



# ÉTUDE SUR LES ENSEIGNANTS CLINIQUES DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA

Un document de travail – 2009

Préparé par: Dr. David Cook, M.A., D.Phil. (Oxon), Vargo Distinguished Teaching Professor, Faculté de médecine et de dentisterie, University of Alberta

Édition : Busing, Nick Président-directeur general

Gold, Irving Vice-président, Relations gouvernementales et affaires externes

Peirce, Catherine Gestionnaire de projet

Financement :



Health  
Canada

Santé  
Canada



## AFMC

L'Association des facultés  
de médecine du Canada



### Hommage au Dr David Cook (1942 – 2009)

Le 13 septembre 2009, l'Association des facultés de médecine du Canada a été profondément attristée par le décès subit du Dr David Cook.

À titre de chercheur principal de *l'Étude sur les enseignants cliniques dans les facultés de médecine du Canada*, David rêvait d'avoir un impact positif sur les conditions de travail des enseignants cliniques.

Il a voyagé dans tout le pays pour rencontrer les doyens, les doyens associés, les administrateurs, les enseignants et les étudiants. Dans cette étude, David a laissé les enseignants cliniques et d'autres intervenants s'exprimer à propos de l'éducation et l'apprentissage en milieu clinique. Grâce à la publication de ce rapport et à chacune des rencontres personnelles qu'il a faites, la passion et le dévouement de David envers l'enseignement médical ne s'éteindront jamais.



## AFMC

L'Association des facultés  
de médecine du Canada

### Remerciements

#### COMITÉ CONSULTATIF

Dr Nick Busing, Président-directeur général, Association des facultés de médecine du Canada  
Dr William Albritton, Doyen, Collège de médecine, Université de la Saskatchewan  
Dr Thomas J. Marrie, Doyen, Faculté de médecine et dentisterie, Université de l'Alberta  
Dr Alan Neville, Doyen associé, Programme de médecine, Université McMaster  
Dre Sarita Verma, Vice-doyenne, Formation médicale postdoctorale, Université de Toronto  
Dr David M.C. Walker, Doyen, Faculté des sciences de la santé, Université Queen's à Kingston

#### ORGANISATEURS DES VISITES SUR LES SITES

Alberta	Coleen Kato	(de novembre 2008 à mars 2009)
Colombie-Britannique	Carolyn Courtemanche	(12 janvier 2009, 16 février 2009)
Calgary	Mitzi Murray	(21 novembre 2008)
Dalhousie	Christine Silver, Tracy Fraser	(5 décembre 2008)
Laval	Suzanne Gamache	(19 décembre 2008)
Manitoba	Pam Yarushinsky	(12 décembre 2008)
McGill	Danielle Moronval-McDonald	(16 décembre 2008)
McMaster	Tracie Drees	(10 novembre 2008)
Memorial	Carol Ann Walker	(4 décembre 2008)
Montréal	Christian Bourdy, MD	(17 décembre 2008)
Nord de l'Ontario	Nicole Lauzon	(13 février 2009)
Ottawa	Marie-Hélène Urro	(12 novembre 2008)
Queen's	Kris Bowes	(13 novembre 2008)
Saskatchewan	Kathy Kalyn	(17 novembre 2008)
Sherbrooke	Kathleen Bélanger	(18 décembre 2008)
Toronto	Morag Paton	(14 novembre 2008)
Ouest de l'Ontario	Lesley DePauw	(23 février 2009)

© 2009 l'Association des facultés de médecine du Canada

# Table des matières

<b>Résumé.....</b>	<b>1</b>
1) Résultats.....	1
2) Recommandations du projet .....	4
<b>I. Introduction .....</b>	<b>7</b>
1) Profil des répondants au sondage : Qui sont-ils et où enseignent-ils? .....	7
<b>II. Résultats.....</b>	<b>9</b>
1) Défis spécifiques chez les personnes associées à l'enseignement clinique.....	9
2) Enjeux relatifs à la reconnaissance, aux récompenses et à la rémunération pour les enseignants cliniques.....	11
3) Nécessité de responsabiliser et d'évaluer l'enseignement clinique.....	14
4) Nécessité de développer les facultés et d'améliorer l'enseignement et les programmes.....	14
5) Salaires et promotions .....	16
6) Autres modèles d'enseignement clinique .....	17
7) Perspective élargie – enseignement clinique, gouvernement et universités .....	18
<b>III. Recommandations du projet .....</b>	<b>21</b>



## Résumé

En 2008, l'Association des facultés de médecine du Canada a entrepris une étude sur les enseignants cliniques. Son objectif : offrir à nos doyens, administrateurs et décideurs un cadre de travail s'appuyant sur des faits afin qu'ils puissent mieux comprendre le soutien que reçoivent les éducateurs cliniques en période de croissance et d'expansion rapides des systèmes de formation médicale et postdoctorale. L'étude s'est plus particulièrement concentrée sur les points suivants : découvrir les meilleures pratiques d'embauche d'enseignants cliniques; comprendre la relation complexe entre les enseignants cliniques, les facultés de médecine, les universités, les associations médicales et les différents gouvernements du Canada; identifier les ressources nécessaires au soutien des enseignants cliniques de tous les milieux et évaluer les problèmes d'aptitudes professionnelles actuels et futurs.

Le rapport décrit aussi les résultats de la collecte de données qualitatives et quantitatives, données recueillies notamment lors d'entretiens, d'un sondage national et par documentation. Le Dr David Cook, chercheur principal du projet, a rencontré plus de 200 personnes, y compris des administrateurs, des enseignants cliniques (sur des campus principaux et secondaires), des doyens ainsi que des représentants du gouvernement et d'associations médicales, dans le cadre d'entretiens prolongés. Ces derniers étaient conçus de manière à permettre l'expression des opinions personnelles sur les défis rencontrés ainsi que sur les succès des intervenants du milieu de l'éducation clinique.

### 1) RÉSULTATS

#### DÉFIS PROPRES À L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE AU CANADA

Les répondants de l'étude ont fait ressortir un certain nombre de défis liés à leur charge de travail, à la communication, à leur environnement et à l'éducation clinique dans un milieu doté de sites satellites. Un grand nombre d'enseignants cliniques ayant participé à l'étude a indiqué devoir constamment trouver un équilibre entre ses engagements cliniques et pédagogiques. Ce problème est d'autant plus important chez les médecins qui n'avaient pas l'intention d'enseigner, mais qui maintenant jouent ce rôle parce qu'ils travaillent sur des sites récemment assignés à l'éducation communautaire.

Les enseignants cliniques de l'étude étaient d'avis que les étudiants n'étaient pas bien préparés pour le milieu clinique, ce qui prolongeait la durée des activités d'enseignement. Les enseignants cliniques ont précisé que les diplômés internationaux en médecine semblaient nécessiter une attention supplémentaire en raison d'un manque de préparation.

Les répondants à l'étude ont noté qu'il y avait un problème d'espace. Les établissements cliniques, déjà bondés, ne suffisent pas en termes de locaux pour les résidents. La demande accrue pour des sites d'apprentissage en communauté pose un problème, car les patients disponibles ne conviennent pas tous aux objectifs de l'enseignement.

Les cliniciens des sites communautaires et secondaires jugent que les enseignants des campus principaux s'inquiètent à tort du fait que les campus éloignés pourraient être perçus comme des établissements moins professionnels ou de deuxième ordre alors qu'en fait, les sites associés représentent un avantage considérable pour l'enseignement. En réalité, les étudiants et les résidents étaient ravis de la formation reçue dans ces sites. De plus, les enseignants cliniques des campus secondaires se sont montrés enthousiastes face à leur implication active dans l'enseignement offert aux étudiants de premier cycle; ils sont devenus plus que de simples bénéficiaires de l'enseignement fourni par le campus principal. Les enseignants des sites communautaires sont totalement convaincus des avantages de l'enseignement dans les sites délocalisés.

#### RECONNAISSANCE, MÉTHODE DE COMPENSATION, RÉMUNÉRATION

La reconnaissance, la méthode de compensation et la rémunération semblent avoir été les éléments de discussion les plus importants de l'étude. Les politiques concernant les méthodes de compensation pécuniaires destinées aux enseignants cliniques varient considérablement d'une université à l'autre et au sein d'une même université. La rémunération annuelle a été l'élément le plus souvent cité, avec des échelles variant de moins de 500 \$ à 160 000 \$. De même, les échelles de rémunération quotidienne variaient entre 100 \$ et 1 000 \$. Les résultats indiquent une disparité considérable dans le soutien au revenu et la rémunération. La plus grande variabilité de rémunération se retrouve chez les enseignants à temps partiel; la majorité du personnel à temps partiel reçoit une forme ou une autre de rétribution et d'allocation, plutôt qu'un salaire intégral. Les répondants, peu importe le poste qu'ils occupent, croient que la croissance de la demande en enseignement clinique et l'augmentation du nombre de facteurs de dissuasion potentiels pour les enseignants cliniques créent un climat d'incertitudes personnelle et professionnelle parmi les enseignants à temps partiel.

Les programmes de financement alternatif, même s'ils ne sont pas universels, sont considérés comme une disposition financière appréciable qui permet aux cliniciens de structurer leur travail de façon à pouvoir assumer leurs responsabilités d'enseignement et de recherche avec un impact financier moins négatif sur leur revenu.

Il est tout aussi important de noter que plusieurs membres du personnel à temps partiel rencontrés ont souligné le fait que « ce n'est pas une question d'argent » et qu'ils étaient motivés par l'opportunité d'interagir avec les étudiants et leurs collègues. Ils ont souligné le fait que l'enseignement clinique améliore leur propre pratique clinique grâce à l'interaction avec ceux qui ont reçu une formation à jour.

#### RESPONSABILISATION ET ÉVALUATION

L'étude a clairement démontré que les enseignants cliniques aimeraient qu'il existe un processus d'évaluation complet et normalisé. Les répondants ont indiqué qu'un processus idéal inclurait les éléments suivants : une méthode normalisée de groupement des données d'évaluation, une transparence dans l'utilisation de l'information et plus de sensibilité ainsi que des restrictions dans la façon dont l'information est transmise à des tiers.

Selon les répondants, l'évaluation des enseignants cliniques est variable et il arrive même qu'aucune évaluation de l'enseignement en milieu clinique ne soit faite. Les résultats suggèrent également qu'environ la moitié des facultés de médecine ne possède pas de système uniformisé de remise des résultats d'évaluation aux enseignants. Il semble aussi que les enseignants cliniques sont plus susceptibles de recevoir une rétroaction de la part des étudiants que de leurs pairs ou des administrateurs. Les problèmes d'évaluation sont indissociablement liés à ceux des autres moyens de soutien des enseignants cliniques tels que l'investissement dans le perfectionnement et les promotions au sein de la faculté.

### BESOIN DE PERFECTIONNEMENT ET D'AMÉLIORATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES PROGRAMMES EN FACULTÉ

La majorité des enseignants cliniques interrogés a reconnu bénéficier d'un perfectionnement en faculté. D'importants obstacles les empêchent toutefois d'y participer. Selon l'étude, les cliniciens font face à une augmentation des demandes de services cliniques et ils doivent, en priorité, satisfaire les besoins de leurs patients. Les répondants ont aussi souligné le fait que les horaires, l'emplacement et les frais que représente le temps passé loin de leur bureau sont souvent les obstacles les plus importants à leur participation au perfectionnement en faculté. Les cliniciens suggèrent également que, dans bien des cas, le contenu des ateliers est trop général. Ils expriment le besoin d'ateliers sur mesure portant sur leur milieu d'enseignement clinique. Un certain nombre de pratiques plus fructueuses a été souligné. Par exemple, les ateliers en ligne, la tenue d'événements dans le milieu clinique, la planification d'ateliers de soir ou de sessions de fin de semaine ainsi que la planification d'occasions de perfectionnement en faculté en concomitance avec d'autres événements médicaux de formation continue.

Certains enseignants cliniques croient que le perfectionnement en faculté est inutile. Plusieurs considèrent que soit la capacité d'enseigner est innée (« certains la possèdent et d'autres non »), soit l'expertise sur un sujet se traduit nécessairement par la capacité à enseigner. Selon l'étude, le plus grand problème à régler est probablement que ceux qui ont le plus besoin de perfectionnement ne participent presque jamais aux activités et que les programmes finissent par améliorer les bons enseignants plutôt que d'identifier ceux qui ont besoin de formation additionnelle dans le but de parfaire leurs compétences.

