



Article scientifique

Article

2014

Published version

Public access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Développement professoral, hier, aujourd'hui et demain: pédagogie
médicale. Guide AMEE no 36

Audetat Voirol, Marie-Claude; Cusson, Lise

How to cite

AUDETAT VOIROL, Marie-Claude, CUSSON, Lise. Développement professoral, hier, aujourd'hui et demain: pédagogie médicale. Guide AMEE no 36. In: Pédagogie médicale, 2014, vol. 15, n° 3, p. 183–237.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:88612>

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.

Last deposit update in Archive ouverte UNIGE on 07.02.2025 10:46

Développement professoral : hier, aujourd'hui et demain Guide AMEE n°36*

Faculty development: Yesterday, today and tomorrow. AMEE Guide N° 36

Michelle McLEAN¹, François CILLIERS², Jacqueline M. VAN WYK³

¹ Université des Émirats Arabes Unis, Émirats Arabes Unis

² Université de Stellenbosch, Afrique du Sud

³ Université de KwaZulu-Natal, Afrique du Sud

Mots-clés

Développement
professoral ;
éducation médicale ;
érudition (expertise
académique)

Résumé – Contexte : L'éducation médicale a évolué de telle façon que chacun s'accorde à la considérer comme une discipline en elle-même. Face aux attentes légitimes du public envers les facultés de médecine en ce qui concerne leurs responsabilités, il y a actuellement une demande croissante pour une professionnalisation des pratiques d'enseignement. À ce titre, il est nécessaire de développer un cadre conceptuel pour définir les rôles et responsabilités des enseignants, des chercheurs et des leaders en pédagogie des sciences médicales. C'est en cela que le développement professoral peut être utile. Ce n'est cependant pas une tâche facile ; cela nécessite un soutien institutionnel, l'allocation de ressources appropriées et la reconnaissance de l'importance de l'excellence en enseignement. **Objectif :** Ce guide a été conçu afin d'aider ceux qui ont la responsabilité de préparer les enseignants dans leurs rôles d'enseignant et de pédagogue, que ce soit en médecine ou dans les autres sciences de la santé proches et alliées. **Exégèse :** Ce guide présente une perspective historique du développement professoral, et met en évidence un certain nombre de cadres conceptuels issus de la littérature médicale, des

* Cet article est la traduction française d'un travail original élaboré en tant que guide de l'Association for Medical Education in Europe (AMEE), qui a fait l'objet d'une publication princeps en anglais : McLean M, Cilliers F & van Wyk JM. *Faculty Development: Yesterday, Today and Tomorrow. Med Teach* 2008;30(6):555-84). Sa publication s'inscrit dans le cadre d'un partenariat institutionnel entre l'Association for Medical Education in Europe (AMEE) et la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM), et leurs organes officiels d'expression respectifs, les journaux *Medical Teacher* et *Pédagogie Médicale*. À partir de l'article princeps, la traduction en français a fait l'objet d'une première version, élaborée par Marie-Claude Audétat (ancienne directrice du développement professoral du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, Montréal, Canada ; maître d'enseignement et de recherche, responsable de la formation pédagogique des cliniciens-enseignants à l'Université de Genève, Suisse) et Lise Cusson (adjointe à la gestion des ressources professorales du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, Montréal, Canada). La version finale résulte d'un processus de révision collégiale développé ultérieurement par un collectif composé de : Marie-Claude Audétat (ancienne directrice du développement professoral du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, Montréal, Canada ; maître d'enseignement et de recherche, responsable de la formation pédagogique des cliniciens-enseignants à l'Université de Genève, Suisse), Lise Cusson (adjointe à la gestion des ressources professorales du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, Montréal, Canada) et Jean Jouquan (Faculté de médecine, Université de Bretagne occidentale, Brest, France).
Choix éditoriaux : « *Faculty development* », utilisé en Amérique du Nord, équivalent de « *academic development* », utilisé en Australie, Asie et Grande Bretagne, a été traduit par « développement professoral », terme utilisé au Québec. « *Scholarship* » est traduit au Canada francophone par « érudition », notamment dans le Cadre des compétences CanMEDS, développé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Ce terme a une signification plus ambiguë en contexte francophone européen ; selon le contexte de la phrase, nous l'avons traduit par « expertise académique » ou « développement de l'expertise académique ». Les termes « *feedback* » et « *rétroaction* » sont utilisés de façon équivalente et alternative. Des termes anglais transposés officiellement en français, tels que *leader* ou *leadership*, ont été conservés.

sciences de la santé, des sciences de l'éducation, qui sont autant de perspectives susceptibles d'être pertinentes et utiles pour définir des programmes de développement professoral spécifiques et centrés sur les besoins. Ces différents cadres conceptuels peuvent être utilisés par les concepteurs de programmes pour planifier, implanter et évaluer de façon systématique les programmes de développement professoral de leurs équipes d'enseignants. La conclusion présente les grandes tendances actuelles en éducation médicale qui, nous le croyons, contribueront à façonner le développement professoral des années à venir.

Keywords

Faculty development;
medical education;
scholarship

Abstract – Background: Medical education has evolved to become a discipline in its own right. With demands on medical faculties to be socially responsible and accountable, there is now increasing pressure for the professionalisation of teaching practice. Developing a cadre of professional and competent teachers, educators, researchers and leaders for their new roles and responsibilities in medical education requires faculty development. Faculty development is, however, not an easy task. It requires supportive institutional leadership, appropriate resource allocation and recognition for teaching excellence. **Objective:** This guide is designed to assist those charged with preparing faculty for their many new roles in teaching and education in both medical and allied health science education. **Exegesis:** This guide provides a historical perspective of faculty development and draws on the medical, health science and higher education literature to provide a number of frameworks that may be useful for designing tailored faculty development programmes. These frameworks can be used by faculty developers to systematically plan, implement and evaluate their staff development programmes. This guide concludes with some of the major trends and driving forces in medical education that we believe will shape future faculty development.

Introduction

Qu'est-ce que le développement professoral ?
Une perspective historique

Il fut une époque où n'importe quel diplômé d'une faculté de médecine était considéré comme capable d'enseigner. Avec le temps, il est devenu évident que cette capacité n'était pas innée. L'enseignement concerne non seulement des contenus mais aussi des processus et pour développer « l'art » de l'enseignement, les professeurs ont besoin de soutien^[1]. C'est ainsi qu'ont débuté quelques-unes des premières activités de « développement professoral », qu'on retrouve également dans la littérature sous les appellations de « développement professionnel » ou de « développement du personnel enseignant »^[2, 3]. Le but de ces premières « formations des enseignants » était habituellement de préparer les membres du corps professoral universitaire à enseigner, ce qui était leur principale responsabilité à ce moment-là. À

mesure que la gamme des responsabilités universitaires a évolué, incluant la recherche et l'administration, le concept du développement professoral s'est élargi, essentiellement pour consolider la base pédagogique des établissements^[3, 4-9]. Nous retrouvons cette perspective dans la définition du développement professoral proposée par Sheets et Schwenk^[10] :

« N'importe quelle activité planifiée dans le but d'améliorer les connaissances et les habiletés d'un individu dans les domaines considérés comme essentiels à la performance d'un membre du corps enseignant d'un département ou d'un programme de résidence (c'est-à-dire habiletés pédagogiques, administratives, cliniques ou de recherche) ».

Les tableaux I et II reflètent cette évolution du concept de développement professoral. Le tableau I est un résumé chronologique de certaines contributions importantes au développement académique en éducation médicale, qui s'étend sur plus de trois décennies. Quant au tableau II, il résume les

Messages clés

- Le développement professoral n'est pas un luxe, mais un besoin impératif pour chaque milieu de formation médicale.
- Un développement professoral de qualité nécessite la mise en place d'un département ou d'une unité spécialisée en éducation médicale, qui soit composé de responsables crédibles développant des programmes et prônant des modèles de rôles pédagogiques.
- Le développement professoral a besoin d'être systématique : ceci suppose une planification, une implantation et une évaluation.
- Le développement professoral doit produire des résultats réalistes et mesurables (c'est-à-dire orientés sur la tâche).
- Le développement professoral devrait être envisagé de façon à répondre à différents niveaux de besoins, les besoins individuels, ceux des disciplines ou ceux de l'établissement.
- Les différentes activités proposées dans les programmes de développement professoral devraient encourager un apprentissage expérientiel et une démarche réflexive (en utilisant par exemple le principe d'évaluation par les pairs, ou l'usage du portfolio).
- Le développement professoral devrait s'efforcer de développer des collaborations entre les différentes disciplines médicales, et dans la mesure du possible entre différentes professions.

principales tendances et les orientations en éducation médicale qui, selon nous, ont influencé le développement professoral au cours des trente dernières années.

Les théories qui sous-tendent l'apprentissage ont joué un rôle majeur dans l'évolution du développement du personnel enseignant (tableau II). Par exemple, dans la perspective de la théorie comportementaliste en vogue dans les années 70, le développement professoral visait à développer les attributs et les compétences d'un « bon » enseignant : celui-ci est conçu comme quelqu'un pouvant utiliser différentes

approches pédagogiques, renforcer les concepts importants et communiquer efficacement^[6]. Dans les années 80 et 90, les réformes en faveur de l'apprentissage auto-dirigé et de l'enseignement centré sur l'apprenant ont exigé une métamorphose de l'enseignant, impliquant qu'il évolue de son rôle de transmetteur didactique de connaissances vers celui de facilitateur de l'apprentissage^[18, 19]. Pour réussir cette transition, les professeurs avaient besoin de nouvelles habiletés, et devaient donc recevoir une formation. L'arrivée du nouveau millénaire a apporté un nouveau cadre conceptuel, basé sur la définition des compétences attendues pour l'obtention du diplôme^[20, 21, 22]. Le développement professoral a suivi ce courant et les différents rôles de l'enseignant en médecine, du clinicien expert au mentor et au modèle de rôle, se sont élargis et définis^[23] (cf. figure 1).

Peu de temps après Hesketh et al.^[23], en s'appuyant sur le modèle des trois cercles concentriques de Harden^[24], ont défini les différentes dimensions ou « modes d'intelligence » de la compétence d'un excellent clinicien enseignant. Ces 12 dimensions incluent entre autres les connaissances, les habiletés et les attitudes, de manière à ce que la bonne personne exécute la bonne procédure ou tâche adéquatement, avec la bonne attitude et le bon comportement (cf. encadré 1).

Au fur et à mesure que les cliniciens enseignants, les chercheurs et les gestionnaires se forment à leurs responsabilités présentes et futures, dans le cadre d'une démarche à la fois institutionnelle et individuelle, les compétences des membres du corps professoral sont continuellement redéfinies. Reconnaisant que chacun des membres du corps enseignant ne peut exceller dans toutes les responsabilités reconnues, la tendance à « partager le travail » a émergé dans certaines disciplines académiques^[26, 9]. Récemment, une équipe multidisciplinaire chargée d'identifier les compétences en médecine de famille a identifié quatre grands secteurs de responsabilité (englobant dix rôles) des membres du corps enseignant^[9]. Ces responsabilités combinent le rôle d'enseignement, à ceux de clinicien, chercheur, pédagogue et gestionnaire (cf. encadré 2). Cette équipe perçoit l'enseignement comme une activité dans

Tableau I. Évolution chronologique du développement professoral en éducation médicale. (quelques contributions importantes de 1975 à maintenant).

