnelles qui y sont associées est facilitée lorsque les professeurs transmettent des messages explicites et cohérents avec les objectifs de la formation.³¹⁻³²

Deux facteurs expliquent, du moins en partie, le fait que les finissants en médecine familiale et en spécialités médicales admirent davantage ces qualités. D'abord, la démarche médicale en médecine familiale ressemble beaucoup à celle des spécialités médicales générales. Les problèmes de santé sont souvent de nature indéterminée, la fatigue par exemple, ne requièrent pas nécessairement d'intervention médicale agissante et nécessitent souvent une vision biopsychosociale de la maladie. À l'inverse, en spécialités chirurgicales, les problèmes de santé sont aigus, mieux définissables et requièrent des interventions dont les résultats sont tangibles de façon assez immédiate. Les valeurs et le rôle du médecin sont influencés par ces types de pratique et se répercutent sur les modèles de rôle proposés aux résidents.

Deuxièmement, la médecine familiale et plusieurs spécialités médicales générales attirent une majorité de femmes. Certains auteurs suggèrent que les femmes médecins valorisent davantage que leurs

RECHERCHE

Les modèles de rôle des finissants en médecine familiale et dans différentes spécialités au Québec

Tableau 4. Objets d'influence du modèle principal: Ces résultats représentent les répondants qui considèrent que leur modèle les a « beaucoup » influencés

OBJETS D'INFLUENCE	HOMMES				FEMMES				TOTAL			
	MF %	SM %	SC %	P	MF %	SM %	SC %	P	MF %	SM %	SC %	P
Plan professionnel												
• m'a stimulé sur le plan professionnel	91	92	100	,256	84	98	100	,000	88	94	100	,000*†
• a influencé ma façon d'exercer	69	59	75	,222	58	72	63	,291	64	64	69	,762
• a influencé mon choix de carrière	18	21	32	,307	21	42	20	,020	19	30	26	,103
Plan personnel												
• m'a valorisé sur le plan personnel	71	61	69	,453	768	68	72	,62	73	64	71	,292
• a influencé ma façon d'être dans ma vie personnelle	17	15	21	,760	12	26	30	,050	15	20	26	,144

MF – Médecine familiale, SM – Spécialités médicales, SC – Spécialités chirurgicales

*Médecine familiale vs spécialités chirurgicales

†Médecine familiale vs spécialités médicales

collègues masculins des qualités telles que l'écoute du patient et les aspects psychosociaux de la maladie.³³⁻³⁶ Le choix des modèles est sans doute influencé par les valeurs que ces femmes en formation jugent importantes. Cela dit, les résultats tirés de cette étude doivent être interprétés avec réserve en raison de la présence de biais susceptibles d'orienter les résultats. Les répondants proviennent davantage de la médecine familiale et de l'Université de Montréal. Par rapport à la population générale des résidents en médecine, les femmes qui ont participé à cette étude sont sous-représentées en médecine familiale et surreprésentées en spécialités chirurgicales.

Conclusion

Cette étude confirme l'importance des enseignants-cliniciens en tant que modèles de rôle auprès des résidents. Toutefois, elle n'est qu'une amorce de description et de comparaison. D'autres recherches qualitatives et quantitatives devront mieux documenter les modèles de rôle des futurs médecins notamment en fonction des étapes de la formation et le cas échéant, permettre de comprendre pourquoi certains étudiants ne s'identifient à aucun médecin qui lui a enseigné. Par ailleurs, il faut déterminer si les enseignants sont conscients de leur rôle de modèle et, dans l'affirmative, s'ils ont une perception claire du modèle qu'ils veulent projeter. ❖

Correspondance à: M. L. Côté, Bureau de pédagogie des sciences de la santé, Faculté de médecine, Pavillon Ferdinand-Vandry, Université Laval, Ste-Foy, QC G1K 7P4. Téléphone : 418-656-2131, poste 5963. Courrier électronique : Luc.Cote@fmed.ulaval.ca

Références

- Freidson E. *Profession of Medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodol, 1970.
- Bucher R, Stelling J.G. *Becoming professional*. Beverly Hills: Sage Publications, 1977.
- Ficklin FL, Browne VL, Powell RC, Carter JE. Faculty and house staff members as role models. *J Med Educ* 1988; 63:392-6.
- Irby DM. Clinical teaching and the clinical teacher. *J Med Educ* 1986;61:34-45.
- Ransom DC. On the absence of role models in family practice training. *Fam Systems Med* 1986;4:123-8.
- Harrows HS. The scope of clinical education. *J Med Educ* 1986;9:23-33.
- Association of American Medical Colleges. *Physicians for the twenty-first century. The GPEP report*. Washington: AAMC, 1984.
- Lipkin ML. Towards the education of doctors who care for the needs of the people: innovative approaches in medical education. Dans: *New direction for medical education: problem-based learning and community-oriented education*. Sous la direction de Schmidt HG, Lipkin M, De Vries MW, Greep JM. New York: Springer-Verlag, 1989.