### DÉCISIONS RELATIVES AUX SALAIRES ET AUX PROMOTIONS

L'étude a identifié cinq éléments majeurs d'un système équitable qui servirait à déterminer les salaires et les occasions de promotion, mais elle a aussi révélé qu'aucune école de médecine au Canada n'a encore pleinement instauré ces cinq critères. Les critères sont les suivants : (1) normes reconnues sur le rendement adéquat (2) examen systématique du rendement du personnel académique (3) mécanismes de récompense de l'excellence qui peuvent raisonnablement être appliqués en présence de preuves appropriées (4) moyens efficaces et structurés d'offrir de l'aide à ceux dont le rendement est sous-optimal et (5) options de sanctions contre ceux dont le rendement est constamment sous-optimal. Les éléments les plus souvent absents des systèmes actuels sont l'aide et les sanctions reliées à un rendement médiocre.

L'étude a révélé que les enseignants cliniques sont cyniques à propos des processus d'évaluation et de récompense, parce que les promotions sont souvent indissociablement liées aux activités de recherche plutôt qu'à la capacité d'enseigner. De manière générale, les résultats suggèrent qu'en l'absence de promotion, la motivation peut diminuer et donc moins de motifs incitant les cliniciens à assumer des responsabilités d'enseignement et administratives supplémentaires.

## AUTRES MODÈLES D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

L'étude a exploré les options alternatives d'enseignement. Ces dernières comprennent l'embauche de résidents et d'autres professionnels de la santé à titre d'enseignants. Les enseignants de compétences cliniques et les centres de formation en compétences cliniques, les simulations, les assistants personnels numériques et les outils d'apprentissage électronique pour l'apprentissage à distance ont également été soulignés comme options alternatives.

Bien que l'occasion d'enseigner ne plaise pas à tous les résidents, plusieurs aiment enseigner et en tirent une grande fierté. Les problèmes identifiés par les résidents qui enseignent sont les mêmes que ceux des enseignants cliniques. La rémunération des résidents qui enseignent n'est pas uniforme et tous ne sont pas rémunérés pour leur enseignement. De plus, le temps de préparation est inadéquat, l'observation et la rétroaction des précepteurs ne sont pas systématiques et plusieurs ont l'impression qu'on ne leur a jamais donné un mandat clair sur leurs responsabilités d'enseignement.

## PERSPECTIVE ÉLARGIE – ENSEIGNEMENT CLINIQUE, GOUVERNEMENT ET UNIVERSITÉS

L'amélioration de la communication et de la collaboration entre les intervenants du domaine de l'éducation en médecine est une suggestion qui revient sans cesse parmi les répondants. Les administrateurs facultaires croient qu'une amélioration de la communication entre les facultés, les gouvernements provinciaux et les associations médicales permettrait d'élaborer un processus de prise de décision plus éclairé. De plus, les enseignants cliniques se sentent isolés des processus de prise de décision et aimeraient participer de manière plus active dans les décisions qui affectent leur rôle d'enseignants cliniques.

La prise de décision au niveau provincial pourrait avoir entraîné des conséquences imprévues pour l'éducation en médecine, ce qui aurait pu être évité par une meilleure collaboration. Les répondants ont tous noté que le plus grand nombre d'inscriptions et l'augmentation actuelle des demandes de soins directs aux patients augmentent les contraintes sur le personnel, le financement et l'administration du programme d'enseignement. Les décisions ont donc un impact sur la capacité des universités à attirer et à retenir des enseignants cliniques.

## 2) RECOMMANDATIONS DU PROJET

Selon l'analyse des documents, des réponses au sondage et des données des entretiens, les recommandations suivantes sont présentées comme matière à réflexion :

### 1. COLLABORATION ET RÉPERTOIRE NATIONAL DES PRATIQUES EXEMPLAIRES

Des structures devraient être mises en place pour favoriser l'interaction et la collaboration à l'égard de l'enseignement clinique à plusieurs niveaux. Cette mesure comprendrait une interaction entre les doyens et doyens associés, les chargés d'enseignement clinique et les éducateurs et bailleurs de fonds de l'éducation en médecine de tout le pays. Ces structures offriraient un forum de discussions permanent sur l'enseignement clinique au Canada.

Un répertoire national des pratiques exemplaires couvrant tous les domaines pertinents à l'enseignement clinique devrait aussi disposer de ressources adéquates. Une introduction obligatoire à l'enseignement clinique, basée sur ces pratiques exemplaires, devrait aussi être élaborée pour les nouveaux enseignants.

## 2. SITES COMMUNAUTAIRES ET D'APPRENTISSAGE SECONDAIRES

Le programme d'enseignement clinique des sites secondaires devrait être élaboré sur la base d'une rétroaction importante et régulière des enseignants cliniques de ces sites. Les objectifs, résultats et compétences que doivent maîtriser les étudiants devraient être clarifiés. Les sites secondaires requièrent davantage de ressources et de soutien administratif pour devenir des partenaires à part entière des efforts d'enseignement clinique.

## 3. RÔLE DE L'ENSEIGNANT CLINIQUE

Les universités doivent présenter aux chargés d'enseignement clinique des attentes claires sur leur contribution à l'enseignement, et ce, au moins un an à l'avance. Ces attentes ne doivent pas inclure les problèmes logistiques comme le stationnement, le transport et l'espace. Lorsque l'on s'attend à ce que les enseignants jouent un rôle administratif, une infrastructure de soutien adéquate devrait être mise à leur disposition.

## 4. RÉMUNÉRATION

Des programmes de financement alternatif (PFA) devraient être mis en place dans toutes les unités et les revenus dérivés être équitablement distribués de façon à représenter une composante importante du revenu total de l'enseignant clinicien.

## 5. RECONNAISSANCE

La reconnaissance de la contribution de l'enseignement clinique devrait s'effectuer par une reconnaissance publique continue aussi bien que par un remboursement financier approprié.

## 6. STAGIAIRES ET RÉSIDENTS

Avant d'entamer leur formation clinique, les stagiaires et les résidents devraient recevoir des consignes précises sur les comportements appropriés à adopter durant l'expérience d'enseignement clinique. Entre autres sur les façons de rendre l'expérience plus valorisante aussi bien pour eux que pour les enseignants. De plus, on devrait s'assurer que les stagiaires et résidents sont conscients du fait que l'enseignement à la prochaine génération de médecins fait partie intégrante de la pratique clinique et que chaque clinicien a une responsabilité à y participer. Le perfectionnement pédagogique des résidents devrait être obligatoire et axé sur les rôles des résidents à titre de chargés d'enseignement. Les précepteurs devraient être présents lors de certaines activités d'enseignement de leurs résidents et leur offrir des encouragements et des rétroactions appropriés. Ce processus d'observation directe devrait faire partie de l'évaluation du rendement global du résident.

## 7. ÉVALUATION

Un processus centralisé, transparent, normalisé et opportun devrait être mis en place dans chaque faculté afin que les étudiants, les résidents et les pairs aient l'occasion de transmettre des commentaires écrits et anonymes aux chargés d'enseignement.

## 8. PERFECTIONNEMENT CONTINU EN FACULTÉ

Le perfectionnement en faculté devrait être présenté comme faisant partie intégrante des tâches de l'enseignant clinique, plutôt que comme une option. À ce titre, on devrait exiger des enseignants cliniques d'expérience qu'ils suivent un cours de recyclage en enseignement. Ces cours devraient être donnés à proximité des sites où l'enseignant travaille, en particulier lorsque ces sites sont secondaires. Ils devraient également avoir lieu à un moment et durant une période qui conviennent à tous les cliniciens et se concentrer sur les aspects pratiques de l'aide à l'apprentissage dispensée aux stagiaires et aux résidents.

## 9. DÉCISIONS RELATIVES AUX SALAIRES ET AUX PROMOTIONS

Pour ceux dont la carrière dépend de l'avancement académique, les critères de promotion doivent être clairs et facilement accessibles. Un accent approprié doit être mis sur l'éducation et l'administration qui y est associée. Ces critères devraient faire l'objet d'une discussion entre le chargé d'enseignement et le président ou son délégué sur une base continue. Les universités devraient aussi s'efforcer d'offrir des récompenses au personnel d'enseignement clinique dont l'excellence à l'enseignement est éprouvée et envisager des moyens de pression à exercer sur ceux dont le rendement est inférieur à la norme.

## 10. INNOVATION EN ENSEIGNEMENT CLINIQUE

On devrait inviter les facultés de médecine à avoir davantage recours aux innovations comme les technologies émergentes ainsi que les nouvelles approches pédagogiques à l'enseignement clinique. Des modèles d'enseignement clinique incluant la participation de chargés d'enseignement non médicaux devraient aussi être explorés.

## I. Introduction

En cette période de croissance et d'expansion rapide de la formation médicale et postdoctorale au Canada, les doyens et leurs facultés de médecine ont exprimé le besoin pressant d'une étude approfondie visant à mieux comprendre le milieu des éducateurs cliniques et la contribution de l'enseignant clinique à l'éducation des étudiants en médecine et des résidents.

Depuis 1999, l'inscription des étudiants de premier cycle dans les facultés de médecine du Canada a connu une augmentation de 63 % et l'inscription au niveau postdoctoral a augmenté de 69 %<sup>1</sup>. Au même moment, le nombre de postes facultaires à temps partiel a augmenté de 4 293 à 4 680, tandis que le nombre de postes facultaires à temps plein est passé de 6 226 à 7 940. D'autre part, il y a eu un développement des campus secondaires, une augmentation des rotations de résidence et la mise en place de programmes de stages cliniques intégrés aux communautés. Ces changements offrent des occasions plus nombreuses pour les enseignants cliniques de jouer un rôle crucial dans les programmes d'éducation médicale, mais ils présentent aussi un certain nombre d'obstacles et de défis.

Il existe un accord parmi les doyens de médecine selon lequel chaque faculté peut apprendre de l'expérience des autres. Il faut fournir aux bailleurs de fonds gouvernementaux de plus amples informations afin de clarifier la complexité des relations, les ressources indispensables, les limites et occasions d'expansion potentielles qui se manifestent dans la communauté des enseignants cliniques. Il est crucial d'obtenir plus d'informations pour bien comprendre la capacité réelle d'expansion de la perspective d'enseignants cliniques et identifier les meilleures façons de les intégrer aux facultés de médecine.

En 2008, l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) a entamé l'*Étude sur les enseignants dans les facultés de médecine du Canada* dans l'optique de recueillir ces informations et d'offrir à chaque faculté de médecine des recommandations fondées sur des preuves. L'objectif était d'appuyer un enseignement plus efficace et plus plaisant pour les étudiants et le personnel, la formation de médecins plus efficaces et, en fin de compte, des soins aux patients de meilleure qualité.

L'étude tire principalement ses données de 200 entretiens clés avec des administrateurs, des enseignants cliniques de centres de santé académiques et de la communauté élargie, des résidents et des étudiants en médecine des 17 facultés de médecine du Canada. Les principaux participants ont été identifiés et contactés par les doyens de chaque faculté ou leurs représentants.

Les membres du personnel des organismes gouvernementaux et des associations médicales ont également identifié des représentants à consulter dans le cadre de cette étude. Ces entretiens ont offert une perspective cruciale plusieurs décrivent des programmes complémentaires et parfois concurrentiels qui affectent l'enseignement clinique et le milieu dans lequel il est dispensé.

Les entretiens ont permis d'obtenir un aperçu élargi de l'enseignement clinique et ont servi de base contextuelle à l'élaboration d'un sondage en ligne qui a été communiqué ultérieurement aux enseignants cliniques dans tout le pays afin d'évaluer la possibilité de généraliser les résultats obtenus au cours des entretiens. L'instrument du sondage a été révisé par des professionnels chevronnés du système d'éducation en médecine (2), par le comité consultatif du projet de l'AFMC et par le comité d'examen déontologique de la santé (Health Ethics Review Board) de l'Université d'Alberta. Un total de 1 250 participants ont répondu au sondage (3).

### 1) PROFIL DES RÉPONDANTS AU SONDRAGE : QUI SONT-ILS ET OÙ ENSEIGNENT-ILS?

Bien que pratiquement tous les groupes ont été représentés dans le sondage et les entretiens, la majorité des répondants au sondage étaient des membres du personnel à temps plein affiliés à un hôpital d'enseignement universitaire, pratiquant une spécialité médicale et détenant des responsabilités d'enseignement auprès de résidents et de stagiaires. Près d'un tiers des répondants avaient des responsabilités administratives en rapport avec leur enseignement, principalement en tant que directrices ou directeurs de programmes ou de stages. Les enseignants cliniques qui ont participé aux entretiens présentaient un profil similaire, et ce, malgré une représentation beaucoup plus importante de personnes ayant des responsabilités administratives, notamment au niveau décanal.