Auteurs	Propositions/points importants
(Gaff, 1975) ^[11]	Le développement professoral en enseignement supérieur perçu comme des activités qui aident les enseignants à : - améliorer leurs habiletés pédagogiques - mieux structurer le curriculum - améliorer la culture institutionnelle
(Centra, 1976) ^[12]	Cet auteur a défini le développement professoral comme un grand éventail d'activités utilisées par les établissements pour rappeler ou aider le corps enseignant à assumer son rôle. La rétroaction par les étudiants n'est efficace en terme de changement que lorsque les enseignants sont rencontrés individuellement et que des suggestions spécifiques d'amélioration sont faites.
(Stritter, 1983) ^[13]	Il a divisé le développement professoral en trois catégories : - aide technique (plus ou moins au niveau individuel) - implication facultaire importante (« socialisation professionnelle », ex. : par des ateliers ; recherche éducationnelle collaborative) - évaluation (par les pairs, étudiants, auto-évaluation avec rétroaction)
(Bland and Schmitz, 1986) ^[14]	Le développement professoral inclut d'autres habiletés que l'enseignement. Le but premier du développement professoral est passé du recrutement et de la formation des enseignants à l'élaboration d'une base académique d'une spécialité, en développant la capacité de recherche grâce à des <i>fellowships</i> , conseillers, mentors, etc.
(Bland and Schmitz, 1988) ^[15]	Le développement professoral favorise la vitalité du corps enseignant et de l'établissement. Il suggère des stratégies pour améliorer cette vitalité à trois niveaux : - établissement (ex. : modification des règles de gestion professorale, redéfinition de la mission) - département/école (pratique et développement organisationnel, ex. : fournir le support administratif) - membres du corps professoral (échange d'enseignants, consultation des pairs, enseignement interdépartemental)
(Sheets and Schwenk, 1990) ^[10]	Le développement professoral est « n'importe quelle activité qui améliore les connaissances et les habiletés individuelles dans les domaines considérés essentiels à la performance d'un membre du corps enseignant d'un département ou d'un programme de résidence (ex. : habiletés d'enseignement, de gestion, de recherche, cliniques) ». Ces auteurs rapportent une insuffisance de recherches et d'évaluations dans lesquelles les participants sont directement observés et les résultats compilés.
(Hitchcock et al., 1993) ^[5]	Cet auteur présente les conclusions principales d'une revue de la littérature : - le concept du développement professoral évolue et se développe (c'est-à-dire habiletés pédagogiques professionnelles, éthiques, habiletés cliniques et de recherche) - les habiletés d'enseignement demeurent l'aspect dominant du développement professoral - les <i>fellowships</i> sont efficaces pour le recrutement et la formation de nouveaux enseignants - l'environnement institutionnel est important dans le développement professoral (augmentation de la productivité) - l'évaluation du corps enseignant est une approche efficace pour le développement professoral - davantage de recherche sur les résultats du développement professoral est nécessaire - la nécessité de modèles différents de développement professoral pour des enseignants différents - les centres de développement professoral sont en croissance

Tableau I. Suite

Auteurs	Propositions/points importants
(Wilkerson and Irby, 1998) ^[6]	Les stratégies de développement professoral sont influencées par les théories d'apprentissage en vogue et les résultats de recherche. Un développement professoral complet devrait inclure : - un développement professionnel (orientation de la carrière académique - enseignement, recherche, etc.) - un développement des habiletés d'enseignement (amélioration de l'enseignement) - un développement du leadership (favorisant l'émergence de pédagogues) - un développement organisationnel (structure qui encourage un environnement propice à l'apprentissage et à l'enseignement)
(Steinert, 2000) ^[7]	Pour évoluer avec les changements, le développement professoral devra élargir sa perspective en : - utilisant différentes méthodes d'enseignement - étant soutenu par les théories de l'apprentissage - encourageant les partenariats et la collaboration - évaluant rigoureusement les interventions
(Steinert et al., 2006) ^[16]	Dans l'étude de l'éducation médicale fondée sur les meilleures données scientifiques (<i>Best Evidence Medical Education</i>) centrée sur les résultats de l'évaluation du développement professoral, les auteurs mettent en évidence que peu d'études mesurent les résultats de l'évaluation. C'est pourquoi, ils proposent d'utiliser les quatre niveaux de Kirkpatrick ^[17] pour encadrer l'évaluation.

Tableau II. Principaux courants porteurs et principales tendances en éducation médicale. L'évolution du clinicien-enseignant et du développement professoral, des années 1970 à maintenant (selon différentes sources).

Décennie	Principaux courants porteurs et principales tendances en éducation médicale	Rôle du clinicien-enseignant	Développement professoral et habiletés requises. Comment :	Activités du développement professoral relatives à cette perspective
1970	Les théories comportementales (Changement du comportement et maîtrise par la pratique)	L'enseignant fait preuve des caractéristiques d'un « bon » enseignant.	<ul style="list-style-type: none"> • Écrire des résultats mesurables • Transmettre un contenu éducatif de façon organisée et ordonnée de manière à atteindre les objectifs • Fournir des exercices avec rétroaction • Évaluer le comportement de l'apprenant en fonction des objectifs 	Ateliers de formation <ul style="list-style-type: none"> • les enseignants reçoivent un condensé des évaluations faites par les étudiants

Tableau II. Suite

Décennie	Principaux courants porteurs et principales tendances en éducation médicale	Rôle du clinicien-enseignant	Développement professoral et habiletés requises. Comment :	Activités du développement professoral relatives à cette perspective
1980	<p>Les théories cognitives (Construction active des connaissances; constructions conceptuelles)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Théories de l'éducation des adultes • Curriculum intégré • Début des technologies de l'information • Début de la médecine communautaire 	L'enseignant est un expert du processus (en plus d'être expert de contenu)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les préconceptions de l'apprenant • Activer les connaissances acquises • Fournir un cadre conceptuel pour de nouvelles connaissances • Encourager l'engagement de l'apprenant avec le contenu • Comprendre l'apprentissage • Concevoir des activités pour favoriser l'apprentissage 	<ul style="list-style-type: none"> • Apprentissage des habiletés, souvent avec l'aide de la vidéo • Auto-évaluation <p>Apparition de quelques nominations dans des unités ou départements d'éducation médicale</p>
1990	<p>Les théories sociales de l'apprentissage (Formation continue ; collaboration ; socialisation)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éducation centrée sur l'apprenant • Apprentissage par problèmes • Curriculum basé sur un tronc commun et des options • Professionnalisme • Éducation basée dans la communauté • Médecine basée sur les données probantes • Éducation basée sur l'apprentissage en groupe • Modèles de rôle • Responsabilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Enrichissement des rôles (ex. : modèle de rôle, facilitateur) et des responsabilités (enseignant, administrateur, clinicien, etc.) • Enseignement soutenu par des connaissances avancées 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir un apprentissage continu • Encourager les étudiants à travailler en équipe • Aborder les questions de la culture, du pouvoir, des croyances dans l'environnement d'apprentissage • Évaluer les pairs • Évaluer différents domaines et compétences • Entreprendre de la recherche en éducation médicale 	<p>Le développement professoral inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitation de l'apprentissage de l'étudiant • Coaching et collégialité entre pairs • Développement de meilleures mesures d'évaluation • Développement de praticiens réflexifs • Développement de modèles de rôles • Recherche en éducation <p>Unités d'éducation médicale fréquentes. Émergence de programmes de <i>fellowship</i> pour les enseignants</p>

Tableau II. Suite

Décennie	Principaux courants porteurs et principales tendances en éducation médicale	Rôle du clinicien-enseignant	Développement professoral et habiletés requises. Comment :	Activités du développement professoral relatives à cette perspective
2000	<p>Le professionnalisme (Approche centrée sur le patient ; compétence culturelle)</p> <p><i>Avancées technologiques :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposition clinique précoce : environnements différents • Apprentissage et évaluation en situation réelle (portfolios, ECOS, par les patients) • Éducation fondée sur les compétences (habiletés, connaissances, attitudes) • Technologie de l'information et Internet • Première école de médecine virtuelle • Responsabilité sociale • Pratique éthique • Augmentation de la diversité culturelle • Agrément et responsabilité • Éducation médicale fondée sur les meilleures données scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'enseignants compétents, professionnels (agrément) • Obligation de formation en pédagogie médicale • Encouragement à l'expertise en pédagogie médicale • Compétence dans la reconnaissance des enjeux culturels 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer la réflexion pendant et sur l'action • S'auto évaluer • Améliorer la collégialité • Enseigner à enseigner • Développer des plans de développement personnel • Aborder les patients de façon éthique et professionnelle • Développer la compétence culturelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement professoral (sur mesure pour les individus, disciplines, institution) axé sur : • la conception de résultats mesurables • le développement de portfolios d'enseignement • les habiletés de recherche en pédagogie médicale (qualitative et quantitative) • Le mentorat par les pairs <p>Reconnaissance de la nécessité d'avoir des bureaux de pédagogie médicale avec du personnel enseignant.</p> <p>Programmes de <i>fellowship</i> fréquents</p>

laquelle tous les membres sont engagés. Leinster quant à lui, défend le point de vue qu'il n'appartient pas à tous les cliniciens d'enseigner^[26]. Leinster défend vigoureusement que l'enseignement est le domaine de ceux qui y ont un intérêt véritable et qui en ont la capacité. Si l'on admet que le développement

professoral doit répondre aux besoins des individus, de la discipline et de l'établissement, alors chaque école de médecine doit décider des rôles spécifiques et des responsabilités des différents membres du corps enseignant au regard de leur contexte éducatif spécifique.

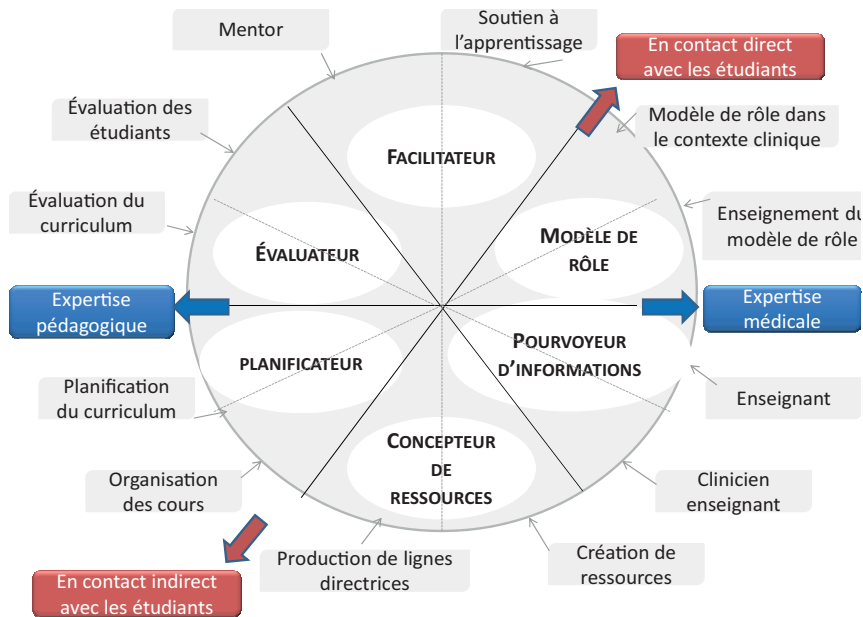


Fig. 1. Les douze rôles du clinicien enseignant, d'expert de contenu à modèle de rôle professionnel (Harden and Crosby, 2000a)^[22].

Alors que la définition du développement professoral proposée par Sheets et Schwenk^[27] est probablement encore largement applicable de nos jours, beaucoup de choses ont changé et continuent à évoluer en pédagogie des sciences de la santé, ce qui justifie alors une nouvelle définition. Ainsi, si l'on considère les courts séjours hospitaliers des patients, le nombre croissant d'étudiants, les maladies chroniques, de même que les exigences des organismes d'agrément pour une exposition plus importante aux soins primaires dans la formation, il devient nécessaire de redéfinir et d'élargir la notion de développement professoral, de même que celle de corps enseignant pour tenir compte de l'exposition des étudiants en milieux ambulatoires et communautaires^[29-34].