RECHERCHE

9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-32.
10. Schwartz MA, Wiggins OJ. Science, humanism and the nature of medical practice: a phenomenological view. *Perspect Biol Med* 1985;28:331-61.
11. Pellegrino ED. The reconciliation of technology and humanism: a Flexnerian task 75 years later. Dans: *Flexner 75 years later: a current commentary on medical education*. Sous la direction de Vevier C. New York: University Press of America, 1987.
12. Stewart M, Belle Brown J, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1995.
13. Detwiler DA. *Role models of medical students*. Doctoral dissertation, Southern Illinois University at Carbondale. University Microfilms International Number 8700614, 1986.
14. Lublin JR. Role modeling: a case study in general practice. *Med Educ* 1992;26:116-22.
15. Gerber LA. The search for clinical role models as a way of coping with clerkship stress. *J Med Educ* 1979;59:659-61.
16. Roeske NA, Lake L. Role models for women medical students. *J Med Educ* 1977; 52:459-66.
17. Wright S. Examining what residents look for in their role models. *Acad Med* 1996; 71(3):290-2.
18. Dillman DA. *Mail and telephone surveys: the total design method*. New York: John Wiley and Sons, 1978.
19. Maheux B, Delorme P, Béland F, Beaudry J. Humanism in medical education: a study of educational needs perceived by trainees of three Canadian schools. *Acad Med* 1990; 65:41-5.
20. Irby DM. Clinical teacher effectiveness in medicine. *J Med Educ* 1978;53:808-15.
21. Irby DM, Gillmore GM, Ramsey PG. Factors affecting ratings of clinical teachers by medical students and residents. *J Med Educ* 1987;62:1-7.
22. Irby DM, Ramsey PG, Gillmore GM, Schoad U. Characteristics of effective clinical teachers of ambulatory care medicine. *Acad Med* 1991;66:54-5.
23. Stritter FT, Baker RM. Resident preferences for the clinical teaching of ambulatory care. *J Med Educ* 1982;57:33-41.
24. Woolliscroft VO, Schwenk TL. Teaching and learning in the ambulatory setting. *Acad Med* 1989;64:644-8.
25. Ramsey PG, Gillmore GM, Irby DM. Evaluating clinical teaching in the medicine clerkship. *J Gen Intern Med* 1988;3:35-55.
26. Hekelman FP, Vanek E, Kelly K, Alemagno S. Characteristics of family physicians' clinical teaching behaviors in the ambulatory setting: a descriptive study. *Teach Learn Med* 1993;5:18-23.
27. Hekelman FP, Snyder CW, Alemagno S, Hull AL, Vanek EP. Humanistic teaching attributes of primary care physicians. *Teach Learn Med* 1995;7:29-36.
28. Irby DM. What clinical teachers in medicine need to know. *Acad Med* 1994; 69:333-41.
29. Rapport annuel 1993-1994 du Collège des médecins du Québec. *Les effectifs médicaux au Québec - Situation de 1972 à 1992 et projections pour 1997*. Montréal: Collège des médecins du Québec, 1994.
30. Kemper T. Reference groups, socialization and achievement. *Am Sociol Rev* 1968; 33:31-45.
31. Olesen VL, Whitaker EV. Critical notes on sociological studies of professional socialization. Dans: *Profession and Professionalization*. Sous la direction de Olesen VL. London: Cambridge University Press, 1970.
32. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
33. Lieu TA, Schroeder SA, Altman DF. Specialty choices at one medical school: recent trends and analysis of predictive factors. *Acad Med* 1989;64:622-9.
34. Grant L, Duross DJ. Expected rewards of practice and personal life priorities of men and women medical students. *Sociol Focus* 1984;17:87-104.
35. Burkett GL, Kurz IE. A comparison of the professional values and career orientation of male and female medical students: some unintended consequences of US public policy. *Health Policy Educ* 1981;2:33-45.
36. Maheux B, Dufort F, Béland F. Professional and sociopolitical attitudes of medical students: gender differences reconsidered. *J Am Med Women's Assoc* 1988; 43:73-6.
37. Swenson JR, Boyle A, Last J, Perez EL, Russell JA, Gosselin JY. Mentorship in medical education. *Annals RCPSC* 1995;8:165-9.