On doit noter que la définition de temps plein et de temps partiel varie légèrement d'une université à l'autre. Aux fins de cette étude, le statut des enseignants cliniques est défini comme suit :

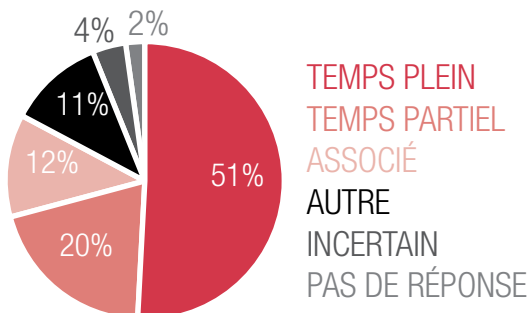
Les membres du personnel à temps plein ont un poste universitaire et un rang académique dont découle leur principale source de revenus, soit par un salaire direct, soit par un plan de financement alternatif. Ils pratiquent principalement dans un hôpital et bénéficient d'un mandat d'enseignement explicite. Une charge d'enseignement formelle et (ou) des responsabilités administratives dans le programme d'enseignement leur ont été attribuées. L'attribution des promotions et parfois d'une permanence par un comité de la faculté et (ou) des administrateurs de l'université se fait selon l'évaluation de leur contribution à l'enseignement, au service clinique, à l'administration ou à la recherche.

Les membres du personnel à temps partiel ont un rang académique souvent décrit comme « clinique » ou « associé ». Leur principale source de revenus provient d'un régime de type « rémunération à l'acte » ou d'un régime de pratique basé sur le service clinique. Elle est dans bien des cas accompagnée d'une rémunération pour les responsabilités d'enseignement dispensées. Les principales responsabilités de ces employés sont les soins directs au patient, les tâches d'enseignement dans les programmes d'éducation clinique et/ou préclinique et l'administration potentielle du programme d'enseignement clinique. La rétribution pour enseignement peut être faite sous forme de rétribution ou d'allocations provenant de l'université ou directement du gouvernement provincial. L'évaluation de la permanence et des promotions est généralement laissée à la discrétion du chef du département et du comité départemental des promotions.

**a. Affiliation à une université**

51 % des répondants au sondage<sup>4</sup> ont décrit un statut à temps plein, 20 % à temps partiel et 11 % se considèrent comme associés. 12 % des répondants étaient incertains de leur statut et 4 % ont indiqué « autre » parmi les choix, par exemple précepteur, consultant ou suppléant.

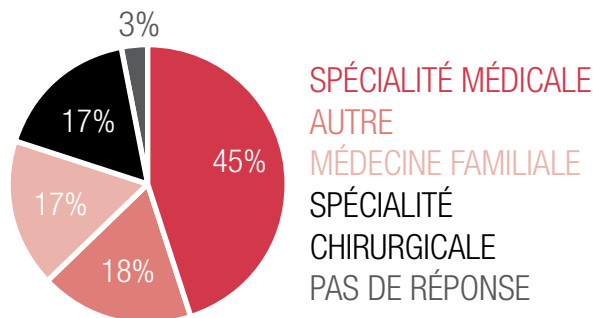
ILLUSTRATION 1. AFFILIATION À UNE UNIVERSITÉ



**b. Domaine de pratique clinique**

45 % des répondants ont signalé qu'ils pratiquaient dans une spécialité médicale, 17 % ont signalé qu'ils pratiquaient la médecine familiale et 17 % oeuvraient en chirurgie spécialisée. Des 18 % qui ont indiqué « Autre » comme choix, les principaux domaines de pratique comprenaient, entre autres, l'anesthésiologie (4 %), la psychiatrie (3 %), la médecine d'urgence (2 %) et la radiologie (2 %).

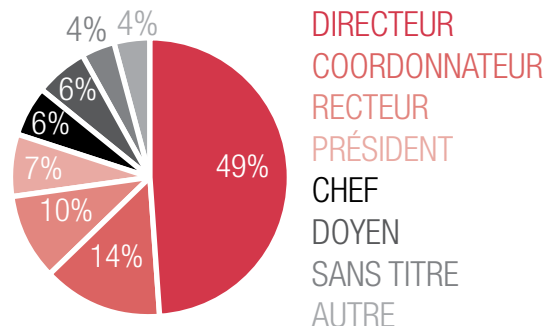
ILLUSTRATION 2. DOMAINE DE PRATIQUE



**c. Rôles administratifs**

En plus des tâches d'enseignement clinique, environ un tiers des répondants au sondage a également signalé devoir effectuer des tâches administratives. Parmi ces répondants, la plupart a décrit ses rôles administratifs comme étant ceux de directeur (54 %), coordonnateur (15 %), recteur (11 %), président (8 %), chef (6 %), doyen (incluant doyen associé ou adjoint) (6 %) et gestionnaire de projet (2 %). Environ 5 % ont signalé être responsables de tâches administratives, sans toutefois identifier de catégorie. Certaines personnes détenaient plus d'un titre. Le cas échéant, il a été tenu compte des deux titres.

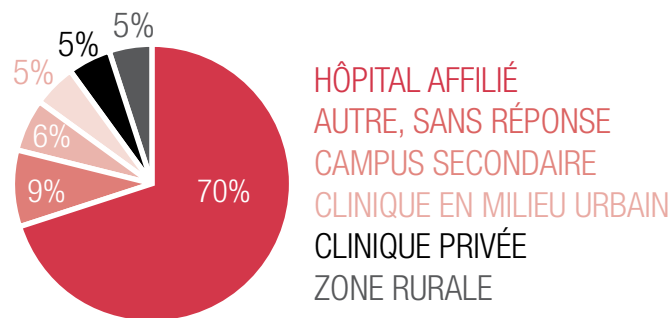
ILLUSTRATION 3. RÔLES ADMINISTRATIFS



**d. Lieu de travail**

Une importante majorité (70 %) des enseignants cliniques ayant participé au sondage a décrit son lieu de travail comme étant un hôpital d'enseignement affilié à une université, alors que 9 % ont choisi « hôpital associé à un campus secondaire » et 5 % ont choisi « clinique située en zone urbaine (population > 60 000) ou en zone rurale (population < 60 000) ». Les autres milieux cliniques (4 %) étaient représentés par les établissements de recherche, les laboratoires d'enseignement, les organismes de santé mentale et de réadaptation ainsi que les établissements de traitement des maladies chroniques. Le sondage ne permettait pas d'indiquer plusieurs domaines de pratique simultanément.

ILLUSTRATION 4. LIEU D'ENSEIGNEMENT



**e. Enseignement aux stagiaires**

En ce qui a trait à la description des stagiaires, 94 % des répondants au sondage ont signalé enseigner à des résidents, 85 % ont signalé enseigner à des étudiants en médecine dans le cadre de l'externat, 64 % ont signalé enseigner à des étudiants en médecine au pré-doctoral et 15 % ont signalé enseigner à des étudiants de programmes de recherche des cycles supérieurs (M.Sc., Ph. D. et post-Ph. D.). Cette question permettait des réponses multiples. Par conséquent, la majorité des enseignants cliniques dispensaient leurs cours à la fois aux étudiants de premier cycle et aux résidents

## II. Résultats

Plusieurs thèmes principaux sont ressortis dans les réponses des entretiens et des sondages : (1) défis spécifiques vécus par les personnes associées à l'enseignement clinique, (2) préoccupations relatives à la reconnaissance, aux méthodes de compensation et à la rémunération des enseignants cliniques, (3) nécessité de la responsabilisation et de l'évaluation de l'enseignement clinique, (4) besoin de perfectionnement en faculté et d'amélioration des programmes et des établissements d'enseignement, (5) salaire et promotion, (6) autres modèles d'enseignement clinique, (7) perspective élargie – enseignement clinique, gouvernement et universités.

### 1) DÉFIS SPÉCIFIQUES CHEZ LES PERSONNES ASSOCIÉES À L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

#### a. Charge de travail

La charge de travail et l'équilibre entre les soins cliniques et les tâches d'enseignement sont une source de tension pour la majorité (56 %) des répondants au sondage. Plus de la moitié signalent un manque de temps pour l'enseignement clinique et l'enseignement structuré (exposés, colloques et conférences) et moins de 20 % des répondants a signalé être satisfait de l'état actuel de son travail. Ce problème a été soulevé dans tous les sites par les enseignants cliniques interviewés.

Le problème est particulièrement difficile pour les répondants qui ont signalé avoir délibérément installé leur pratique clinique dans un endroit où ils prévoyaient ne pas avoir à enseigner. Ces répondants ont signalé qu'on leur demande à présent d'enseigner, car les sites d'éducation communautaire sont de plus en plus répandus. Dans certains cas, ces individus sont *obligés* d'enseigner en vertu de leur entente de partenariat de pratique clinique et ces répondants précisent n'être pas du tout satisfaits de cette situation.

Un autre problème affectant la charge de travail qu'implique l'enseignement clinique est la préparation et l'attitude des étudiants en médecine. 62 % des répondants au sondage avaient l'impression que les étudiants étaient préparés pour l'expérience clinique et 64 % jugeaient que les étudiants manifestaient l'attitude appropriée. À

l'inverse, près du tiers des répondants n'avaient pas cette impression. Certains répondants au sondage ont fait des commentaires plus spécifiques sur la préparation des diplômés internationaux en médecine, déclarant que ces étudiants nécessitaient parfois une plus grande implication de la part de l'enseignant clinique. Les commentaires écrits provenant de nombreuses réponses au sondage suggéraient que ces problèmes rendaient l'expérience de l'enseignement clinique insatisfaisante pour l'enseignant.

Certains des participants rencontrés étaient loin d'être ravis du processus d'évaluation sommative des stagiaires et des résidents; cette fonction était généralement acceptée comme faisant partie du rôle d'enseignant, toutefois 70 % des répondants étaient satisfaits de leur rôle d'évaluateur. Néanmoins, un problème se présentait parfois, du point de vue du directeur de cours ou du directeur du programme. *« On évite de mettre en échec un étudiant étant donné que cela implique une justification constante et une augmentation considérable de la charge de travail ».*

#### b. Milieu physique

Les installations physiques destinées à l'enseignement clinique ont été identifiées par 56 % des répondants comme étant une source d'inquiétude :

*« Il y a juste assez de salles d'examen pour ceux qui pratiquent. Où dois-je mettre un résident? »*

Environ la moitié des répondants a également soulevé des problèmes liés à la simple logistique administrative, par exemple l'établissement du calendrier ou le stationnement :

*« On m'appelle pour enseigner avec deux semaines de préavis! »*  
*« Avec le temps passé à trouver un espace de stationnement et l'endroit où je dois enseigner, j'ai déjà perdu pas mal de temps ».*

En général, les répondants au sondage étaient satisfaits de la disponibilité des patients et de la pertinence de les faire participer à l'enseignement, bien que, lors des entretiens, les opinions étaient beaucoup plus diversifiées. Certains ont précisé que de nombreux patients des hôpitaux en soins tertiaires ne conviennent pas à l'enseignement, soit parce qu'ils souffrent de nombreux problèmes qui en font des cas trop complexes pour des stagiaires, soit parce qu'ils occupent un lit de traitement actif alors qu'ils devraient être dans un établissement de soins longue durée.

#### c. Communication entre les administrateurs et les enseignants cliniques

La communication entre les enseignants cliniques et les administrateurs de programme est une préoccupation uniformément soulevée dans les entretiens. Elle concerne plus spécifiquement les problèmes relevant de la façon dont les enseignants cliniques sont informés des objectifs des programmes ainsi que le processus par lequel les programmes sont administrés et leur degré d'influence perçue sur le programme d'enseignement.

Les réponses au sondage des membres facultaires à temps plein n'ont pas identifié la communication comme un défi majeur. 70 % des répondants au sondage jugeaient qu'ils étaient familiers avec les processus administratifs du programme et ses objectifs d'apprentissage (illustrations 5 et 6). Fait intéressant, 70 % des répondants ont également signalé être associés à un hôpital d'enseignement affilié et environ la moitié avaient une tâche à temps plein à la faculté, ce qui pourrait affecter le niveau de satisfaction concernant les communications pour 70 % d'entre eux.