« L'enseignement clinique doit refléter les changements des modèles de soins et permettre une expérience dans une variété d'hôpitaux, de cabinets de médecine générale et de services médicaux communautaires »^[29]

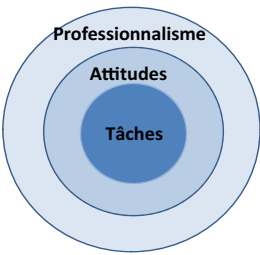
Ainsi, les enseignants des étudiants en médecine d'aujourd'hui doivent inclure des cliniciens exerçant en pratique privée, des précepteurs communautaires

de même que des praticiens d'autres professions de la santé tels que les physiothérapeutes, infirmières, travailleurs sociaux^[3,35]. Étant donné que leur expérience d'enseignement et leur niveau de formation professorale varieront, le développement professoral devra donc inclure tout individu impliqué dans l'enseignement, que ce soit auprès d'étudiants du cursus pré-gradué ou lors de la supervision des internes ou résidents. Compte tenu des emplois du temps chargés de nombreux professionnels de la santé et de la complexité des modèles de curriculum, le développement professoral peut avoir besoin d'être planifié « hors site », dans des cliniques ou des hôpitaux communautaires^[3, 36, 37]. En accord avec cette perspective, une conception inclusive de la notion de corps enseignant a été adoptée dans ce guide.

Pourquoi un guide?

Planifier et mettre en place le développement professoral n'est pas simple. Il y a probablement autant de barrières à la mise en place d'un programme de développement professoral qu'il y a de facteurs influençant le processus. L'influence de certains de ces

Encadré 1. Définir la compétence d'un clinicien-enseignant en visant « l'excellence » : la transposition du modèle concentrique de Harden par Hesketh et. al.^[23]

<p>Douze dimensions de la compétence (ou « modes d'intelligence ») :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire les choses appropriées : 7 dimensions techniques - Faire adéquatement les choses appropriées : 3 dimensions (intellectuelle, émotionnelle, analytique et créative) - Les choses appropriées faites adéquatement par la bonne personne (le professionnalisme) : 2 dimensions (personnelle et professionnelle) 	<p>1. L'exécution des tâches (dimensions techniques de la compétence) « Faire les choses appropriées » Ce que le médecin est capable concrètement de faire en tant qu'enseignant</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enseigner en petits et en grands groupes 2. Enseigner en contexte clinique 3. Faciliter et gérer l'apprentissage 4. Planifier l'apprentissage 5. Développer et exploiter des ressources d'apprentissage 6. Évaluer les apprenants 7. Évaluer l'enseignement et entreprendre des recherches en éducation
	<p>2. L'approche des tâches (dimensions intellectuelle, émotionnelle, analytique et créative de la compétence) « Faire adéquatement les choses appropriées » Comment le médecin envisage l'enseignement</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Intellectuellement : comprendre les principes de l'éducation (par exemple, les styles d'apprentissage, les principes du changement) 9. Émotionnellement : développer des attitudes appropriées, une compréhension éthique et légale (par exemple, enthousiasme, empathie et intérêt, respect) 10. Analytiquement et d'un point de vue créatif : démontrer des aptitudes à la prise de décision, utiliser les bonnes pratiques en enseignement, etc.
	<p>3. Le professionnalisme dans les tâches (dimensions personnelles de la compétence) « Les choses appropriées faites adéquatement par la bonne personne » Le médecin comme un professionnel enseignant</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Le rôle de l'enseignant dans son contexte médical et à l'université 12. Son développement personnel et ses capacités réflexives en tant qu'enseignant (sa connaissance de ses forces et faiblesses, sa capacité de se tenir informé, etc.)

facteurs a entraîné une réorientation du développement professoral, d'abord centré sur les enseignants comme individus, vers une approche institutionnelle et structurée, ce qui peut corrélativement être perçu comme trop directif au regard du principe de liberté académique individuelle^[38]. Alors que le contexte

spécifique de chaque établissement aura des conséquences sur la gestion du développement professoral, nous croyons que tout programme de développement professoral devrait viser tant le développement professionnel (c'est-à-dire dans l'intérêt de l'établissement) que personnel (c'est-à-dire au bénéfice de

Encadré 2. Catégories (et rôles) des membres du corps professoral en médecine de famille (Harris et al., 2007)^[9]

Enseignant-gestionnaire (ex. : directeur, directeur de programme, directeur clinique)
 Enseignant-éducateur (ex. : directeur de l'éducation ; directeur au pré-doctoral ; directeur de l'externat)
 Enseignant-chercheur (ex. : directeur de la recherche; chercheurs)
 Enseignant-clinicien (précepteur communautaire ; corps professoral clinique)

l'individu) des enseignants. Les responsables du développement professoral ont un rôle significatif à jouer en tant qu'agents de changement, en termes de promotion de la culture institutionnelle qui valorise tant le développement professionnel que personnel de chaque membre du corps enseignant.

La littérature médicale en sciences de la santé et en pédagogie universitaire foisonne de descriptions de nombreux et variés programmes de développement professoral^[6, 16, 39-40]. Cependant, l'efficacité (c'est-à-dire des résultats significatifs comme l'amélioration des méthodes d'enseignement) de plusieurs de ces interventions n'apparaît pas clairement^[3, 16, 39, 41]. L'évaluation est souvent basée sur des bénéfices perçus ou auto-rapportés, plutôt que sur l'observation et l'évaluation systématique des méthodes d'enseignement en situation réelle, ce qui rend difficile le jugement sur l'efficacité du développement professoral. Fondé sur plus de 30 ans d'expérience et de recherche sur le développement professoral en éducation médicale, davantage encore dans le champ de la pédagogie universitaire (cf. tableau I), ce guide vise l'identification de certains principes qui ont prouvé leur contribution à un développement professoral « efficace » et réussi. Ces principes peuvent aider les responsables de développement professoral à adapter sur mesure les programmes de développement académique, afin de répondre non seulement aux besoins institutionnels mais aussi à ceux des différentes disciplines et des enseignants eux-mêmes.

Quels sont les sujets abordés dans ce guide ?

Traiter du développement professoral dans son sens le plus large (c'est-à-dire enseignement, recherche, administration, *leadership*) dépasse les objectifs de ce guide. La perspective choisie dans ce guide est

centrée exclusivement sur l'enseignement. Toutefois, on ne peut ignorer la recherche sur l'enseignement et l'apprentissage, dans la mesure où elle est fondatrice des bonnes pratiques d'enseignement^[42-44]. Comme l'éducation médicale en tant que discipline a besoin d'experts en pédagogie, ainsi que de gestionnaires et de leaders professionnels, certains enseignants doivent être encouragés vers ce rôle. En révisant la littérature passée et actuelle relative au développement professoral en éducation médicale ou en pédagogie universitaire, et en faisant des suggestions sur la planification et la mise en place d'un développement professionnel pertinent et efficace du personnel, nous espérons aussi fournir une réflexion sur l'évolution nécessaire du développement professoral afin de s'adapter aux défis futurs en éducation médicale.

Qui devrait lire ce guide ?

Ce guide a pour objectif d'apporter une aide aux responsables de développement professoral à qui l'on a confié la tâche d'accompagner et de former les enseignants et les superviseurs des étudiants en médecine. Compte tenu de l'accent croissant mis sur l'apprentissage interprofessionnel^[29, 45], nous espérons que les responsables de développement professoral des autres professions de santé trouveront, eux aussi, ce guide utile, puisque des principes similaires s'appliquent. Les enseignants du cursus pré-gradué ainsi que les superviseurs du cursus post-gradué peuvent utiliser ce guide comme source de réflexion sur leurs besoins spécifiques, tant au plan du développement personnel (c'est-à-dire la progression de carrière) que du développement professionnel (c'est-à-dire pour l'agrément institutionnel) comme enseignants, pédagogues et leaders pédagogiques.



Fig. 2. Relation entre le développement professoral et les résultats globaux de l'éducation médicale.

Quels postulats et principes sous-tendent la perspective de ce guide ?

Le premier postulat formulé dans ce guide est que le développement professoral doit ultimement servir aux buts fondamentaux de l'éducation médicale, c'est-à-dire l'amélioration des soins aux patients et à la communauté grâce à la formation et l'éducation de praticiens de la santé compétents. Nous croyons que ce but sera atteint en formant des enseignants, pédagogues, chercheurs et gestionnaires, tous professionnels qui soient véritablement dévoués au développement holistique des praticiens de la santé et à l'amélioration de l'apprentissage des étudiants. La figure 2 représente le cadre conceptuel qui sous-tend l'essentiel de ce guide.

D'autres postulats sont aussi formulés dans ce guide :

- L'éducation médicale est une profession en tant que telle, développée par des spécialistes en éducation et en éducation médicale. Il devrait donc y avoir des programmes de développement professoral qui favorisent le développement de communautés de pratique – pédagogues médicaux professionnels, gestionnaires, chercheurs et leaders en éducation.

- Dans ce guide, l'utilisation des termes « enseignant » et « pédagogue » fait référence à différents niveaux de développement professionnel. Même si cette définition est probablement trop simpliste, « enseignant » est un terme générique attribué à un individu qui a peu ou pas de qualification formelle en enseignement, mais qui enseigne, ce qui est en l'occurrence la seule exigence effective adressée à la majorité du personnel enseignant. Un « pédagogue », par contre, possède une formation en éducation médicale ou en pédagogie universitaire. Le personnel des bureaux ou départements de développement académique est composé habituellement de pédagogues.
- Le développement professoral a plusieurs buts, allant du développement individuel du personnel concernant l'enseignement, la recherche, la gestion ou les profils de carrière, à la capacité d'apporter des réponses aux exigences de responsabilité de l'établissement. Le développement professoral devrait donc être planifié à différents niveaux : individuel, départemental, institutionnel, régional, national ou international^[35-36]. Ce guide vise le niveau institutionnel du développement professoral, ce qui implique que des programmes adaptés puissent ensuite être proposés aux enseignants

eux-mêmes, aux départements disciplinaires et à l'ensemble du personnel enseignant d'une faculté. Le rôle croissant de la coopération régionale, nationale et internationale dans le développement professoral est reconnu.

- Les programmes de développement professoral devraient favoriser le développement individuel et professionnel du personnel académique. Puisque l'agrément entraînera la professionnalisation de la discipline, les établissements devront s'assurer que leurs programmes de développement professoral permettent aux enseignants qui le souhaitent la poursuite d'une carrière en pédagogie médicale. Quoique les exemples de ce type de programmes de développement professoral soient peu fréquents^[3, 46], des auteurs tels que Knight et al.^[47] croient qu'il n'est pas impossible de structurer de tels programmes.

Étant donnée l'importance accrue des notions de sécurité des patients, d'éthique et de développement de la communauté dans les curriculums médicaux^[29,30], la responsabilité sociale doit être prise en compte dans les programmes de développement professoral. Une meilleure définition du développement professoral au niveau institutionnel au 21^e siècle pourrait s'énoncer comme suit :

« Le développement professoral concerne le développement individuel et professionnel des enseignants, des cliniciens, des chercheurs et des gestionnaires afin de répondre aux buts, à la vision et à la mission de l'établissement, en ce qui concerne sa responsabilité sociale et morale envers sa communauté ».