Dicetel[®]

P I N A V E R I U M B R O M I D E

NAME OF DRUG: DICETEL[®] (Pinaverium Bromide) 50 mg film-coated tablets

THERAPEUTIC CLASSIFICATION: Gastrointestinal calcium antagonist

CLINICAL PHARMACOLOGY: Pinaverium bromide is a calcium antagonist which inhibits the calcium influx by blocking the voltage-dependent calcium channel at the smooth muscle cell level. It possesses a high degree of selectivity for the intestinal smooth muscle. Many studies showed that pinaverium bromide induces a relaxation of the gastrointestinal and the biliary tracts and mainly of the colon, an inhibition of the motor colonic response to food and/or pharmacological stimulations, implying the action of the drug in irritable bowel syndrome.

INDICATIONS AND CLINICAL USE: DICETEL is indicated:

– for the treatment and relief of symptoms associated with irritable bowel syndrome (IBS): abdominal pain, bowel disturbances and intestinal discomfort.

– for the treatment of symptoms related to functional disorders of the biliary tract.

CONTRAINDICATIONS: DICETEL is contraindicated in patients with known hypersensitivity to pinaverium bromide or any of the excipients. No other contraindications have been identified at this time.

WARNINGS: Contact of pinaverium bromide with the oesophageal mucosa may be irritating. Therefore, it is strongly recommended that the tablet be taken with a glass of water during mealtime. If more than three tablets are prescribed per day, the additional tablet(s) should be taken concurrently with a glass of water and a snack.

PRECAUTIONS: DICETEL should not be administered for the relief of motility dysfunction due to underlying organic disease. Use in pregnancy: Reproductive studies performed in animals have not revealed the presence of teratogenic effects. However, the safety of DICETEL during pregnancy has not been established. Consequently, in the pregnant patient, this drug should only be administered if, in the judgement of the physician, its use is essential to the welfare of the patient.

Use during lactation: There have been no controlled studies in nursing women, therefore, the drug should be avoided during lactation.

ADVERSE REACTIONS: Minor adverse events were reported and listed as mild and moderate. They were mainly minor digestive disorders that may be related to the disease, such as epigastric pain and/or fullness (0.8%), nausea (0.5%), constipation (0.4%), heartburn (0.3%), distension (0.3%), diarrhoea (0.2%). **For other systems:** headache (0.3%), dryness of the mouth (0.3%), drowsiness (0.2%), vertigo (0.2%) and skin allergy (0.2%).

SYMPTOMS AND TREATMENT OF OVERDOSAGE: In man, apart from diarrhoea and/or flatulence, pinaverium bromide induced no undesirable effects in daily dosages of up to 1,200 mg. No cases of overdosage of DICETEL have been reported to date. However, if overdosage occurs, gastric lavage is recommended and symptomatic treatment initiated if deemed necessary.

DOSE AND ADMINISTRATION: The usual adult dosage is three film-coated tablets of 50 mg a day (one tablet three times a day). In exceptional cases, the dosage may be increased up to six tablets a day (two tablets three times a day). It is recommended that the tablet be taken with a glass of water during meals or snacks. The tablet should not be swallowed when in the lying position or just before bedtime. The duration of treatment depends on the disorders for which DICETEL is given.

AVAILABILITY: DICETEL is available as:

Tablets: DICETEL 50 mg: Each orange-coloured, circular-shaped, film-coated tablet with a slightly convex surface contains 50 mg of pinaverium bromide as active ingredient. Available in blister packs, in boxes of 100 tablets.

Reference: 1. Dicetel Product Monograph. Solvay Pharma Inc. Product Monograph available to health professionals upon request. For further information call the Solvay Pharma Medical Info Line at 1-800-268-4276. Schedule F.

Solvay
Pharma



Solvay Pharma Inc.
Scarborough, Ontario, M1B 3L6