ILLUSTRATION 5. JE COMPRENDS LE PROCESSUS ADMINISTRATIF LIÉ À L'ENSEIGNEMENT DES RÉSIDENTS ET STAGIAIRES.

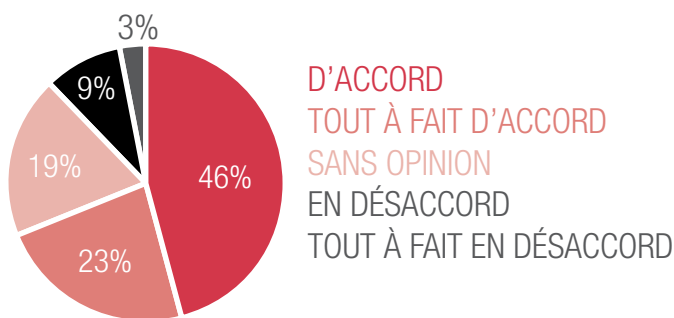
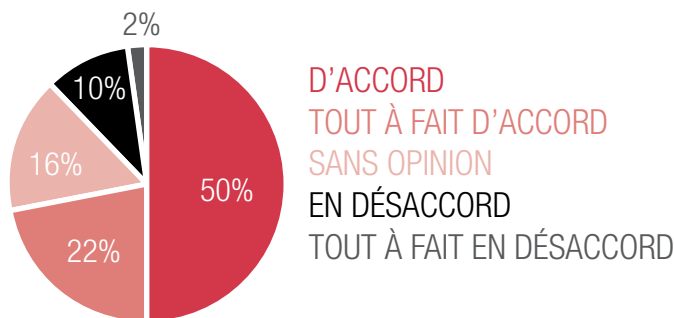


ILLUSTRATION 6. JE SUIS À L'AISE AVEC LES OBJECTIFS DES SUJETS QUE J'ENSEIGNE.



Dans l'ensemble, une vaste majorité des répondants était satisfaite de la situation actuelle des communications avec le directeur du programme ou du stage ou aimerait n'y voir apporter que des changements mineurs (illustration 7). La communication entre les enseignants cliniques et les directeurs de programme semble être efficace. Il est toutefois important de noter qu'environ 30 % des répondants avaient l'impression de ne pas avoir grand-chose à voir avec le processus d'enseignement (illustration 8) :

ILLUSTRATION 7. COMMUNICATION EFFICACE AVEC LE DIRECTEUR DU PROGRAMME.

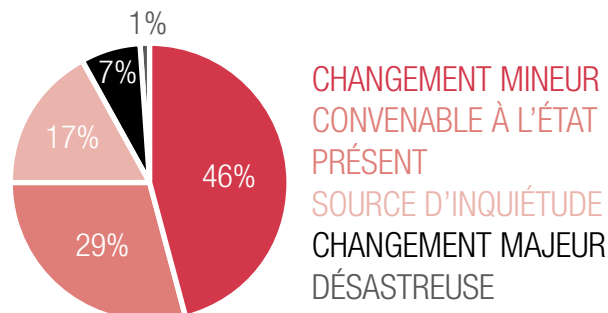
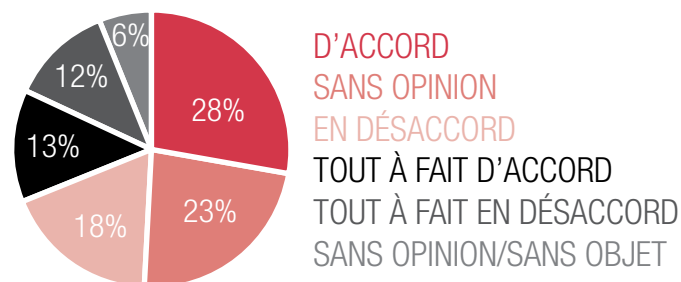


ILLUSTRATION 8. JE PEUX DONNER MON AVIS SUR LE PROCESSUS ADMINISTRATIF LIÉ À L'ENSEIGNEMENT DES RÉSIDENTS ET DES STAGIAIRES.



#### d. Campus satellites et sites communautaires

La mise en place de campus « satellites » au Canada a été accélérée par la nécessité d'augmenter le nombre d'étudiants de premier cycle inscrits dans nos facultés. On compte présentement huit campus satellites entièrement autonomes et trois en développement, tel que l'illustre le tableau 1<sup>5</sup>. Ces campus présentent divers degrés d'autonomie et des relations variables avec l'université qui « héberge » l'emplacement du satellite. Dans certains cas, l'importance de la présence de l'université hôte sur le site où se trouve le campus médical satellite est perçue comme minimale. Le programme médical destiné aux étudiants de premier cycle n'est considéré que comme une base affiliée à l'université « mère », bien qu'il y ait souvent un certain degré de collaboration en ce qui a trait aux installations. En d'autres circonstances par contre, la relation entre l'université « mère » et la filiale hébergeant le campus satellite est beaucoup plus étroite. Dans plusieurs cas, il est clair que bien que le programme d'enseignement soit déterminé par l'université « mère », cette dernière est en relation très étroite avec le personnel de sa filiale. Celui-ci peut se voir attribuer des fonctions aux deux endroits.

TABLEAU 1. CAMPUS SATELLITES AU CANADA (DE L'OUEST À L'EST)

Emplacement	Université affiliée	Année initiale
Victoria	University of British Columbia	2004
Prince George	University of British Columbia	2004
Kelowna (en préparation)	University of British Columbia	2009
Windsor	University of Western Ontario	2008
Kitchener	McMaster University	2007
St. Catharines	McMaster University	2008
Mississauga (en préparation)	University of Toronto	Ouverture en 2011
Mauricie	Université de Montréal	2005
Chicoutimi	Université de Sherbrooke	2006
Moncton	Université de Sherbrooke	2006
Saint John (en préparation)	Dalhousie University	Ouverture en 2010

Malgré la diversité des structures, les deux doyens associés des campus satellites ont apprécié l'étendue et la qualité de l'interaction avec l'université « mère » et ont décrit l'administration comme ayant manifesté du soutien. Le campus principal s'est assuré que le programme d'enseignement pouvait être dispensé dans le milieu satellite et que les mesures de soutien à l'enseignement étaient appropriées. En général, les campus secondaires se sont montrés enthousiastes face à leur participation active dans l'enseignement aux étudiants de premier cycle plutôt que d'être simplement bénéficiaire de l'enseignement fourni par le campus principal. On a soulevé la question du degré d'autonomie pouvant effectivement être accordé à un campus secondaire. Certaines préoccupations ont été exprimées par les parties qui enseignent à l'extérieur du centre académique de santé. Selon elles, le programme pourrait être perçu comme moins professionnel ou de deuxième ordre, même si ce point de vue n'a jamais été exprimé par quiconque à quelque niveau que ce soit dans l'université « mère ».

Les lieux d'apprentissage communautaires qui ne seraient généralement pas classés comme faisant partie du centre académique de santé jouent un rôle majeur dans la formation des résidents et stagiaires.<sup>6</sup> Ils participent parfois dans l'enseignement de compétences cliniques ou dans la formation par observation des médecins s'adressant aux étudiants durant la phase préclinique du programme d'enseignement de premier cycle<sup>7</sup>. Les médecins qui y enseignent ont généralement un statut « à temps partiel », d'après la définition précédemment donnée dans ce document. L'enseignement est planifié par une université « mère » et les enseignants sont souvent regroupés en réseau comme le

SWOMEN (South-West Ontario Medical Education Network)<sup>8</sup>, affilié à la University of Western Ontario, ou le RPAP (Rural Physician Action Plan), affilié à la University of Alberta et à la University of Calgary<sup>9</sup>.

**Les enseignants des sites communautaires sont totalement** convaincus des avantages que présente l'enseignement dans les sites éloignés du campus principal : « *Les étudiants apprennent ici ce qu'est réellement la médecine ils bénéficient d'un enseignement beaucoup plus vaste et interagissent avec le type de patients qu'ils rencontreront dans le monde réel* »<sup>10</sup>.

Les étudiants et résidents se montrent généralement ravis de la formation reçue dans ce type de site, affirmant qu'ils y rencontrent davantage de patients appropriés au programme et que, dans la plupart des cas, ils sont accueillis et considérés comme des membres de l'équipe. Dans certains cas, les stagiaires ont reçu une formation sur un site où il n'y avait aucun résident et leurs réactions étaient alors mitigées. Les stagiaires comprenaient que cette situation les privait de l'enseignement normalement dispensé par les résidents, mais en contrepartie aimaient être le centre d'attention des médecins traitants.

Une préoccupation spécifique de cette section concerne l'intégration des programmes de stage à la communauté. Cette approche se traduit par une période de formation prolongée sur un site communautaire où les rotations de base sont gérées de façon intégrée plutôt que sous forme de série de programmes de stage distincts dans les différentes spécialités. Les étudiants ayant participé à un programme de stage de ce type ont été ravis de leur expérience. La Northern Ontario School of Medicine a adopté cette stratégie pour tous les étudiants de troisième année<sup>11</sup> et dispose, par conséquent, de plus d'expérience que toutes les autres facultés.

## 2) ENJEUX RELATIFS À LA RECONNAISSANCE, AUX MÉTHODES DE COMPENSATION ET À LA RÉMUNÉRATION DES ENSEIGNANTS CLINIQUES

Bien que l'enseignement clinique constitue la pierre angulaire du perfectionnement de tout médecin compétent, les mécanismes par lesquels cette importante activité est récompensée représentent l'élément dominant des discussions entre enseignants cliniques et administrateurs. Comme l'a conclu l'un des répondants, les problèmes surgissent « parce que nous n'avons jamais considéré l'enseignement clinique comme un problème de gestion des ressources humaines ». Cette préoccupation s'est avérée être la plus litigieuse et la plus contradictoire de toutes celles ayant fait l'objet du sondage et des entretiens. Quatre éléments principaux dominent la discussion : (a) les méthodes de compensation pécuniaires (rémunérations), (b) les programmes de financement alternatif (PFA), (c) les récompenses non monétaires et les autres récompenses aux enseignants cliniques pour leurs activités d'enseignement et (d) la reconnaissance de la part des universités.

### a. Récompenses pécuniaires

Le serment d'Hippocrate est souvent utilisé comme symbole pour appuyer la tradition du modèle d'apprentissage cognitif de l'enseignement sans rémunération au formateur. En revanche, ni le serment d'Hippocrate ni sa contrepartie moderne ne soutiennent ce postulat. Jusqu'à très récemment, seuls les praticiens qui étaient aussi membres du personnel d'une université recevaient une rémunération pour leurs activités d'enseignement. Comme les enseignants cliniques à temps partiel ont poursuivi leur travail sans se plaindre, les administrateurs se sont concentrés sur d'autres problèmes plus urgents comme le programme d'enseignement préclinique, le financement de la recherche, l'amélioration de la responsabilisation professionnelle et l'éducation interdisciplinaire. L'augmentation des demandes en enseignement clinique découlant de la croissance rapide des programmes de premier cycle et du nombre des facteurs de dissuasion potentiels pour les enseignants cliniques donne lieu à un climat d'incertitudes personnelle et professionnelle parmi les enseignants à temps partiel.

Les politiques régissant la rémunération des enseignants cliniques varient de façon significative d'une faculté à l'autre, d'un département à l'autre, voire à l'intérieur d'un même département et d'un enseignant clinique à l'autre. Il en résulte que certains enseignants cliniques d'un même département ne reçoivent aucune rémunération, tandis que d'autres reçoivent une rémunération provenant de diverses sources. Comme l'a mentionné un administrateur : « Je rémunère du personnel qui enseigne dans la communauté... Dans le bureau d'à côté, il arrive qu'un enseignant s'occupe des étudiants d'une autre université, cette dernière le payant plus pour le même travail ».

De tous les répondants au sondage, 37 % ont été rémunérés par un programme de financement alternatif<sup>12</sup>, 31 % ont été rémunérés à titre de membre du personnel académique, 26 % ont reçu des allocations ou des rétributions d'une université et 26 % ont reçu des rémunérations à l'acte pour des soins cliniques. Parmi les autres répondants, 18 % ont indiqué n'avoir reçu aucun paiement et 9 % ont répondu « Autre ».