La pertinence d'une telle définition devrait devenir évidente au fur et à mesure de la progression du lecteur dans ce guide.

Quels sont les facteurs qui orientent le développement professoral ?

Alors que Gruppen et al.^[48] ont identifié trois principaux moteurs du développement professoral (l'exigence de rendre compte, le caractère évolutif des dispositifs de santé et le besoin de maintenir la vitalité académique), d'autres facteurs, tant internes qu'externes, méritent considération.

Facteurs internes

Socialisation dans la culture institutionnelle :

Le recrutement en institution académique est un exercice coûteux, utilisant jusqu'à 5 % du budget de fonctionnement annuel^[49]. Il est donc logique qu'un établissement investisse dans le développement des membres de son corps enseignant, considérant que c'est son plus important atout^[50]. Idéalement, cet investissement devrait débuter dès l'engagement. L'orientation des nouveaux enseignants dans leurs rôles et responsabilités devrait favoriser la pérennité du personnel.

Préparation à l'enseignement :

On s'accorde généralement pour dire que la plupart des enseignants ont eu peu, voire pas de formation ou de préparation pour leurs responsabilités d'enseignement. Ceci est compréhensible puisque dans les facultés de médecine, les nominations universitaires sont typiquement basées sur une combinaison de qualifications professionnelles pertinentes (habituellement cliniques) et d'excellence en recherche. Il est rare que l'on demande aux universitaires de démontrer une expérience en enseignement ou de faire état d'une formation pédagogique, encore moins de posséder une qualification en éducation médicale ou en pédagogie universitaire, laissant ainsi de nombreux enseignants mal préparés pour leurs responsabilités professorales. Ce manque de préparation devient plus critique avec la diversité grandissante des étudiants, les curriculums intégrés, les nouvelles technologies (ex. : la simulation et la formation en ligne), les incertitudes concernant les conditions de la pratique clinique future, ceci d'autant que s'accroissent les preuves de l'effet bénéfique des bonnes pratiques pédagogiques sur l'apprentissage des étudiants.

Nous croyons que devenir un enseignant efficace et exemplaire puis se former en tant que pédagogue est un processus de développement^[51-53]. Il est généralement accepté que l'approche pédagogique d'un enseignant reflète sa conception de l'enseignement et de l'apprentissage^[39, 54-58]. Les conceptions vont de la reproduction, où l'enseignement est perçu comme une transmission des connaissances, à la

transformation, où l'enseignement est vu comme un encouragement aux changements tant cognitifs qu'affectifs chez les apprenants. Puisqu'il y a peu de données probantes suggérant que seule l'expérience d'enseignement permet l'adoption du concept de transformation^[59], il devient impératif que les établissements investissent et soutiennent leur corps enseignant en transformant leurs conceptions, ce qui devrait, par ricochet, améliorer leur approche pédagogique. Pour les individus qui choisissent une carrière d'enseignement, ce développement professionnel peut progresser jusqu'à sa conclusion logique : d'enseignant à enseignant expert, puis à expert en éducation^[60, 61] ou peut-être leader pédagogique^[8, 34, 61, 62]. Rogers^[62] recommande que les établissements adoptent une position proactive en ce sens.

Dans cette perspective, un établissement qui valorise véritablement le développement personnel et professionnel de son corps enseignant soutiendra ceux qui souhaitent devenir experts, leaders, chercheurs ou intervenants en éducation. D'un point de vue pratique, ceci peut impliquer l'identification active de « champions » en éducation comme leaders pédagogiques. Par la réflexion, l'encouragement et le support institutionnel continus, certains enseignants peuvent se développer et devenir ces leaders pédagogiques et experts dont l'éducation médicale a tant besoin^[62]. Weimer et Lenze^[63] décrivent trois modèles permettant de fournir support, conseil et rétroaction aux enseignants afin qu'ils améliorent leurs façons de faire :

- *Le modèle du service professionnel*, au regard duquel un consultant apporte le soutien technique et organisationnel. Dans ce modèle, des rencontres en face à face entre un membre du personnel enseignant et un responsable du développement professoral permettent d'aider l'enseignant à avoir une approche réflexive sur sa performance. Dans d'autres situations, certains peuvent avoir besoin d'aide dans un aspect particulier de leur curriculum, alors que ceux qui souhaitent une promotion peuvent nécessiter du soutien dans le développement de leur portfolio d'enseignant, et que ceux qui entreprennent une formation supérieure en pédagogie médicale peuvent avoir besoin d'aide dans l'élaboration de leurs projets de recherche.

- *Le modèle de conseiller*, au regard duquel le consultant aide les enseignants à identifier les solutions à leurs problèmes ou défis. Un enseignant peut, par exemple, demander conseil suite à une mauvaise évaluation de la part des étudiants.
- *Le modèle collégial*, au regard duquel des pairs se guident mutuellement. Ce modèle peut être appliqué à un groupe de collègues. Le mentorat pourrait faire partie de ce modèle.

Il est probable que c'est la combinaison de ces modèles qui sera la plus efficace, en répondant à plusieurs besoins simultanément. Les responsables du développement professoral devraient sérieusement considérer l'inclusion du mentorat dans leurs programmes. Quoiqu'il y ait peu de recherches sur l'impact du mentorat par les pairs enseignants sur le devenir des étudiants, des résultats de recherche valident ce concept. En créant une culture de questionnement professionnel, le mentorat peut permettre un environnement propice aux échanges avec les nouveaux enseignants, favorisant ainsi l'établissement de réseaux de collaboration, le développement de la carrière et des contacts académiques importants^[64-66]. Ramani^[66] recommande vivement la création d'un groupe d'enseignants expérimentés agissant comme guides et mentors auprès des jeunes ou nouveaux enseignants. Dans un contexte plus global, une partie du succès dans le développement de réseaux internationaux et de collaborations de la Fondation pour l'avancement de l'éducation médicale et de la recherche internationales (FAIMER : *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research*) repose sur son programme de mentorat^[67].

Maintien de la vitalité académique :

Le stress et l'épuisement sont fréquents chez les enseignants (Harden, 1999)^[24]. L'accroissement des cohortes, le modèle des « soins conventionnés » (*managed health care*), les responsabilités administratives et de recherche sont tous des facteurs de changement des rôles et responsabilités de l'enseignant en médecine^[36]. Les programmes de développement professoral offrant des incitatifs et de la reconnaissance permettront de retenir les enseignants, les cliniciens, les chercheurs et les gestionnaires. Ainsi, ils

maintiendront la vitalité académique de l'établissement^[5, 38, 48, 68, 69]. Selon Bligh^[69], « *les programmes de développement professoral sont les témoins de la confiance qu'ont les établissements dans leur personnel enseignant* ».

Facteurs externes

Répondre aux besoins de la société :

Alors que l'objectif ultime de l'éducation médicale est d'améliorer les soins aux patients^[28, 70], les besoins en santé de la population sont en changement constant. Les étudiants qui entreprennent leur formation en médecine maintenant pratiqueront la médecine une dizaine d'années plus tard. Nous devons les préparer aux défis futurs de leur profession, défis qui sont, dans les faits, inconnus. Cette préoccupation s'exprime fortement dans un des premiers documents du *General Medical Council*^[28] :

« Étant donné le rythme avec lequel les horizons de la science et des technologies médicales s'élargissent, il est certain que le médecin de demain utilisera des connaissances et démontrera des habiletés qui sont imprévues à ce jour... On ne peut pas enseigner une science qui n'est pas encore découverte, ni en prédire les implications futures. Mais une part de l'art et de la science de la médecine d'aujourd'hui est fondamentale à sa pratique et survivra sans doute... Pour le reste, le mieux que l'on puisse faire est de former des médecins capables d'adaptation et ouverts aux changements, à l'esprit réceptif aux nouvelles idées et aux développements, et avec des attitudes face à l'apprentissage qui favorisent la continuité du processus éducatif pendant toute la vie professionnelle ».

Pour réussir à former des professionnels de la santé compétents, faisant preuve de souplesse et d'adaptation au changement, et qui seront des apprenants au long cours, il faut des cliniciens-enseignants, pédagogues, chercheurs et gestionnaires, informés, compétents, dédiés et professionnels. Une charge et une responsabilité sociale considérables incombent aux facultés de médecine afin de fournir le soutien et

la formation à quiconque enseigne ou supervise ses étudiants.

Responsabilité et professionnalisation de la pratique enseignante

La responsabilité est une réalité de la vie en éducation tertiaire. Il y a plus de dix ans, Brown signalait que « *l'enseignement est rarement la seule tâche d'un universitaire... Pourtant, il s'agit là de l'aspect le plus public de son travail, puisque c'est à cette partie de son rôle universitaire que les étudiants, les employeurs et les autres instances concernées font appel* »^[71].

Le public, tout comme le gouvernement et les organismes professionnels, ont le droit d'exiger une évaluation de l'enseignement dans les institutions d'enseignement supérieur (y compris les facultés de médecine) afin d'en assurer la qualité^[34, 40, 72, 73]. On retrouve de plus en plus dans les documents d'agrément des attentes concernant la professionnalisation des enseignants, professionnalisation qui devrait être reconnue et soulignée^[74, 75] :

« Les écoles de médecine devraient établir des standards de performance du personnel enseignant liés à l'efficacité... Les compétences en éducation médicale devraient être reconnues lors d'une promotion »^[75].

Bien que Benor^[1] ait prédit que la certification des cliniciens-enseignants serait nécessaire d'ici 2020, celle-ci était prévue bien avant que cet article soit publié. En Grande-Bretagne, le Comité permanent pour l'éducation médicale post-graduée a mis en exergue le besoin d'améliorer les standards de l'enseignement clinique^[76], alors que le « Comité Dearing »^[77] a recommandé des programmes accrédités de formation pour tous les enseignants des institutions universitaires.

Malgré ces nombreuses recommandations nationales et internationales, la professionnalisation des pratiques enseignantes est lente. La plupart des établissements n'exigent toujours pas de compétences en éducation pour les nominations à des titres universitaires. Cependant, récemment, le « *UK's National Professional Standards Framework* » a fait preuve

Encadré 3. Compétences définies par le « UK's National Professional Standards Framework for Teaching and Supporting Learning in Higher Education »^[78]

ZONES D'ACTIVITÉS

1. Concevoir et planifier des activités d'apprentissage et/ou des programmes d'étude
2. Enseigner ou soutenir l'apprentissage des apprenants
3. Évaluer et donner une rétroaction aux apprenants
4. Développer des environnements favorables à l'apprentissage et fournir aide et conseils aux apprenants
5. Intégrer l'érudition, la recherche et les activités professionnelles à l'enseignement et à l'apprentissage
6. Évaluer la pratique et entreprendre le développement professionnel continu

CONNAISSANCES ESSENTIELLES

Connaissance et compréhension

1. Du sujet
2. Des méthodes d'enseignement et d'apprentissage appropriées au sujet et au niveau du programme académique
3. Des processus d'apprentissage des étudiants, en général et spécifiquement en lien avec le sujet
4. De l'utilisation appropriée des technologies de l'apprentissage
5. Des méthodes d'évaluation de l'efficacité de l'enseignement
6. Des répercussions de l'assurance qualité et de l'amélioration des pratiques professionnelles

VALEURS PROFESSIONNELLES

1. Respect des individus en tant qu'apprenants
2. Engagement à intégrer les processus et les résultats des recherches pertinentes, de l'érudition et/ou de la pratique professionnelle
3. Engagement à développer des communautés d'apprentissage
4. Engagement à encourager la participation en éducation supérieure, prenant en compte la diversité et en faisant la promotion de l'égalité des chances
5. Engagement à poursuivre un développement professionnel et l'évaluation de la pratique

d'une volonté dans ce sens, en demandant une certification et en définissant les compétences (connaissances, habiletés et valeurs professionnelles) attendues du corps enseignant en enseignement supérieur^[73, 78] (cf. Encadré 3). Ces compétences sont un bon point de départ dans la réflexion sur les habiletés de base et les aptitudes attendues chez tous les enseignants des niveaux universitaires, incluant l'éducation médicale. Notons que le développement professionnel continu et l'expertise académique dans l'enseignement figurent de façon importante dans cette liste.

Une approche similaire se dessine aux États-Unis. Le Comité *Ad Hoc* des doyens de l'*Association of American Medical Colleges* a recommandé aux facultés de médecine de développer et soutenir un corps de cliniciens reconnus et de cliniciens-enseignants,

pour lesquels la pédagogie est la responsabilité centrale^[79]. C'est probablement suite à cette recommandation que l'on a pu observer l'émergence et l'épanouissement des programmes de *fellowship* pour les cliniciens-enseignants dans plusieurs centres médicaux universitaires américains, protégeant ainsi du temps pour le développement personnel et professionnel^[35, 36, 48, 81, 82].

Les recommandations en faveur d'un minimum de standards mondiaux et de compétences essentielles en éducation médicale (par exemple : *World Federation for Medical Education –WFME-*; *Institute for international medical education –IIME-*) exercent une pression pour que l'agrément dépasse les frontières^[82-85]. Ces appels à un agrément mondial sont dus en grande partie à la prolifération

d'écoles médicales et à l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine et de professionnels de la santé qui étudient ou recherchent un emploi à l'étranger. Les standards pour les enseignants et pédagogues en médecine sont inclus dans ces exigences mondiales^[8, 83-85]. Par exemple, la WFME, en 2003, formule ainsi le standard fondamental du développement du personnel :

« L'école de médecine doit avoir, pour son personnel, une politique qui comprend un équilibre entre l'enseignement, la recherche et les tâches cliniques, et qui assure la reconnaissance des activités académiques méritoires, avec un accent approprié sur la réalisation de recherches et la compétence pédagogique ».

Les standards de qualité de la WFME exigent, de plus, que cette politique « inclue la formation, le développement et l'évaluation des enseignants ». Le document de la WFME, dans ses standards de recrutement, fait également référence à un critère de mérites pédagogique, clinique et de recherche, qui devrait transparaître dans l'énoncé de mission de l'institution^[74].

Outre qu'ils doivent contribuer à la formation des étudiants dans l'art et la science de la médecine, il est attendu des diplômés en médecine qu'ils enseignent :

« Tous les médecins ont l'obligation professionnelle de contribuer à l'enseignement et à la formation d'autres médecins, étudiants en médecine et des autres professionnels de la santé de l'équipe... Les diplômés doivent comprendre les principes pédagogiques tels qu'ils sont appliqués en médecine. Ils seront à l'aise avec différentes techniques d'enseignement et d'apprentissage, et doivent accepter leur obligation d'enseigner aux collègues. Ils doivent saisir l'importance de la vérification et de l'évaluation dans l'identification de leurs propres besoins de formation et de ceux de leurs collègues »^[28].

Puisque le développement de principes pédagogiques se fait pendant leur formation, cette responsabilité est donc celle de leurs enseignants et, *in fine*, celle de l'établissement. Cependant, l'éducation

médicale n'est pas parvenue à développer ces habiletés pédagogiques chez ses diplômés. En effet, peu de programmes pré-gradués ou post-gradués incluent cette compétence dans leur curriculum. L'Association américaine des étudiants en médecine a noté cette omission et, en collaboration avec la *Mount Sinai School of Medicine*, a structuré le programme « *Training Tomorrow's Teachers Today* » afin de développer les habiletés d'enseignement clinique et de leadership académique des étudiants. Ce programme forme également les étudiants en médecine à la recherche en pédagogie médicale^[87]. Les responsables du développement professoral pourraient apprendre beaucoup en s'inspirant de cette démarche étudiante.

Quelles que soient les forces en présence dans le développement professoral, le succès et la viabilité dépendent ultimement de la capacité de changement chez les enseignants et de leurs changements individuels (c'est-à-dire leurs attitudes, comportements, conceptions et, idéalement, leurs pratiques pédagogiques). Bien que la décision de se développer comme enseignant et leader pédagogique soit individuelle, les leaders institutionnels ont la responsabilité morale de soutenir le développement professoral des enseignants qu'ils engagent ou des individus qui enseignent à leurs étudiants. Il en va de la responsabilité sociale de l'établissement à l'égard de sa communauté.

Quels sont les obstacles au développement professoral ?

Plusieurs facteurs peuvent nuire au développement professoral, que ce soit le manque de leadership, la résistance au changement, le manque de motivation du corps enseignant ou encore le manque de volonté des enseignants à reconnaître des déficiences dans leurs capacités, connaissances ou habiletés pédagogiques^[3, 5]. Selon Skeff et al.^[36], il y a trois entraves majeures au développement professoral : le manque de soutien institutionnel, les conceptions erronées et les attitudes des enseignants, et la pauvreté relative de la recherche concernant les déterminants effectifs de l'amélioration de l'enseignement.

Le manque de soutien institutionnel du développement professoral

La culture institutionnelle influence la valeur accordée au développement professoral. Plusieurs facteurs situationnels ou liés au contexte (par exemple : le leadership, une reconnaissance appropriée), au sein de l'établissement ou de différentes disciplines, peuvent contribuer à des discordances, incluant la valeur accordée à l'enseignement^[58,59,88,99]. Ces facteurs peuvent aussi avoir des conséquences sur l'engagement et l'allocation des ressources de l'établissement et, ainsi, sur sa participation dans le développement professoral^[5,66,90]. Bien que les objectifs institutionnels de la plupart des facultés de médecine fassent de l'enseignement une priorité, c'est souvent la recherche qui triomphe^[5,66,65]. Si les administrateurs facultaires ne consacrent que de petites sommes au développement professoral, celui-ci sera perçu comme peu important et le personnel académique, ne percevant pas le besoin d'y participer, mettra son énergie là où il aura le plus de bénéfices. Historiquement, les bénéfices ont toujours favorisé la recherche et les services cliniques. De plus, si la production de recherche ou la capacité de générer des revenus sont au centre du système de reconnaissance, il faut considérer le risque de démotivation pour les enseignants qui ont un réel intérêt dans la pédagogie.

Dans les établissements où la recherche demeure le standard de référence pour l'engagement et la promotion, il sera peut-être nécessaire de négocier avec les enseignants pour qu'ils participent au développement professoral. Une situation similaire pourrait survenir si le développement professoral est perçu comme imposé, avec peu de gain personnel ou professionnel^[37]. Heureusement, la volonté des organismes d'agrément de défendre un curriculum davantage centré sur l'étudiant et la professionnalisation de l'enseignement^[34,73] devrait permettre au développement professoral de s'inscrire comme une partie intégrante de l'activité institutionnelle. Mais la présence d'un leadership inspirant et soutenant est essentielle^[91,92]. Pour Whitcomb^[50], si les membres du personnel enseignant sont perçus comme des atouts et reconnus pour leur contribution pédagogique, le développement professoral devient alors un investissement institutionnel et, « *en permettant aux membres*

du corps professoral d'atteindre leurs objectifs individuels en tant qu'enseignant, experts académiques et leaders, les buts et missions de l'institution éducative sont atteints, eux aussi »^[93].

L'identification par Boyer^[94] de quatre champs de « l'expertise académique » (*scholarship*) et la codification de critères pour leur évaluation respective^[42] ont permis de créer un cadre de référence pour la reconnaissance et la récompense de l'excellence et des activités d'érudition dans toutes les sphères académiques. L'activité savante en enseignement peut maintenant être évaluée et récompensée au même titre que la recherche et les services cliniques. Puisque la pédagogie médicale est de plus en plus reconnue comme un champ de pratique professionnelle en soi, les programmes de développement professoral peuvent maintenant s'intéresser non seulement au développement professionnel du personnel enseignant, mais aussi au développement personnel de ceux qui souhaitent poursuivre une carrière comme pédagogue médical ou leader pédagogique. De nombreux programmes ou activités de développement personnel et professionnel pour les enseignants, les pédagogues, les gestionnaires et les leaders pédagogiques ont été développés au cours des vingt dernières années, sous la forme de « *fellowships* » en enseignement, de préceptorats d'excellence en enseignement^[8, 48, 95], de programmes de maîtrise et de doctorats en éducation médicale^[34, 61, 62, 96].

Les conceptions erronées et les attitudes des enseignants

Les attitudes des enseignants et leurs conceptions erronées en matière d'enseignement réduisent la probabilité de participer à des activités de développement professoral^[36]. Ainsi, ils peuvent sous-estimer leurs habiletés pédagogiques, ne pas percevoir les bénéfices d'une formation ou encore ne pas reconnaître un lien entre l'enseignement et les habiletés cliniques ou entre la formation pédagogique et l'excellence dans l'enseignement. Un bon point de départ pour le développement professoral est un programme d'évaluation des enseignants impliquant les étudiants et les pairs^[5, 39]. L'impact que pourrait avoir une mauvaise évaluation de la part des étudiants sur une promotion

éventuelle peut inciter des enseignants à participer. Cependant, en fin de compte, il est souhaitable que l'auto-évaluation et la réflexion sur la pratique résultent de la culture institutionnelle en tant que telle.

Pauvreté de la recherche sur les bénéfices à long terme du développement professoral

Tel que nous l'avons mentionné précédemment, les résultats significatifs ou à long terme du développement professoral n'ont pas été mesurés ou documentés, malgré les succès rapportés et de nombreuses décennies de recherche sur le sujet^[2, 3, 16, 35, 36, 39]. Ceci peut être expliqué, entre autres, par la difficulté à mesurer plusieurs des résultats attendus. Bien que le degré de satisfaction des participants soit relativement facile à obtenir puisqu'il est rapporté par les participants eux-mêmes, il est beaucoup plus difficile de mesurer l'amélioration de l'apprentissage ou des soins aux patients. Comme on le verra plus en détail dans le chapitre « Planification et implantation d'un programme de développement professoral », l'évaluation d'un programme de développement professoral devrait être considérée dès le début de la planification du programme, alors que l'on statue sur les objectifs et les résultats. Il est possible qu'une partie du manque de résultats significatifs dépende de nos outils d'évaluation. L'évolution de ces outils devrait permettre l'amélioration de notre capacité à obtenir des mesures significatives des résultats attendus^[47].

Le corps enseignant est-il vraiment conscient de l'importance du développement professoral ?

Si on accepte la prémisse pédagogique fondamentale que l'enseignement influence l'apprentissage^[39, 97], les apprenants devraient profiter de l'amélioration des connaissances pédagogiques et des méthodes d'enseignement. Malgré l'existence d'une riche littérature décrivant des programmes de développement professoral en médecine, en sciences de la santé et en enseignement supérieur, peu d'études décrivent des résultats probants sur des changements soutenus dans les méthodes d'enseignement ou sur l'amélioration de l'apprentissage chez les apprenants^[16, 35, 39, 47, 98]. Cependant, des résultats probants confirmant l'hypothèse que le développement professoral a un impact

sur l'apprentissage s'accumulent. Récemment, une revue exhaustive de la littérature sur les répercussions de programmes de développement académique sur les étudiants en cours de troisième cycle a permis à Prebble et al.^[39] de confirmer que les bonnes pratiques d'enseignement ont des effets positifs sur les apprenants (par exemple : l'adoption de stratégies permettant un apprentissage en profondeur), et que les enseignants peuvent être aidés à améliorer la qualité de leur enseignement par une variété d'interventions de développement académique. Dans cette perspective, ces auteurs ont identifié quatre facteurs pouvant servir de guide pour le développement professoral^[39]. Ce sont : les éléments et attributs qui contribuent aux bonnes pratiques pédagogiques ; les croyances et les conceptions qu'ont les enseignants en ce qui concerne l'influence positive de l'enseignement et de l'apprentissage sur les résultats chez les étudiants ; un éventail de modèles conceptuels des bonnes pratiques pédagogiques et : les perceptions qu'ont les apprenants de ce qu'est un enseignement de qualité.