Il semble que certains répondants ne savaient pas s'ils avaient reçu une rémunération, tandis que d'autres ont expliqué que leur rémunération a été directement versée à l'hôpital ou au département et non à eux directement. L'interprétation de ces données se complique du fait que les membres du personnel académique travaillant à temps plein sont représentés de façon disproportionnée parmi les répondants au sondage. La plus grande partie des membres du personnel à temps partiel a reçu une quelconque forme de rétribution et d'allocation plutôt qu'un salaire intégral. Quoi qu'il en soit, un nombre important de réponses émanait de chaque groupe et les membres du personnel à temps plein ont démontré au cours des entretiens qu'ils sont pleinement conscients des problèmes concernant la rémunération de leurs collègues à temps partiel.

Lorsque les enseignants cliniques reçoivent une rémunération, le montant varie énormément. La rémunération annuelle a été

l'élément le plus souvent cité, avec des échelles variant de moins de 500 \$ à 160 000 \$. De la même façon, l'échelle de rémunération quotidienne passe de moins de 100 \$ à un maximum de 1 000 \$. D'autres unités ont été identifiées aux fins de la rémunération, notamment les quarts de travail, les conférences ou les rotations et ont souvent été signalées comme étant basées sur le nombre d'étudiants supervisés (c.-à-d., un montant en dollars par étudiant par rotation).

« Je me sens comme un garçon de table à qui on laisse une pièce de cinq cents en pourboire pour un très bon service ».

Des 210 répondants au sondage ayant répondu « Autre » à la question sur leur source de revenus pour un enseignement clinique, la majorité a ajouté des commentaires indiquant une insatisfaction marquée de la rémunération offerte; utilisant des termes comme « symbolique », « futile » ou « vexant » pour décrire les paiements reçus. Certains professeurs à temps partiel interrogés ont également exprimé un tel état d'esprit. Ils considèrent le remboursement inadéquat puisque le temps alloué à la formation de chaque stagiaire et résident réduit inévitablement leurs disponibilités pour d'autres services cliniques beaucoup plus lucratifs.

### b. Programmes de financement alternatif (PFA)

« Ce PFA représente l'élément le plus important pour assurer un enseignement clinique adéquat ».

La majorité des répondants au sondage (principalement issus du corps professoral à temps plein) a reçu une partie ou la totalité de son revenu par l'entremise d'un PFA. Durant les entretiens, ce mécanisme a suscité un grand enthousiasme de la part des administrateurs et des enseignants cliniques. Les programmes de financement alternatif (PFA), également appelés programmes de rémunération alternative (PRA), sont des mécanismes par lesquels les cliniciens reçoivent un salaire en reconnaissance de leur importante contribution à la mission académique et aux soins aux patients de l'université. La décision de participer à un PFA est prise par le personnel académique, mais un tel mécanisme requiert également un soutien financier adéquat et les détails du PFA exigent parfois des négociations délicates et/ou prolongées. Il existe une gamme d'arrangements différents. Certains d'entre eux exigent que toute rémunération additionnelle reçue par le participant soit retournée au PFA, tandis que d'autres permettent certains revenus supplémentaires provenant d'activités payées à l'acte ou autrement. Dans les cas où la mise sur pied d'un PFA serait reportée, la situation est en général jugée comme regrettable : « J'aimerais que nous puissions compter sur les PFA. Cela pourrait faire une grande différence ».

Il est peu probable qu'un modèle de PFA universellement acceptable soit élaboré. Il y a souvent des différences considérables dans l'exploitation d'un PFA entre les différents départements ou divisions d'une même université. Bien que ceux qui participent aux PFA se soient montrés généralement satisfaits de la façon dont ils sont structurés, un éventail de programmes

différents les uns des autres a été signalé. En règle générale, il semble que les disciplines comme la médecine familiale ou la médecine interne aient tendance à employer un PFA selon lequel le revenu complet doit provenir du programme, alors que les spécialités plus lucratives permettent un supplément de revenus provenant d'autres activités. Peu importe, un PFA permet aux participants du programme de structurer leur travail de façon à pouvoir assumer leurs responsabilités d'enseignement ou de recherche tout en réduisant les effets négatifs sur leur revenu.

### c. Récompenses non monétaires

« Je veux que chaque médecin de la province enseigne, parce que sa pratique s'en trouve améliorée ».

« C'est comme avoir une seconde paire de mains »

En dépit de l'inquiétude répandue à propos du remboursement de l'enseignement clinique, la majorité du personnel à temps partiel rencontré a insisté sur le fait que « ce n'est pas une question d'argent » et, à part le fait que cet énoncé est supporté par la documentation, il y a également d'autres raisons de croire que c'est vrai. Même au haut de l'échelle salariale, le revenu lié à l'enseignement clinique est beaucoup moins élevé à durée égale que celui de la pratique clinique. Il n'est pas étonnant que le montant en dollars soit plus important pour ceux qui pratiquent des spécialités plus lucratives et moins important pour ceux dont la spécialité est, par exemple, la médecine familiale. Pour ces derniers, le revenu est dans l'ensemble beaucoup plus faible.

Si ce n'est pas une question d'argent, qu'est-ce qui  *motive*  les enseignants cliniques? La réponse donnée à cette question lors du sondage et des entretiens confirme les motifs de l'enseignement clinique décrits dans la littérature. Parmi les récompenses détaillées, la plus importante est l'occasion d'interagir avec les apprenants, citée par 91 % des répondants. De plus, 59 % considèrent l'interaction avec des collègues cliniques sur les aspects de l'enseignement comme une récompense.

Les opinions étaient divisées à savoir si les stagiaires seniors récompensaient ou non leur percepteur en l'aidant dans sa pratique. Il semble y avoir consensus sur le fait que les stagiaires en externat diluaient le temps disponible pour la clinique et ce sentiment généralisé est également vrai pour la formation de résidents juniors. Bien que certains suggèrent que la participation des résidents seniors à une pratique peut véritablement faire gagner du temps, tout le monde ne s'entend pas sur leur utilité apparente. La littérature suggère que même les stagiaires seniors à deux doigts de la pratique indépendante ont tout de même besoin d'un engagement important en matière de temps de la part de leur précepteur.

De nombreux enseignants cliniques ont néanmoins souligné que cette pratique les expose aux concepts les plus récents, ce qui leur offre une façon d'améliorer leur propre pratique clinique grâce à une interaction avec ceux qui ont reçu la formation continue.

Les récompenses non monétaires font partie du processus d'enseignement clinique et sont suffisamment puissantes pour que les enseignants continuent à participer pendant plusieurs années.

### d. Reconnaissance par l'université

Le problème de la reconnaissance par l'université est un troisième élément qui a émergé des entretiens et des réponses au sondage. L'université peut offrir des récompenses pour l'enseignement clinique, récompenses qui ne sont pas liées à une rémunération directe, mais qui peuvent s'avérer bénéfiques pour l'enseignant clinique et lui prouver que son travail est apprécié. Dans le sondage de l'une des facultés de médecine, le « respect » est apparu souvent comme réponse à la question : « En dehors d'une rémunération monétaire, comment envisagez-vous que la faculté pourrait récompenser vos contributions à titre d'enseignant clinique? »

Dans les entretiens, la question de l'existence des récompenses à l'enseignement a souvent été soulevée et, pourvu que la récompense soit marquée de façon adéquate et que la raison de la récompense soit claire, l'existence de telles récompenses est souvent bien accueillie. L'un des problèmes relatifs aux récompenses d'enseignement qui a été fréquemment soulevé est qu'elles peuvent être décernées à répétition au même groupe de chargés d'enseignement : « Ce sont toujours les mêmes qui obtiennent les récompenses ». La *University of Washington* a résolu ce problème en donnant à tout individu ayant remporté plus de trois récompenses le titre d'« Expert pédagogue ». Il est ensuite introduit à l'Académie d'enseignement, où il continue à être reconnu lors de la cérémonie annuelle, mais il n'est plus admissible à la récompense.

Les questions du sondage faisaient une distinction entre les récompenses présentement offertes et celles souhaitées, qu'elles soient actuellement offertes ou non. En ce qui concerne les récompenses récemment reçues, les répondants ont identifié la chance de perfectionner leurs capacités d'enseignement par le perfectionnement en faculté (53 %), l'accès à la bibliothèque de l'université (43 %), l'accès à Internet via l'université (19 %), les lettres de reconnaissance du doyen (15 %) et la réduction des frais de scolarité de l'université pour les membres de la famille (13 %) (bien que ce dernier avantage ne soit généralement pas offert au personnel à temps partiel). Les autres avantages mentionnés comprennent les rabais à la librairie universitaire et les événements tenus par l'université.

Les répondants qui ne reçoivent actuellement pas de telles récompenses ont mentionné que les plus souhaitables seraient une réduction des frais de scolarité pour les membres de la famille (30 %) et l'accès à la bibliothèque de l'université (28 %). La majorité considérait les avantages suivants comme moins importants : un accès à Internet, une lettre de remerciement du doyen, des dispositions pour un événement social important, l'approvisionnement en cartes professionnelles de l'université et la reconnaissance publique. Il est utile de mentionner que, même au niveau de ces avantages moins populaires, plus de la moitié des répondants les ont notés comme « appréciés ».

La promotion à un rang académique plus élevé est un autre avantage jugé important. Cette mesure met en jeu l'évaluation de l'admissibilité à la promotion et le processus lui-même, un sujet dont nous discuterons dans la prochaine section.

Les entretiens ont fait ressortir que les enseignants cliniques, en particulier ceux qu'on désigne comme personnel à temps partiel, avaient l'impression que l'université ne démontrait pas suffisamment son respect ou son appréciation des efforts qu'ils faisaient pour aider les stagiaires à devenir des médecins compétents.

### 3) NÉCESSITÉ DE RESPONSABILISER ET D'ÉVALUER L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

L'évaluation des enseignants cliniques, les investissements dans le perfectionnement en faculté et le processus de prise des décisions du processus de promotion sont trois des problèmes qui sont ressortis des entretiens et ils sont tous liés au thème plus vaste de la responsabilisation et de l'évaluation de l'enseignement clinique. Ces trois domaines sont interdépendants. L'évaluation de la performance d'enseignement est étroitement liée au besoin d'améliorer un rendement jugé médiocre, ce qui améliorera la performance. La promotion est une récompense pour une évaluation d'enseignement positive continue.

Bien que l'évaluation de l'instruction dans le programme d'enseignement préclinique soit presque universelle,<sup>13</sup> l'évaluation de l'enseignement clinique présente davantage de variables<sup>14</sup>. Les entretiens suggèrent que la majorité des facultés recueille des données sur l'instruction clinique, mais l'enseignement dans les hôpitaux n'est parfois pas évalué du tout. Qui plus est, dans environ la moitié des facultés de médecine, il n'y a pas de système uniforme pour recueillir l'information des évaluations du chargé d'enseignement. Environ 52 % des répondants indiquaient recevoir une rétroaction régulière de la part des étudiants, mais seulement 22 % d'entre eux rapportaient une rétroaction similaire de la part de leurs pairs et/ou des administrateurs.

Un certain nombre de défis liés à l'évaluation des enseignants cliniques a été cité :

- Les ressources requises pour recueillir et distribuer les données sont considérables. Certaines approches en ligne, tel le système One45<sup>15</sup>, peuvent être utilisées, mais le taux de retour est faible.
- Les évaluations écrites des stagiaires sur les enseignants cliniques dans les cas où l'identité du stagiaire est évidente pour le chargé d'enseignement sont jugées compromettantes pour la crédibilité des données. Un mécanisme où l'étudiant évalue le chargé d'enseignement en même temps que le chargé d'enseignement évalue l'étudiant a été suggéré comme étant la façon de faire la plus appropriée, mais la perspective que l'un influence l'autre est également présente. Sur certains sites, les données ont été accumulées jusqu'à ce qu'il y ait un nombre de retours tel qu'il serait difficile, voire impossible, d'identifier l'un des répondants, mais cette façon de faire est longue et la rétroaction est alors différée.

- Les répondants étaient aussi très préoccupés par le fait qu'une rétroaction négative puisse amener le chargé d'enseignement à refuser d'enseigner. Il y a un tel manque de personnel dans tout le système que, dans certains cas, le directeur du programme ou des programmes de stage n'était pas prêt à prendre ce risque.
- Bien que la littérature sur l'évaluation des enseignants par les étudiants offre une preuve convaincante de la fiabilité et de la validité de cette approche,<sup>16</sup> les répondants n'étaient pas tous convaincus de la valeur du processus.
- Dans certaines facultés, bien que les administrateurs aient affirmé qu'une évaluation de l'enseignement clinique avait été faite, certains chargés d'enseignement se plaignaient qu'ils n'avaient jamais reçu de rétroaction utile. Il semble probable que, dans certains cas, les données aient été recueillies, mais ne soient jamais parvenues au chargé d'enseignement.