Les éléments et les attributs contribuant aux bonnes pratiques pédagogiques

À partir d'une liste exhaustive, il a été possible d'identifier les attributs pédagogiques qui favorisent l'apprentissage, tels que ceux proposés par Cohen^[99] et Ramsden et al.^[100] (cf. encadré 4).

À partir des nombreuses listes des qualités et attributs, chaque établissement devrait identifier les principes qui reflètent de bonnes pratiques pédagogiques efficaces, adaptées à son contexte spécifique. Ces principes peuvent alors être utilisés pour élaborer le développement professoral particulier à l'établissement.

Les croyances des enseignants sur l'enseignement

Lorsque les enseignants ne sont pas conscients de leurs propres conceptions relatives à l'enseignement et à l'apprentissage, ils considèrent généralement leur tâche comme une transmission des savoirs. Mais il faut noter que, même lorsqu'ils possèdent certaines conceptions « transformatives » de l'apprentissage, il y a souvent une dichotomie entre leurs façons de faire

Encadré 4. Quelques exemples des qualités et attributs qui contribuent à un enseignement efficace

Selon Cohen^[99], les qualités ou attributs fréquents qui contribuent à un enseignement efficace incluent :

- des habiletés pédagogiques appropriées ;
- de bonnes qualités relationnelles, de l'empathie et de la disponibilité pour les étudiants ;
- la planification et l'organisation (la structure) des activités éducatives ;
- l'adéquation entre le degré de difficulté du travail et la capacité de l'apprenant ;
- l'interactivité, en impliquant activement les apprenants dans les activités éducatives ;
- la capacité de *fournir* une rétroaction de qualité aux apprenants.

Pour Ramsden et al.^[100], les bons enseignants :

- sont engagés à améliorer leur pratique en apprenant davantage sur l'enseignement et en ayant une approche réflexive ;
- sont enthousiastes, dans le but de partager leurs connaissances avec leurs apprenants ;
- reconnaissent le contexte et adaptent leur enseignement aux besoins de l'apprenant ;
- encouragent l'apprentissage en profondeur, plutôt que superficiel ;
- établissent des objectifs, utilisent de bons outils de mesure et fournissent de la rétroaction aux apprenants sur leur performance ;
- respectent leurs apprenants et établissent des standards élevés à atteindre.

et leurs croyances^[59, 101, 102]. Si l'un des principaux buts du développement professoral est de promouvoir l'apprentissage en améliorant les pratiques d'enseignement, l'atteinte de cet objectif dépend de l'engagement de chaque enseignant à intégrer ses conceptions de l'enseignement et de l'apprentissage dans ses pratiques pédagogiques, en ayant une approche réflexive sur ces pratiques, par exemple en revoyant des séances d'enseignement qui auraient été enregistrées. Selon Trigwell^[54], le fait de discuter des concepts pédagogiques qui semblent améliorer l'apprentissage lors d'activités de développement professoral, favorise la réflexion sur les pratiques pédagogiques. Taylor et al.^[103], sur la base des résultats d'une étude qualitative de cliniciens-enseignants, ont aussi recommandé que le développement professoral offre des occasions aux enseignants de discuter de leurs hypothèses sur l'enseignement.

Un modèle conceptuel de l'enseignement et de l'apprentissage

En conclusion de la synthèse d'une vaste littérature sur les stratégies pour améliorer l'enseignement,

Prosser and Trigwell^[104] ont suggéré que le point central d'une bonne pratique pédagogique devrait être l'apprenant et non l'enseignant. Selon ces auteurs, les enseignants qui adoptent une « approche pédagogique centrée sur l'apprenant » :

- 1) développent une vision cohérente et articulée de ce qu'ils tentent de faire, en termes d'apprentissage, et de la manière dont ils peuvent le faire (c'est-à-dire en se centrant sur l'apprentissage). De nos jours, les objectifs d'apprentissage doivent désigner davantage que la simple acquisition des connaissances ;
- 2) découvrent les différentes façons avec lesquelles les apprenants perçoivent le contexte d'apprentissage (connaissance de l'environnement d'apprentissage) ;
- 3) s'assurent que les apprenants saisissent la logique et la cohérence entre l'enseignement et de l'apprentissage.

Ainsi, un des rôles majeurs du développement professoral devrait être de rendre les enseignants conscients de l'importance d'ajuster leurs pratiques pédagogiques aux besoins des apprenants. Au bout du compte, un tel exercice devrait également être

profitable pour les établissements, dont la responsabilité est de diplômer des professionnels de la santé hautement compétents.

Les conceptions que se font les étudiants de l'enseignement

Afin de guider le développement professoral, les établissements demandent habituellement aux étudiants d'évaluer la qualité de leurs expériences d'apprentissage. Contrairement à ce que plusieurs universitaires peuvent croire, les évaluations par les étudiants, dans la mesure où elles sont utilisées de façon appropriée, sont utiles, généralement fiables et relativement non biaisées pour fournir une rétroaction à l'enseignant et aux gestionnaires^[105]. Les évaluations par les étudiants constituent un bon point de départ pour le développement professoral^[5, 54]. Cependant, Prebble et al.^[39] nous rappellent que l'évaluation par les étudiants devrait être utilisée de manière formative dans le cadre de la rétroaction, des conseils et du soutien, pour le développement et l'amélioration de l'enseignement. Il serait également judicieux de prendre en compte différents moyens d'évaluation plutôt que d'utiliser les seules cotes données par les étudiants.

Quelles contributions les unités d'éducation médicale ont-elles apportées au développement professoral ?

Selon Davis et al.^[106], les premiers bureaux d'éducation médicale, établis à la fin des années 50 et au début des années 60, avaient pour objectif principal la recherche en éducation médicale. Plus tard, dans les années 70, des bureaux ou des départements d'éducation médicale ont été créés pour soutenir les programmes de médecine pré-gradué mais aussi, probablement, en réponse à l'évolution des responsabilités (et donc des besoins) des enseignants (cf. tableaux I et II). L'adoption des méthodes de l'apprentissage par problème (APP) dans les années 80 et 90 a déclenché une myriade d'activités, ce qui a entraîné l'apparition d'unités d'éducation dans plusieurs facultés de médecine. Au cours des deux dernières décennies, alors que l'intérêt du développement professoral se déplace de l'échelon individuel

vers la dimension institutionnelle (départements et établissements)^[1, 37, 107], on constate que les départements d'éducation médicale sont devenus une partie intégrante de plusieurs écoles et facultés de médecine. Les spécialistes en éducation, espèces rares dans les écoles de médecine avant 1993^[26] mais maintenant très recherchées, sont responsables d'avoir revalorisé les habiletés pédagogiques et développé la communauté universitaire à la lumière du changement des besoins de santé de la société. Pour approfondir le sujet du développement et les rôles des unités d'éducation médicale, nous suggérons au lecteur le Guide pédagogique No 28 de l'AMEE^[106].

Quels sont les éléments qui contribuent à l'efficacité et à la pérennité du développement professoral ?

Au cours des 30 dernières années, un corpus théorique considérable a été élaboré, en termes de recherche et de documentation de différentes expériences, en matière de développement professoral, mettant en lumière ce qui contribue à « l'efficacité » du développement professoral. Nous voudrions cependant nuancer la notion « d'efficacité », dans la mesure où les écrits relatent davantage des expériences de satisfaction que des résultats obtenus sur le long terme, tels que des changements de pratique ou une amélioration de l'apprentissage des étudiants^[16,39,47,98]. Une pénurie similaire de « résultats significatifs » est constatée en ce qui concerne les programmes d'éducation médicale, et ce pour les mêmes raisons que celles que nous venons d'évoquer^[108]. Suite à ces constatations, Steinert et al.^[16] ainsi que Tian et al.^[108] ont proposé de considérer les niveaux d'évaluation définis par Kirkpatrick^[17] comme référence pour évaluer les résultats. La satisfaction des participants, de même que les changements ou améliorations qui étaient communément rapportés jusqu'alors, correspondent aux premiers niveaux de résultats de l'échelle de Kirkpatrick (cf. tableau III). Dans ce modèle, l'efficacité d'une intervention est évaluée selon quatre niveaux :

- 1) La réaction des participants (autrement dit, leur satisfaction)

- 2) L'apprentissage (en matière de connaissances, habiletés et attitudes)
- 3) Les changements comportementaux (tels que la volonté de transférer des apprentissages dans leur contexte d'enseignement)
- 4) Les résultats (conséquences sur les apprenants, les stagiaires, les patients et la culture organisationnelle).

Bien que Freeth et al.^[109] ne conçoivent pas les niveaux de Kirkpatrick dans une perspective hiérarchique, il devient néanmoins de plus en plus difficile de documenter les impacts lorsque l'on progresse d'un niveau à l'autre. Il faut espérer cependant que l'évaluation de ces différents résultats devienne plus facile, au fur et à mesure que nos outils d'évaluation se raffinent et de que nouvelles ressources sont attribuées au développement professoral.

Guskey^[2] conseille, dans un souci de développer un langage commun pour les leaders institutionnels et les responsables de développement professoral, de s'accorder sur la définition de ce qui constitue un développement professoral efficace. De notre point de vue, la notion d'efficacité dépend cependant d'un certain nombre de facteurs, comprenant notamment l'intention première des activités ou des programmes de développement professoral. Par exemple, si le but est de développer des habiletés spécifiques telles que la gestion de petits groupes, il est possible de maîtriser les techniques en quelques sessions de formation. Les résultats devraient être très différents pour un programme de développement professoral qui a pour objectif de développer une approche pédagogique davantage centrée sur l'apprenant. Atteindre cet objectif requiert une intervention sur le long terme, qui doit associer un soutien important, un coaching et la fourniture d'une rétroaction. Ces exemples soulignent non seulement la nécessité d'adapter le développement professoral à la tâche, mais également de s'assurer que les objectifs soient réalistes. Ainsi donc, la pertinence des résultats va dépendre du réalisme des objectifs, de la pertinence des outils de mesure et d'une répartition suffisante des ressources.

Tel que Prebble et al.^[39] l'ont mis en évidence, la difficulté de mesurer l'amélioration des résultats des apprenants peut subvenir, entre autres, du fait que le lien entre le développement professoral et les

résultats des apprenants est un lien indirect ou encore un processus en deux étapes. Dans le premier exemple, si l'amélioration de l'équipe réside dans une transformation et une amélioration des conceptions de l'enseignement, ce « meilleur enseignement » devrait améliorer l'apprentissage, ce qui pourrait être alors évalué (par exemple, par l'amélioration de leurs notes, de leur parcours de formation ou de leurs meilleures habiletés de communication). Cependant, d'autres aspects de l'apprentissage, tels que « faire preuve d'une attitude ou d'un comportement approprié », peuvent être plus complexes à mesurer.