De nombreux répondants avaient pour préoccupation plus immédiate la question de la conservation de l'information provenant des évaluations, des personnes qui pourraient la consulter et de son utilisation. En théorie, les évaluations devraient être pour les enseignants cliniques un outil d'apprentissage leur permettant d'améliorer leurs capacités d'enseignement. Toutefois, l'évaluation de l'enseignement est un problème tellement sensible qu'un énoncé clair des méthodes utilisées pour la collecte des données, la distribution de l'information et les conséquences de cette mesure doit être mis en place.

Il est clair que le processus de collecte des évaluations par les stagiaires doit être normalisé. Des évaluations numériques à des fins sommatives seraient raisonnables; dans ces cas, les données doivent être vues par le président et le doyen, mais on peut établir le bien-fondé de commentaires narratifs ne devant être consultés que par le chargé d'enseignement à qui ils font référence. Les chargés d'enseignement peuvent bien sûr, s'ils le désirent, partager les commentaires reçus avec les personnes de leur choix.

En plus d'une évaluation effectuée par les stagiaires, l'évaluation par les pairs est aussi très souhaitable, bien qu'elle soit logistiquement plus complexe. La littérature à ce sujet est peu élaborée, mais par analogie avec un enseignement plus structuré, on peut supposer qu'au moins certaines informations peuvent être recueillies, par une révision par les pairs des questions d'examen, des documents de cours et des diapositives de colloque, des formulaires mini-CEX, etc.

### 4) NÉCESSITÉ DE DÉVELOPPER LES FACULTÉS ET D'AMÉLIORER L'ENSEIGNEMENT ET LES PROGRAMMES

Afin que les évaluations de faculté aient une importance et un impact, les systèmes d'évaluation doivent être jumelés à des systèmes conçus pour permettre l'amélioration. Durant les entretiens, le problème du perfectionnement en faculté a été soulevé à maintes reprises, mais il y avait une différence importante entre ce qui était décrit comme la situation idéale et la réalité. 53 % des répondants ont classé les activités

de perfectionnement en faculté parmi les récompenses offertes pour l'enseignement clinique, tandis que moins de 10 % d'entre eux jugeaient ces activités comme « non importantes ». Néanmoins, moins de 30 % des répondants ont signalé participer régulièrement à de telles activités et, bien que la majorité d'entre eux les considèrent utiles, seulement 9 % ont répondu qu'ils étaient « tout à fait d'accord » avec l'affirmation : « Les ateliers de perfectionnement en faculté auxquels j'ai participé ont été utiles ».

L'ensemble des interviewés ayant participé à la présentation des ateliers de perfectionnement en faculté considèrent que les participants à de tels ateliers sont souvent ceux qui sont suffisamment sensibilisés et qui ont le moins besoin de perfectionnement. D'autre part, ils étaient d'avis que ceux qui avaient le plus besoin d'un perfectionnement en enseignement y participaient rarement. Cette réponse corrobore un article récemment écrit par Yvonne Steinert (2009).<sup>17</sup>

Grâce aux entretiens, il est devenu apparent que les problèmes liés au perfectionnement en faculté se divisent en plusieurs éléments : concept, logistique, charge de travail et perspective.

#### a. Enjeux relatifs au concept

Le personnel clinique a souligné que les problèmes liés à la collaboration avec les résidents difficiles, à la rétroaction faite aux stagiaires ou à l'équilibre entre les activités pédagogiques et cliniques étaient beaucoup plus importants que ceux liés au perfectionnement des aptitudes de présentation, bien que ce dernier problème soit souvent le point central des ateliers sur l'enseignement. Le perfectionnement en faculté a été décrit par les interviewés comme fructueux lorsqu'il était directement lié à la vie du chargé d'enseignement clinique. Les répondants jugent en général que la rétroaction faite aux chargés d'enseignement relativement aux besoins des étudiants était souvent insuffisante, faisant du perfectionnement en faculté un exercice général, donc moins valable qu'une consultation personnelle basée sur des besoins précis.

#### b. Enjeux relatifs à la logistique

Il est souvent difficile pour le personnel à temps plein de trouver le temps de s'éloigner de sa pratique clinique pour perfectionner ses compétences d'enseignement. Dans le cas du personnel à temps partiel, cela est virtuellement impossible. Tout programme qui assume que les participants sont disponibles pour des ateliers de deux jours complets est irréaliste. Même si le clinicien est prêt à renoncer au revenu de deux jours complets de pratique clinique pour pouvoir améliorer son enseignement, les organisateurs des ateliers doivent reconnaître que les cliniques préparent leur planification bien à l'avance et que les médecins hésitent à la modifier : « *Je n'entends parler des ateliers qu'un mois ou deux avant qu'ils n'aient lieu et mes journées sont planifiées depuis longtemps. Mais ce n'est pas grave puisqu'ils durent deux jours et que je ne peux y sacrifier autant de temps* ».

Annuler une période de pratique clinique ne représente pas uniquement un problème financier, mais a également un impact

négalif pour les patients risquant de porter atteinte à l'efficacité de la relation médecin-patient. De plus, si le perfectionnement en faculté a lieu dans un endroit géographiquement éloigné de la pratique clinique du participant, il pourrait être difficile d'obtenir des inscriptions. Pour pallier ce problème, certaines facultés ont commencé à utiliser la visioconférence avec un certain succès.

Deux stratégies sont de plus en plus souvent décrites pour faire face à ce problème. La première consiste à envoyer l'équipe responsable du perfectionnement en faculté sur les sites où a lieu l'enseignement. Il peut arriver que ce soit à l'autre bout de la ville et parfois à des kilomètres de distance, mais en matière de coûts, de relations publiques et d'efficacité, c'est clairement avantageux; les organisateurs et les bénéficiaires des cours ont tous été clairs sur ce point lors des entretiens. Une relation potentiellement instable entre un site d'enseignement clinique et l'université peut être exacerbée si ceux qui enseignent sur le site éloigné ont l'impression qu'ils doivent se présenter à l'université pour réussir à obtenir un peu d'attention. La seconde stratégie consiste à synchroniser les ateliers de façon à ce qu'ils répondent aux besoins des enseignants cliniques (par ex. les soirs ou les fins de semaine).

#### c. Enjeux relatifs à la charge de travail

La plupart des enseignants cliniques réalisent qu'ils pourraient enseigner plus efficacement s'ils recevaient de l'aide, mais face à des demandes croissantes en service clinique, leur enthousiasme pour les activités de perfectionnement en faculté est limité. Les réponses au sondage démontraient clairement ce point. Ce problème est exacerbé par le fait que le perfectionnement en faculté est quelquefois offert seulement après l'engagement dans l'enseignement clinique, ce qui laisse au chargé d'enseignement l'impression que la participation à ces sessions est facultative.

Sur une note positive, un certain nombre d'universités ont mis en place des stratégies visant à encourager le perfectionnement professionnel. Certaines paient les membres de leur personnel clinique à l'heure pour leur participation aux ateliers de perfectionnement en faculté et, dans d'autres cas, les demandes auprès de cliniciens très occupés sont atténuées par le fait que le perfectionnement en faculté fait partie d'un événement pédagogique médical continu. Ils peuvent alors mettre à jour leurs connaissances cliniques et avoir l'occasion de se rencontrer et de créer des liens avec d'autres professionnels.

#### d. Enjeux relatifs à la perspective

Bien que les enseignants cliniques associés de près à l'éducation médicale considèrent le perfectionnement en faculté comme une nécessité incontestable, cette vision n'est pourtant pas universelle : « *Je pourrais en retirer quelques conseils, mais je sais très bien ce que je fais. De toute façon, les étudiants ne se plaignent pas* ». Il existe une vision très répandue selon laquelle la capacité d'enseigner est innée, que « *certain la possède et d'autres pas* », et qu'elle ne peut pas être perfectionnée pour ces derniers. Qui plus est, il est courant de croire que si vous êtes un expert en contenu, vous serez inévitablement capable d'enseigner le sujet. L'un des enseignants médicaux

cadres considérait que la prédominance de cette attitude était la principale raison pour laquelle l'enseignement clinique était parfois pratiquement inefficace. On pourrait soutenir que si le processus d'évaluation était solide, les cliniciens finiraient par comprendre que leurs capacités à pratiquer la médecine ne sont pas nécessairement liées à leurs capacités à enseigner. L'ignorance, qui donne libre cours à l'illusion que l'expertise de contenu est tout ce qu'il faut pour enseigner, s'étend souvent jusqu'au cynisme en regard de l'opinion des étudiants, facilitant ainsi le rejet de ce type de rétroaction.

En dépit de ces défis, la plupart des facultés offrent des programmes de perfectionnement. Ils sont disponibles pour le personnel à temps plein et à temps partiel et sont généralement adéquatement financés. Comme nous l'avons déjà mentionné, selon l'étude, le plus grand problème à régler est probablement que ceux qui ont le plus besoin de perfectionnement ne participent presque jamais aux activités et que les programmes finissent par améliorer les bons enseignants plutôt que d'identifier ceux qui ont besoin de formation additionnelle et d'améliorer leurs compétences.

## 5) SALAIRES ET PROMOTIONS

Cinq éléments principaux considérés comme étant essentiels à un système équitable de décisions relatives aux salaires et aux promotions à l'intention des enseignants cliniques ont été identifiés à partir des entretiens : (1) normes reconnues sur le rendement adéquat, (2) examen systématique du rendement du personnel académique, (3) mécanismes de récompense de l'excellence, qui peuvent raisonnablement être appliqués en présence de preuves appropriées, (4) moyens efficaces et structurés d'offrir de l'aide à ceux dont le rendement est sous-optimal et (5) options de sanctions contre ceux dont le rendement est constamment sous-optimal.

À l'heure actuelle, aucune école de médecine au Canada n'a pleinement appliqué les cinq critères, les numéros quatre et cinq étant les plus souvent absents ou inadéquats. Un certain nombre de facultés ont adopté un « suivi d'enseignement » précis ou ont mis en place un système de promotion fondé sur un rendement satisfaisant dans tous les domaines et l'excellence dans un ou plusieurs domaines, dont l'enseignement.<sup>18</sup> D'autres ont souligné le besoin d'une bourse d'étude selon les critères détaillés par Boyer, mais le personnel était souvent incertain de son application pratique.<sup>19</sup>

De manière générale, chaque administrateur principal était d'avis que son université avait recours à un système efficace de promotion parmi celles dont la contribution primaire à la mission académique est l'éducation. La plupart des universités pouvaient nommer des personnes ayant accédé au rang de professeur en raison de leur enseignement. Cela dit, ces administrateurs ont convenu que le nombre était petit comparativement au nombre de personnes ayant été reconnu en raison de la productivité découlant de la recherche. Bien que l'excellence dans les domaines de l'enseignement et de la recherche soit indispensable à toute promotion, bien des répondants ont souligné le cynisme généralisé face au processus d'évaluation de l'enseignement et une confiance injustifiée

dans la capacité de juger de la recherche. Un certain ressentiment s'est manifesté parmi le personnel à temps plein quant à la perception que les mesures du rendement en matière d'enseignement sont insuffisantes pour faire pencher un comité principalement composé de ceux dont le statut dépend de la productivité en matière de recherche. Ce ressentiment s'est manifesté par l'impression que d'excellents chercheurs dont les capacités pédagogiques sont moindres sont beaucoup plus susceptibles d'être reconnus que d'excellents enseignants dont les capacités en recherche sont moindres.

Bien que la perception de l'importance de la promotion variait grandement au sein du personnel clinique à temps partiel des facultés, le personnel à temps plein la considérait comme un problème d'envergure, tant au niveau du statut que du salaire. En plus des obstacles rencontrés lorsque le chargé d'enseignement passe de professeur adjoint à agrégé et de professeur agrégé à titulaire, on retrouve la question du salaire selon le rang. Dans de nombreuses universités, on rapporte qu'une fois le poste de professeur titulaire obtenu, la possibilité de prendre des mesures contre l'incompétence ne se présente que dans des cas où le professeur a fait preuve d'une négligence flagrante et persistante de ses responsabilités ou a été impliqué dans certains incidents précis lors desquels une infraction claire au sens civique a été commise. La présence d'une association du personnel académique ou d'un syndicat puissant a parfois été citée à titre de facteur contribuant à la difficulté de prendre des mesures contre ceux qui sont jugés incompetents.