Le but ultime de l'éducation médicale est cependant l'amélioration des soins aux patients (cf. figure 2). Mais, s'il est difficile d'évaluer l'apprentissage des étudiants, l'on peut comprendre que l'évaluation « des meilleurs soins aux patients » représente encore un tout autre défi. C'est pourquoi il est nécessaire de développer une perspective réaliste par rapport à ce qui peut ou pas être évalué, en termes de résultats et de conséquences du développement professoral. Par exemple, il sera certainement plus facile d'évaluer les changements dans un contexte de soins cliniques à la suite d'une formation destinée aux cliniciens enseignants sur « l'enseignement des habiletés en communication », que ceux qui pourraient advenir à la suite d'une intervention pédagogique innovatrice en anatomie !

Comme nous l'avons évoqué plus haut, la littérature fait état de la possibilité de favoriser l'apprentissage en améliorant les méthodes d'enseignement ; ceci peut être facilité par une réflexion avec les enseignants, et un changement de leurs conceptions et de leurs valeurs au sujet de l'enseignement^[39,56,58]. Mais comment peut-on développer des programmes de développement professoral qui fassent la promotion de méthodes d'enseignement et d'apprentissage transformatrices, comment peut-on changer les méthodes d'enseignement alors que « *l'éducation médicale est vraisemblablement aussi diverse qu'elle ne l'a jamais été* »^[110], et que « *l'éducation médicale semble être dans un état d'agitation perpétuelle* »^[111] ? Nonobstant cette apparente difficulté, des directives, des recommandations et des principes concernant les meilleures pratiques se sont dégagés durant ces trente dernières années au

Tableau III. Illustration d'une version modifiée et élargie du modèle de Kirkpatrick (1984)^[17] afin d'évaluer les résultats du développement professoral (Freeth et al. 2002)^[109]. Des suggestions sont aussi proposées pour évaluer et prouver que les résultats ont bien été atteints.

Niveau et résultats	Description des résultats	*Suggestion pour l'évaluation	*Preuve de la réalisation des résultats
1. Réactions	La perspective des participants sur l'expérience d'apprentissage, sur le plan des contenus, qualité de la formation, format, organisation, etc.	<i>Quantitative</i> : évaluation faite à la fin de la formation	La satisfaction des participants ne nous donne pas d'information sur les effets de l'intervention pédagogique à court ou long terme, mais elle contribue sans aucun doute à la motivation pour participer à d'autres activités en développement professoral.
2a. Apprentissage : changement dans les attitudes	Changements dans la perception ou dans les attitudes des participants face à l'enseignement ou à l'apprentissage.	<i>Quantitative</i> : évaluation pré et post formation en utilisant des échelles validées par ex. sur la conception de l'enseignement ou de l'apprentissage <i>Qualitative</i> : entretiens ou groupes de discussion. Réflexion et auto-évaluation par les participants	Des transformations dans les conceptions de l'apprentissage. Une approche davantage centrée sur l'apprenant. Une attitude plus positive, par ex. une participation plus active à des séances de développement professoral, des demandes de soutien par rapport à l'enseignement
2b. Apprentissage : changement dans les connaissances ou habiletés / compétences	<i>Connaissances</i> : en termes de concepts, de théories ou de principes. <i>Habilités</i> : développement de compétences cognitives, sociales et psychomotrices	<i>Connaissances</i> : évaluation pré et post formation centrée sur l'évaluation des connaissances <i>Habilités</i> : Observation directe ou à l'aide d'enregistrements vidéo de sessions d'enseignements, suivie de feedback et de suivis documentés	<i>Connaissances</i> : prise de conscience croissante des concepts pédagogiques <i>Habilités</i> : évaluation positive croissante en provenance des étudiants et/ou des pairs

Tableau III. Suite.

Niveau et résultats	Description des résultats	* Suggestion pour l'évaluation	*Preuve de la réalisation des résultats
3. Comportement : changement dans les comportements	Transfert des apprentissages dans le milieu d'enseignement ou volonté d'appliquer les nouvelles connaissances ou compétences	<i>Quantitative</i> : par ex. l'inventaire de l'enseignement de (Prosser and Trigwell, 1993) ^[152] ou l'évaluation des apprenants <i>Qualitative</i> : observation des pratiques, journal de bord, portfolio, entrevues, journal réflexif	Amélioration des résultats sur des échelles validées Amélioration des pratiques Engagement volontaire dans des comités, des formations post-graduées en lien avec la pédagogie Développement de la carrière suivant un profil pédagogique Participation formelle ou informelle à des groupes de recherche par ex. en pédagogie médicale
4a. Résultats : Changement dans les processus à l'intérieur du système ou de l'organisation	Changements majeurs dans l'organisation résultant du développement professoral	<i>Quantitative</i> : inventaire de mesure, par ex. sur l'environnement pédagogique <i>Qualitative</i> : enquête narrative, étude de cas (nécessite une démarche longitudinale)	Satisfaction croissante face à l'enseignement Changements de politiques par ex. en termes de reconnaissance de l'enseignement, de programmes de formation, de financement en pédagogie médicale Révision du curriculum ou des cours Programme de mentorat pour les enseignants novices.
4b. Résultats : répercussions sur les apprenants, les stagiaires, ou les patients, voire la communauté	Amélioration de l'apprentissage des étudiants ou stagiaires, des performances ou des soins aux patients perçue comme un résultat de l'intervention pédagogique	Elle peut être qualitative ou quantitative : évaluation pré et post par les apprenants, stagiaires, patients (questionnaires, entrevues, etc.) analyse des résultats des étudiants, rétention, etc.	Amélioration des résultats lors d'évaluation par les étudiants, stagiaires patients Amélioration des résultats des étudiants, rétention, Amélioration des soins de santé difficile à mesurer Effets à long terme difficiles à mesurer

* Peu d'études ont mesuré les effets à long terme. Il est nécessaire de faire le suivi de l'évaluation initiale.

travers des expériences d'un certain nombre de responsables du développement professoral ; ces éléments peuvent être utiles pour enrichir notre pratique (cf. tableau IV)^[5, 7, 16, 39, 65, 90, 112].

Nous avons choisi de regrouper ces recommandations en trois catégories principales : les stratégies efficaces de gestion du changement ; les pratiques pédagogiques qui ont fait leurs preuves ; les pratiques responsables. Bien que la plupart de ces principes et recommandations seront présentés dans la section « Planification et implantation d'un programme de développement professoral » de ce guide, quelques-uns méritent cependant que l'on s'y arrête à ce point de la discussion.

De la nécessité d'avoir à disposition une équipe d'experts

La pratique courante d'inviter des consultants pour offrir de courtes séances de formation, ou encore d'envoyer les enseignants dans d'autres établissements, souvent à prix fort, n'est pas viable à long terme. Un développement professoral réussi conditionne en effet les résultats à long terme concernant l'enseignement du corps professoral et l'apprentissage des étudiants. Ceci nécessite une équipe de développement professoral stable, à même de répondre aux demandes individuelles et professionnelles, à celles des différentes disciplines, ainsi qu'aux besoins institutionnels. Ceci nécessite à nos yeux une unité ou un département d'éducation médicale, constitué de professionnels aguerris qui sont sensibles aux besoins du corps enseignant et réellement disponibles pour répondre aux demandes^[5, 106]. Des responsables de développement professoral issus du milieu et qui s'investissent dans une carrière pédagogique apporteront crédibilité à une telle unité ou département. Il est aussi recommandé d'identifier et de soutenir des collègues reconnus pour leur expertise pédagogique, afin qu'ils puissent faire office de modèle de rôle, ou plaider en faveur d'actions pédagogiques au moment opportun^[62, 98, 113]. Il est déterminant cependant, que ces personnes soient respectées par leurs collègues^[3]. Simpson et al.^[90] ont décrit les responsables de développement professoral qui « osent sortir des sentiers battus » : ce sont ceux qui contribuent à l'avancement

de la pédagogie médicale en partageant ouvertement leurs questionnements, leurs maladroites ou erreurs pédagogiques, et les leçons qu'ils en ont tirées ; ce sont également des personnalités capables de laisser une empreinte sur le développement professoral suffisamment forte pour motiver les participants.

Éviter de réinventer la roue

Plutôt que de dépenser beaucoup de temps et d'énergie à la conception de nouveaux programmes, il semble avisé de s'inspirer des stratégies de ceux qui ont fait leurs preuves. Dans cette perspective, Wong et Agisheva^[114] ont transposé un programme de développement professoral d'une culture à une autre, en tenant compte des facteurs locaux, tant contextuels qu'institutionnels. Ainsi, si un programme existant semble répondre aux besoins, il pourrait être approprié de l'adapter et de le modifier en fonction de ces besoins. Il est nécessaire de s'assurer cependant que les capacités et l'expertise locales sont suffisantes pour répondre aux besoins à long terme, quitte à inviter des experts pour les seconder.

Collaboration avec et au-delà du milieu de la pédagogie médicale

Un développement professoral durable requiert l'attribution de ressources humaines et financières considérables. Dans la mesure où les ressources institutionnelles ne sont pas illimitées, il n'est pas surprenant que la notion de « *coopération ait émergé comme un thème clé auprès des universitaires engagés dans le changement – non seulement au sein des écoles de médecine, mais également entre écoles, tant d'un point de vue national qu'international* »^[110].

De plus, lorsque cela est possible, cette collaboration devrait être multidisciplinaire et multiprofessionnelle, en accord avec le curriculum intégré ainsi qu'avec les tendances émergentes, en termes de collaboration dans les sciences de la santé.

La collaboration entre des institutions régionales peut être extrêmement productive^[116]. A ce sujet, des associations telles que l'*Association for Medical Education in Europe* (AMEE), l'*Association for the Study of Medical Education* (ASME) et l'*Association for American Medical Colleges* (AAMC) aux États-Unis,

Tableau IV. Principes généraux pour une bonne pratique en développement professoral (selon différents auteurs).

Employer des stratégies efficaces de gestion du changement	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte de la culture institutionnelle et du contexte (Hitchcock 1993)^[5] • Changer la culture institutionnelle de façon à reconnaître l'importance de l'enseignement (Hitchcock 1993)^[5] • Travailler à surmonter les barrières (par exemple les résistances au changement) (Steinert 2005)^[3] • Engagement clair et soutien par les responsables et directions (Simpson 2006)^[90] • Instaurer un programme d'évaluation des enseignants comme point de départ (par les étudiants et par les pairs) (Hitchcock 1993)^[5] • Susciter l'adhésion à la formation professorale en impliquant les enseignants dans la planification (Hitchcock 1993)^[5] • Promouvoir le développement professoral de façon à favoriser l'adhésion (Steinert 2006)^[16] • Nommer un responsable du développement professoral efficace (Hitchcock 1993)^[5] • Impliquer des experts dans l'élaboration du programme (Hitchcock 1993)^[5] • Mettre sur pied une équipe de développement professoral interdisciplinaire (Simpson et al. 2006) • Préparer la relève (Steinert 2006)^[16] • Encourager les responsables de développement professoral à développer des modèles de rôle créatifs (Simpson et al. 2006)^[90]
Utiliser des pratiques pédagogiques qui ont fait leurs preuves	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une vision pour le développement professoral (Hitchcock 1993, Steinert 2005)^[3, 5] • Faire une étude des besoins (Steinert 2006)^[16] • Déterminer des buts et des priorités adéquates (Steinert 2006)^[16] • S'adapter à la diversité des participants (Steinert 2006)^[16] • Utiliser différents formats pour les activités (par exemple, formation en ligne, par les pairs) (Steinert 2006)^[16] • Utiliser un éventail d'activités ancrées dans la pratique et interactives (Steinert 2006)^[16] • Inclure les principes de l'andragogie, y compris l'approche réflexive sur ses pratiques (Steinert 2006)^[16] • Développer des approches centrées sur la tâche avec un accent sur la possibilité d'applications immédiates (Carroll 1993)^[126] • Favoriser la mise en œuvre immédiate de ce qui a été appris (Steinert 2005)^[3] • Assurer la mise en œuvre (si possible par l'équipe) de résultats tangibles à la fin de chaque module (Rust 2006)^[112] • Développer des programmes de formation centrés sur des projets (Simpson et al. 2006)^[90] • Assurer une continuité des programmes dans le temps (Prebble 2004 ; Steinert 2006)^[16, 39] • Développer du matériel pédagogique en lien avec les besoins institutionnels (Simpson et al. 2006)^[90] • Favoriser des relations de collaboration entre pairs et collègues au travers du modèle de rôle, du mentorat, de l'échange d'information (Prebble 2004 ; Steinert 2006)^[1, 39] • Utiliser le groupe de travail académique pour construire une dynamique de groupe positive (Prebble 2004 ; Rust 2006)^[39, 112] • Développer des collaborations entre établissements à proximité (Hitchcock 1993)^[5] • Donner de la rétroaction (Steinert 2005 ; Steinert 2006)^[3, 16] • Encourager des rétroactions claires, immédiates et dans l'action par les pairs et le corps enseignant (Rust 2006)^[112]

Tableau IV. Suite.