Ceux qui ont signalé vouloir une promotion sur la base de leurs activités pédagogiques se sont souvent montrés bien plus cyniques à propos de la situation que l'ont fait les administrateurs : «  *Ils DISSENT que l'enseignement est reconnu, mais en réalité il ne l'est pas du tout* ». Bien que les entretiens aient principalement été faits auprès d'enseignants cliniques plutôt qu'auprès de ceux enseignant dans un programme préclinique, il semble probable que les difficultés soient encore plus aiguës dans le cas du personnel clinique. L'enseignement clinique implique davantage de tâches administratives et des difficultés logistiques plus complexes que les exposés ou le tutorat d'un programme d'enseignement préclinique et il est moins probable qu'un système d'évaluation de l'enseignement soit mis en place. De nombreux chargés d'enseignement ne savaient pas exactement ce qu'on attendait d'eux et bien souvent ils n'avaient pas lu les directives en matière de promotion ou ils n'en avaient pas compris les implications. Même dans la majorité des facultés qui exigent un dossier d'enseignement ou un portefeuille d'enseignement dans la documentation de promotion, il n'existe aucun guide précis sur ce qui doit y être inclus.

On retrouve un autre problème concernant les membres du personnel à temps plein, qui pouvant être d'excellents enseignants, ont dû faire de grands efforts pour assurer le succès d'un programme de stages ou de résidence. Des personnes au sein de nombreux sites partagent des commentaires tels : «  *J'ai de la difficulté à persuader les gens à devenir directeur de programme. C'est beaucoup de travail et il semble que ce travail soit très peu reconnu* ». Ce type de charge administrative est très important, mais il semble que la reconnaissance par les comités de promotion est moins fréquente et, si la personne n'est pas promue, son

amertume peut démoraliser les autres et il est alors encore plus difficile de persuader d'autres enseignants d'entreprendre les démarches administratives nécessaires.

#### a. Enjeux liés à la promotion au sein de l'enseignement clinique – personnel à temps partiel

La plupart des membres du personnel à temps partiel ont un rang académique assigné et sont admissibles aux promotions, mais le processus et son importance sont très différents de la situation vécue par le personnel à temps plein. Le rang peut être décidé par le directeur du département plutôt que par un comité facultaire ou institutionnel et les critères sont souvent vagues : « *La promotion au poste de professeur adjoint dépend des heures d'enseignement et du moment depuis lequel l'enseignant est en poste. La promotion au poste de professeur est rare et dépend de l'envergure professionnelle – ce genre de choses* » Un certain nombre de membres du personnel à temps partiel s'inquiète de la nécessité de fournir une documentation approfondie avant d'être considérés admissibles à une promotion, mais dans bien des cas cette promotion n'apporte pratiquement aucune différence de statut ou de revenu. Les commentaires vont de : « *Je suppose qu'une promotion serait la bienvenue, j'aimerais cela* » à « *Ça ne fait aucune différence, je n'y songe même pas* ». Cela signifie que l'une des principales récompenses selon le personnel à temps plein a beaucoup moins d'importance pour le personnel à temps partiel. Cela ne signifie pas que le concept doit être abandonné, mais il devra peut-être être normalisé à l'échelle de la faculté et son importance doit être absolument claire.

### 6) AUTRES MODÈLES D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

#### a. Médecins résidents enseignants

Les réponses au sondage sur l'utilisation des médecins résidents comme enseignants suggèrent que ce n'est pas un problème insurmontable, bien que certains ajustements aient été identifiés comme étant souhaitables. On a signalé que la portée de l'enseignement des résidents et la façon dont ils sont rémunérés sont variables d'un département à l'autre. Dans certains cas, les résidents sont rémunérés pour leurs activités d'enseignement, dans d'autres cas, ils ne sont pas rémunérés. Parmi ces derniers, l'enseignement est décrit comme une activité faisant partie de la formation en résidence.

Selon la norme d'accréditation LCME ED-24, lorsque les résidents enseignent à des étudiants de premier cycle, la préparation du résident-enseignant doit être appropriée. Toutefois, selon plusieurs résidents interrogés, la préparation est souvent minimale, inappropriée ou les deux. Il en reste que les stagiaires rapportent que les résidents sont souvent d'excellents enseignants et qu'ils leur consacrent beaucoup de temps : « *Je vois plus souvent le résident que mon précepteur* ».

Il est surprenant que lors des entretiens, même dans les universités où les résidents jugent avoir été adéquatement préparés aux activités d'enseignement, tous aient signalé que l'enseignement n'avait jamais

été systématiquement observé par le précepteur et qu'aucune rétroaction sur les activités d'enseignement n'avait été offerte au résident. Jamais l'énoncé clair des responsabilités d'enseignement et du rôle de l'enseignement dans la future pratique médicale n'a été explicite pour les résidents interviewés et leur attitude envers l'enseignement est en réalité ambivalente. Lorsque l'entretien se faisait avec un ou deux résidents sélectionnés, la vision exprimée était que l'enseignement était source de joie et de fierté. « *J'aime enseigner, j'espère que l'enseignement sera une grande partie de ma carrière au fil des ans* »; toutefois, lors d'entretiens avec des groupes plus importants, cette perspective n'était pas universelle.

#### b. Implication des autres professionnels de la santé

Dans certaines universités, le personnel infirmier était embauché pour offrir une formation clinique aux étudiants médicaux de premier cycle et cette pratique était considérée comme efficace et appréciée par les étudiants, offrant une démonstration réaliste d'une collaboration efficace entre les professions. Ces membres du personnel infirmier chargés d'enseignement étaient traités comme des membres à part entière de la faculté; ils étaient rémunérés et leur rendement était évalué. En dépit de l'intérêt universel envers une éducation interprofessions, les répondants ne considéraient pas ce domaine comme méritant une attention particulière. 71 % déclaraient que la situation était satisfaisante ou ne demandait que des ajustements mineurs. Que cette façon de voir les choses soit le reflet d'une situation dans laquelle une éducation interprofessions est devenue normale et intégrée à l'enseignement clinique, ou que les problèmes aient simplement échappé aux répondants du sondage n'a pas été établi de façon claire.

#### c. Pratiques d'enseignement alternatives

En raison de percées dans le programme d'enseignement préclinique et de tensions accrues que doivent subir les enseignants cliniques, de plus en plus de pratiques d'enseignement alternatives voient le jour. L'enseignement des compétences cliniques (antécédents et examen physique) est généralement donné dans le programme d'enseignement préclinique, bien que les chargés d'enseignement soient presque toujours des médecins traitants. Il existe un manque important de recherches publiées dans le domaine de l'enseignement des compétences cliniques et il ne représente pas un élément majeur de ce rapport, en partie parce qu'il représente un sous-ensemble d'enseignement clinique – bien qu'il soit important – et en partie parce qu'il est devenu apparent au fil des premiers entretiens avec les étudiants précliniques et les stagiaires que l'enseignement était généralement bien dispensé. Il existe un réseau efficace d'enseignants de compétences cliniques partout au Canada; les problèmes semblent survenir principalement au niveau du recrutement d'un nombre suffisant d'enseignants pour avoir des groupes d'étudiants de dimension pratique : « *Un enseignant s'est absenté, nous avons donc ses étudiants dans notre groupe – environ vingt personnes tentant d'apprendre comment faire un examen physique et je ne pouvais rien voir, encore moins avoir la chance de mettre les notions en pratique* ». Le problème du recrutement de personnel pour l'enseignement des compétences

cliniques est un peu plus compliqué que le recrutement de stagiaires ou de résidents. Il demande un investissement de temps en dehors des activités cliniques et, par conséquent, représente une perte non équivoque de revenu clinique. Par conséquent, ces chargés d'enseignement sont souvent retirés du corps du personnel à temps plein et un certain nombre d'organiseurs des programmes de compétences cliniques se plaignent du fait qu'il est difficile de persuader leurs collègues d'y participer.

L'enseignement des compétences cliniques a déjà été effectué avec de vrais patients dans les hôpitaux, mais il est dorénavant plus souvent pratiqué sur des patients normalisés ou sur de vrais patients qui sont amenés à un centre spécifique de formation en compétences cliniques. Ce type de centre, qui comporte des salles d'examen, des salles d'attente et les soutiens à l'enseignement appropriés, a été construit (ou est en cours de travaux) dans plusieurs universités. Les centres sont parfois combinés à des laboratoires de simulation où l'on retrouve des mannequins, des modèles ou des simulations humaines grandeurs réelles. De tels établissements servent également de sites pour les examens ECOS.

Mis à part l'usage approprié de la simulation, un éventail d'autres stratégies visant à améliorer l'enseignement et l'apprentissage est en cours d'élaboration. Les améliorations technologiques ont permis d'améliorer la capacité d'enseigner à distance en temps réel de manière considérable; des logiciels d'apprentissage visant la gestion et l'amélioration de l'apprentissage ont été développés sur certains sites et il y a un intérêt plus grand pour l'utilisation des assistants personnels numériques, des balados et d'autres stratégies de ce genre. Les discussions sur l'éducation basée sur les compétences sont également plus fréquentes, bien que l'idée d'élaborer des programmes fondés sur les compétences plutôt que sur le temps d'exposition demeure controversée. En tenant compte des contraintes du système en ce qui concerne l'éducation clinique des stagiaires et des résidents, il est important qu'une évaluation des nouvelles approches de l'enseignement clinique basées sur des preuves soit menée.

## 7) PERSPECTIVE ÉLARGIE ENSEIGNEMENT CLINIQUE, GOUVERNEMENT ET UNIVERSITÉS

### a. Interactions externes

En plus des enseignants cliniques, il existe plusieurs autres groupes d'intervenants dont les intentions sont complémentaires et concurrentielles. Les gouvernements provinciaux, par les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur, déterminent le nombre d'étudiants et, jusqu'à un certain point, le milieu dans lequel les enseignants cliniques pratiqueront ainsi que les stratégies de financement qui supporteront les étudiants et les enseignants. Les associations médicales provinciales ont pour mandat de faire avancer et de préserver les intérêts des enseignants cliniques dans un contexte de soins au patient.

L'administration de la faculté sur un certain nombre de sites s'inquiétait du fait que les gouvernements provinciaux démarrent parfois un processus de prise de décision sans reconnaître l'impact de leurs décisions sur le système d'éducation médicale. Par exemple, les PREM (Plans régionaux d'effectifs médicaux) du Québec sont conçus pour offrir une distribution plus uniforme des soins médicaux dans la province, mais ont entraîné des conséquences importantes et imprévues sur l'éducation médicale, par exemple une carence en enseignants cliniques dans certaines disciplines et régions.

Selon la documentation (et les répondants au sondage), l'un des « principaux problèmes est l'absence d'un point d'entrée commun pour les discussions » portant sur les ressources indispensables à l'enseignement clinique. Dans de nombreuses provinces, l'éducation médicale des étudiants de premier cycle est sous l'autorité du ministère de l'Enseignement supérieur, tandis que la formation en résidence dépend du ministère de la Santé. Lorsqu'il y a un manque de communication entre les ministères, les universités doivent s'engager dans des relations distinctes et potentiellement conflictuelles dans le but de négocier des solutions équitables.

### b. Hausses de l'inscription des étudiants de premier cycle

Le Canada prétend avoir à l'heure actuelle l'un des programmes pour étudiants de premier cycle les plus importants en Amérique du Nord, à l'Université de Montréal<sup>20</sup>, et une hausse du nombre d'étudiants inscrits sur tous les sites se manifeste à l'échelle du pays<sup>21</sup>. Cela entraîne des contraintes supplémentaires pour le personnel, le financement et l'administration du programme d'enseignement. Il y a également une croissance de la demande en soins directs au patient et les enseignants doivent alors faire face à des demandes de temps concurrentielles. Il est possible que cela décourage de nouveaux enseignants cliniques de se joindre au système et que cela ait mené ceux qui ont présentement un rôle d'enseignement important à se questionner sur leur participation continue.

En fait, le problème le plus souvent mentionné dans l'étude est l'impossibilité d'anticiper les ramifications de l'augmentation de la taille des programmes destinés aux étudiants de premier cycle. Ces ramifications ont été identifiées comme suit : financement insuffisant, manque de compréhension des problèmes entourant les campus secondaires et les sites communautaires et une coupure entre les augmentations en taille des programmes destinés aux étudiants de premier cycle et la disponibilité des postes en résidence.

### c. Perspectives du personnel enseignant sur le rôle du gouvernement

Lorsque les chargés d'enseignement (par rapport aux administrateurs) ont dû répondre à la question des problèmes entourant l'enseignement clinique et le rôle des décisions gouvernementales, une perspective élargie est apparue. Une vision explicite indiquait que le système dans son ensemble devait être

passé en revue et que l'efficacité améliorée des soins de santé, un usage approprié des autres professions liées à la santé et une réduction des demandes sur le clinicien, telles que celles liées aux tâches administratives, seraient au moins aussi utiles que les mesures prises pour augmenter le nombre d'étudiants inscrits dans les programmes. Cela permettraient aux enseignants cliniques de consacrer davantage de temps et d'attention à leurs étudiants. « *Nos patients ont besoin de meilleurs soins de santé et produire davantage de médecins n'est qu'une partie de la réponse* ».

L'impression que les chargés d'enseignement eux-mêmes n'ont pratiquement joué aucun rôle dans la prise de décision, concernant des problèmes tels que la capacité d'accueil, est répandue. Une autre question a été soulevée : y aura-t-il suffisamment d'emplois disponibles pour le nombre accru de diplômés dans certaines sous-spécialités? Les réponses suggèrent que les médecins déjà établis dans des pratiques prospères pourraient ne pas être très enthousiastes à l'idée de partager leur pratique avec les nouveaux arrivants.

Le consensus indique la nécessité d'un dialogue plus efficace et plus transparent entre ceux qui sont responsables du financement de l'éducation médicale et ceux à qui a été confiée la pratique de la formation des futurs médecins. Les enseignants eux-mêmes ont l'impression que bien que les conséquences des décisions aient une influence importante sur leur pratique d'enseignement, ils n'ont que peu ou pas d'influence sur le processus de prise de décision.

#### **d. Communication au sein des milieux d'enseignement clinique**

En dépit d'un mandat commun d'éducation des futurs médecins, chaque faculté possède une histoire et un caractère uniques résultant de son emplacement, de ses politiques, de ses traditions et de sa direction. Dans chaque faculté, ces facteurs façonnent la personnalité des départements, des divisions, des sites d'enseignement clinique et des chargés d'enseignement. Le défi consiste à élaborer une stratégie qui rapprochera les intervenants sur les questions touchant les problèmes d'intérêt commun tout en respectant la nature individuelle de chaque unité.



### III. Recommandations du projet

Selon l'analyse documentaire, des réponses au sondage et des données relatives aux entretiens, les recommandations suivantes sont présentées comme matière à réflexion :

#### 1. COLLABORATION ET RÉPERTOIRE NATIONAL DES PRATIQUES EXEMPLAIRES

On doit veiller à la mise en œuvre de structures qui permettraient de multiples niveaux d'interaction et de collaboration à l'égard de l'enseignement clinique. Cette mesure comprendrait une interaction entre les doyens et doyens associés, les chargés d'enseignement cliniques et les éducateurs et bailleurs de fonds de l'éducation médicale de tout le pays. Ces structures offriraient un forum de discussions permanent sur l'enseignement clinique au Canada. Un répertoire national des pratiques exemplaires couvrant tous les domaines pertinents à l'enseignement clinique devrait aussi disposer de ressources adéquates. Une introduction obligatoire à l'enseignement clinique, basée sur ces pratiques exemplaires, devrait aussi être élaborée pour les nouveaux enseignants.

#### 2. SITES COMMUNAUTAIRES ET D'APPRENTISSAGE SECONDAIRES

Le programme d'enseignement clinique des sites secondaires doit être élaboré selon une rétroaction importante et régulière des enseignants cliniques de ces sites. Les objectifs, les résultats et les compétences que doivent maîtriser les étudiants devraient être clarifiés. Les sites secondaires ont besoin de plus de ressources et de soutien administratif pour devenir des partenaires à part entière des efforts d'enseignement clinique.

#### 3. RÔLE DE L'ENSEIGNANT CLINIQUE

Les universités doivent présenter aux chargés d'enseignement clinique des attentes claires sur leur contribution à l'enseignement, et ce, au moins un an à l'avance. Ces attentes n'incluront pas les problèmes logistiques comme le stationnement, le transport et l'espace. Lorsque la direction s'attend à ce que les enseignants jouent un rôle administratif, une infrastructure de soutien adéquate devra être mise à leur disposition.

#### 4. RÉMUNÉRATION

Des programmes de financement alternatif (PFA) doivent être mis en place dans toutes les unités et les revenus connexes doivent être équitablement distribués de façon à former une part importante du revenu total de l'enseignant clinicien.

#### 5. RECONNAISSANCE

La reconnaissance de la contribution de l'enseignement clinique devra inclure une reconnaissance publique continue ainsi qu'un remboursement financier approprié.

#### 6. STAGIAIRES ET RÉSIDENTS

Avant d'entamer leur formation clinique, les stagiaires et résidents doivent recevoir des instructions précises sur les comportements appropriés à adopter durant l'expérience d'enseignement clinique. Ils doivent recevoir des directives sur les façons de rendre l'expérience plus valorisante aussi bien pour eux que pour les enseignants. De plus, il doit être explicite pour les stagiaires et résidents que l'enseignement à la prochaine génération de médecins fait partie intégrante de la pratique clinique et que chaque clinicien devra y participer. Le perfectionnement pédagogique des résidents doit être obligatoire et il faut les informer du rôle qu'ils devront jouer à titre de chargé d'enseignement. Les précepteurs doivent être encouragés à évaluer l'enseignement de leurs résidents et à leur offrir des encouragements et des rétroactions appropriés. Ce processus d'observation directe devrait faire partie de l'évaluation du rendement global du résident.

#### 7. ÉVALUATION

Un processus centralisé, transparent, normalisé et opportun devra être mis en place dans chaque faculté afin que les étudiants, les résidents et les pairs aient l'occasion de faire part de leurs commentaires par écrit et de façon anonyme aux chargés d'enseignement.

#### 8. PERFECTIONNEMENT CONTINU EN FACULTÉ

Le perfectionnement en faculté doit être présenté comme faisant partie intégrante des tâches de l'enseignant clinique, plutôt que comme une option. À ce titre, on doit exiger des enseignants cliniques d'expérience qu'ils suivent un cours de mise à niveau en enseignement. Ces cours devraient être donnés à proximité des sites où l'enseignant travaille, en particulier lorsque ces sites sont secondaires. Ils devraient également avoir lieu à un moment et durant une période qui convienne à tous les cliniciens et se concentrer sur les aspects pratiques de l'aide à l'apprentissage qui sera dispensée aux stagiaires et aux résidents.

#### 9. DÉCISIONS RELATIVES AUX SALAIRES ET AUX PROMOTIONS

Pour ceux dont la carrière dépend de l'avancement académique, les critères de promotion doivent être clairs et facilement accessibles. L'accent approprié doit être mis sur l'éducation et l'administration connexe. Ces critères devraient faire l'objet d'une discussion entre le chargé d'enseignement et le président ou son représentant de manière continue. Les universités doivent aussi s'efforcer d'offrir des récompenses au personnel d'enseignement clinique dont l'excellence à l'enseignement est éprouvée et envisager des moyens de pression à exercer sur ceux dont le rendement est inférieur à la norme.

#### 10. INNOVATION EN ENSEIGNEMENT CLINIQUE

On devrait inviter les facultés de médecine à avoir davantage recours aux innovations comme les technologies émergentes ainsi que les nouvelles approches pédagogiques à l'enseignement clinique. En outre, des modèles d'enseignement clinique dont le recours aux chargés d'enseignement non médicaux devraient également être considérés.



(Endnotes)

- 1 Association of Canadian Medical Colleges. Canadian Medical Education Statistics 2008:30-39
- 2 Luc Côté (Université Laval); Martine Chamberland (Sherbrooke); Bernard Charlin (Université de Montréal); Carol-Ann Courneya (University of British Columbia); Bruce Fisher (University of Alberta); Mark Goldszmidt (University of Western Ontario); Karen Mann (Dalhousie University); and Linda Snell (McGill University)
- 3 En consultation avec la British Columbia Medical Association (BCMA), l'université de la Colombie-Britannique n'a pas distribué ce questionnaire aux professeurs cliniques au sein de cette université. Cette décision est sous-tendue du fait qu'en 2006, les membres du personnel clinique ont reçu un sondage approfondi portant sur un contenu semblable, les résultats duquel ont été partagés de bonne foi avec l'AFMC dans le cadre de cette étude. En outre, la BCMA prévoit la parution d'un autre sondage portant sur ce sujet en mai prochain. Nul doute qu'il n'est pas souhaitable de soumettre le personnel clinique à une succession de sondages recueillant essentiellement les mêmes renseignements. Le doyen et les membres du corps professoral clinique ont rencontré le chercheur principal de cette étude et leurs points de vue ont été ajoutés aux sections appropriées de ce rapport. Ce document fait également mention des résultats du sondage de 2006 de l'université de la Colombie-Britannique. Ainsi, ce rapport tient dûment compte des points de vue du personnel administratif de la faculté et du corps professoral de l'université de la Colombie-Britannique. La question de l'engagement de la faculté clinique est une préoccupation de grande importance pour la faculté de médecine de l'université de la Colombie-Britannique depuis trois ou quatre ans étant donné que le volume des classes d'étudiants en médecine de premier cycle ont doublé et qu'il faut tenir compte de la distribution à l'échelle de la province, exigeant une attraction, un engagement et une conservation de professeurs cliniques tant nouveaux que chevronnés.
- 4 Aux fins de lisibilité, les pourcentages ont été arrondis au nombre entier près. Des pourcentages plus précis figurent aux tableaux correspondant à chaque question du sondage.
- 5 Les renseignements sont fournis par l'Association des facultés de médecine et le Conseil médical du Canada.
- 6 Par exemple, Chaytors RG, Spooner GR. Training for rural family medicine: a cooperative venture of government, university, and community in Alberta. *Acad Med.* 1998 Jul;73(7):739-42.
- 7 Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach.* 2006 Feb;28(1):3-18
- 8 <http://www.swomen.ca/> Accessed on 23<sup>rd</sup> March 2009
- 9 <http://www.rpap.ab.ca/> Accessed on 23<sup>rd</sup> March 2009
- 10 Les commentaires entre guillemets sont des remarques de la part des répondants lors des entrevues.
- 11 Rourke JT. Building the new Northern Ontario Rural Medical School. *Aust J Rural Health.* 2002 Apr;10(2):112-6
- 12 Pour des renseignements détaillés, consultez Canadian Institute for Health Information (CIHI). Physicians in Canada: The Status of Alternative Payment Programs, 2005-2006. Accessed January 1, 2009 at. [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/AltPay2005\\_2006\\_e.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/AltPay2005_2006_e.pdf)
- 13 Abrahams MB, Friedman CP. Preclinical course-evaluation methods at U.S. and Canadian medical schools. *Acad Med.* 1996 Apr;71(4):371-4
- 14 Beckman TJ, Ghosh AK, Cook DA, Erwin PJ, Mandrekar JN. How reliable are assessments of clinical teaching? A review of the published instruments *J Gen Intern Med.* 2004 Sep;19(9):971-7
- 15 <http://www.one45.com/> Accessed on 23<sup>rd</sup> March, 2009
- 16 Murray HG Low-Inference Classroom Teaching Behaviors and Student Ratings of College Teaching Effectiveness. *J Ed Psych* 1983 Feb;75(1) 138-49
- 17 Steinert Y, McLeod PJ, Boillat M, Meterissian S, Elizov M, Macdonald ME. Faculty development: a 'field of dreams'? *Med Educ.* 2009 Jan;43(1):42-9
- 18 Glick TH. How best to evaluate clinician-educators and teachers for promotion? *Acad Med.* 2002 May;77(5):392-7.
- 19 Boyer, E.L. (1990). *Scholarship Reconsidered: Priorities of the Professoriate.* Princeton, N.J.: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- 20 Association of Faculties of Medicine of Canada. Canadian Medical Education Statistics, 2007 29:15
- 21 Association of Canadian Medical Colleges. Canadian Medical Education Statistics 2008:30-39



**AFMC**

L'Association des facultés  
de médecine du Canada