Utiliser des pratiques responsables	<ul style="list-style-type: none"> • Faire correspondre les rôles des enseignants avec les besoins institutionnels et la recherche de l'excellence (Simpson et al. 2006)^[90] • Mesurer et évaluer l'efficacité du développement professoral (Hitchcock 1993 ; Steinert 2006 ; Simpson et al. 2006)^[5,16,90]
Autres	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer un financement qui permette le développement des structures du programme ainsi que la crédibilité locale (Simpson et al. 2006)^[90] • Favoriser la réponse et l'adaptation aux besoins de changement (Simpson et al. 2006)^[90]

ont contribué au développement d'importants réseaux de collaboration. Un exemple de ces collaborations régionales fructueuses est celui du pays d'origine des auteurs de ce guide : la rencontre annuelle organisée par la *Western Cape Branch of the South African Association for Health Educationists*. Dans ce cas, cinq institutions dans la province organisent conjointement une conférence sur le thème de la pédagogie de la santé, en regroupant des participants dans une perspective interdisciplinaire et multiprofessionnelle, afin de partager leurs expériences d'enseignement et leurs résultats de recherche en éducation médicale. Dans une perspective plus globale, FAIMER contribue à développer les compétences et un leadership en pédagogie médicale autour du globe, en soutenant la coopération et la constitution de réseaux entre les pays plus ou moins développés^[67].

La collaboration dans le cadre du développement professoral devrait aussi se développer au sein des différentes disciplines en médecine et entre les professions des sciences de la santé. Par ailleurs, dans la mesure où nous pouvons considérer que les principes pédagogiques sont plus ou moins similaires, il serait dommage de se priver de la riche expérience et de l'expertise des professionnels de l'enseignement supérieur. Nous aurons l'occasion au cours du développement des chapitres de ce guide de démontrer les retombées et l'importance de la collaboration interprofessionnelle.

Le développement professoral comme facteur de changement

Chaque programme de développement professoral devrait s'efforcer d'amorcer et de soutenir le changement, que ce soit en matière d'attitudes, de

connaissances, de comportement et/ou de pratiques. L'ampleur et l'envergure du changement peuvent varier, allant par exemple du changement d'une simple pratique d'enseignement individuelle au projet d'une faculté tout entière, qui remet en question l'ensemble de son curriculum^[116,117]. Dans la mesure où le contexte est un facteur important, le développement d'une culture organisationnelle propice à l'apprentissage devrait être encouragé^[118]. Un véritable changement requiert également des processus de consultation, d'appropriation, de négociation et d'engagement^[119].

Considérant ce point de vue, Farmer^[120] suggère d'utiliser la théorie du *Complexe Adaptive Systems* (CAS) comme cadre conceptuel. Cette théorie postule que c'est davantage au niveau « micro » que les processus de changement se développent de la façon la plus efficace, plutôt qu'à un niveau plus stratégique et « macro » des organisations. C'est à ce niveau « micro » que des interactions, des processus relationnels et des règles de fonctionnement peuvent modeler les activités quotidiennes d'individus au sein d'une organisation. Dans le sillage de cette notion de changement au niveau « micro », la notion de « changement individuel » développée par Kirkpatrick^[17] prend tout son sens. Dans cette perspective, quatre conditions doivent être présentes : le désir de changer, la connaissance de ce qui est à faire et de la manière de le faire, un environnement de travail soutenant et un gain à le mettre en pratique.

Chaque programme de développement professoral devrait également être cohérent et conforme aux principes de gestion du changement reconnus^[17, 92, 122, 123]. Il est évident que ces principes ne se résument pas à quelques lignes dans un ouvrage tel que celui-ci. Nous recommandons donc au lecteur de

consulter des experts en la matière, tel que Fullan^[119], 1993, Bland et al.^[92] et le Guide AMEE no 10^[121]. En ce qui nous concerne, nous pouvons conclure ce chapitre en soulignant qu'il y a bien souvent une dimension politique dans la notion de changement. Dès lors, il est important que le développement professoral encourage le changement de la culture institutionnelle de façon à ce que la formation en pédagogie soit reconnue et valorisée. Dans cette perspective, les responsables de développement professoral ont le potentiel d'agir en qualité de véritables agents de changement, en exerçant une influence positive grâce à leurs attitudes et leurs comportements appropriés.

Le développement professoral comme un gage de pratique responsable

Si nous sommes convaincus de l'importance d'adosser les pratiques de développement professoral en cohérence avec des cadres théoriques, il serait alors logique de documenter et d'évaluer la multitude d'initiatives qui se développent partout dans le monde. Cependant, bien que de nombreuses voix se soient élevées en faveur de l'évaluation des pratiques, force est de constater que les récentes revues de la littérature à ce sujet relatent toujours le manque de qualité des informations^[16, 39]. Le manque de temps, de financement et de ressources en collaborateurs sont les facteurs qui sont le plus souvent cités pour expliquer les difficultés d'implantation d'une évaluation systématique du développement professoral^[123].

Deux cadres conceptuels relatifs aux pratiques responsables sont proposés par Gray et Radloff^[124] et par Otto et al.^[41]. Gray développe un cadre conceptuel orienté sur la gestion de la qualité du développement pédagogique dans l'enseignement supérieur. Dans cette perspective, nous pouvons parler de changement lorsque le développement professoral quitte un fonctionnement de remédiation pour évoluer vers une vision qui envisage la transformation des pratiques. La gestion de la qualité élargit le concept de développement professoral de la perspective de l'agent de développement académique à celle de la gestion institutionnelle.

Otto et al.^[41] décrivent l'utilisation d'un processus structuré, modèle emprunté à la Fondation Kellogg pour mesurer la contribution des unités facultaires des affaires professorales et du développement au recrutement, à la rétention et au développement du corps professoral d'une faculté de médecine. Ces documents valent la peine d'être lus.

L'adaptabilité du développement professoral

Simpson et al.^[90] ont mis en évidence des principes fondateurs du développement professoral, tel que le soutien et l'appui des directions, de même que la nécessité de la multidisciplinarité du développement professoral. Ces mêmes auteurs proposent également des règles pratiques susceptibles de contribuer au succès du développement professoral. L'une d'entre elles est la notion de souplesse et de capacité d'adaptation de chaque programme de développement professoral. En effet, les activités de développement professoral doivent s'ajuster et se modifier au fur et à mesure que les rôles et les responsabilités des membres de la faculté évoluent, en regard des besoins de l'établissement et de ceux de la société.

Un développement professoral sur mesure

Les différents niveaux du développement professoral

Avant d'aborder les aspects pratiques de ce guide, il est utile d'identifier les différents objectifs du développement professoral. Si chacun de ces objectifs est considéré comme un niveau différent, avec des résultats différents (cf. tableau V), on constate que le développement professoral peut s'avérer nécessaire pour :

- 1) L'accueil et l'orientation des nouveaux membres du corps professoral dans la culture universitaire de l'établissement.
- 2) Le développement d'habiletés spécifiques, liées à un besoin qui peut surgir à la suite d'un événement particulier au sein de l'établissement,

comme l'instauration de nouvelles méthodes d'évaluation ou de l'apprentissage en ligne.

- 3) La professionnalisation de l'enseignement, en améliorant et étendant les pratiques pédagogiques dans différentes disciplines.
- 4) Le développement de l'activité savante en pédagogie, en soutenant des individus qui développeront les champs de la recherche en pédagogie des sciences de la santé ;
- 5) Le développement du leadership pédagogique, en soutenant des membres du corps enseignant qui veulent devenir des agents de changement, des présidents de comités pédagogiques ou qui souhaitent prendre des responsabilités institutionnelles telles que le décanat.

Ces niveaux sont adaptés de la vision multiphasique 2020 de Benor^[1], concernant le développement professoral et la reconnaissance des enseignants. Benor proposait quatre phases de développement du personnel enseignant : d'abord l'orientation, suivi du développement des habiletés de base puis des habiletés spécifiques et enfin, le développement du leadership pédagogique. Le tableau V décrit des niveaux plutôt que des phases, avec le postulat que seuls certains enseignants choisiront de devenir des pédagogues développant une expertise académique en pédagogie ou des leaders pédagogiques. Les programmes de développement professoral devraient donc être faits sur mesure, de manière à répondre aux besoins de chaque niveau : l'établissement, la discipline, l'enseignant ou une combinaison de ces niveaux. Dans cette perspective, on peut penser que tous les nouveaux enseignants ont besoin d'une orientation dans l'environnement académique et institutionnel. Tous les enseignants auront besoin d'un éventail d'habiletés pédagogiques de base (par exemple, pour l'enseignement en petit groupe), alors que les cliniciens-enseignants auront besoin d'habiletés pédagogiques spécifiques (par exemple, l'approche éthique de l'enseignement auprès des patients ou la supervision des résidents).

Considérant un relatif *statu quo* du courant du développement professoral, la plupart des enseignants reçoivent probablement une formation de niveau 1 et possiblement de niveau 2 seulement (cf. tableau V). L'exigence croissante de se référer à des standards

internationaux et aux critères de qualité de l'enseignement des organismes d'agrément augmentera probablement l'attente que tout enseignant atteigne au moins le niveau 3 de développement professoral. Certains peuvent choisir ou être encouragés à entreprendre des études de troisième cycle en éducation médicale pour devenir des chercheurs, des leaders ou des gestionnaires (niveau 4). Toutefois, il faut se rappeler que pour des établissements sous-financés, tel que c'est le cas dans plusieurs pays en voie de développement, même l'atteinte du niveau 2 peut s'avérer difficile.

Formation ponctuelle versus développement professoral continu

Si l'on accepte le principe que pour améliorer l'apprentissage des étudiants, il faut un changement des pratiques pédagogiques, les programmes de développement professoral doivent mettre en place des interventions qui conduisent à ce changement. Selon une revue exhaustive de la littérature faite par Prebble et al.^[39] concernant l'impact du développement professoral sur l'apprentissage des apprenants, nous pouvons constater que les formations ponctuelles (ateliers, séminaires, etc.) ont un effet limité sur le changement des pratiques d'enseignement. Cela implique-t-il pour autant que ce type de formation n'a pas sa place dans le développement professoral ? La réponse à cette question est évidemment non, puisque toutes les activités de développement professoral n'ont pas comme objectif celui de la pédagogie médicale en tant que telle, c'est-à-dire l'amélioration de l'apprentissage des apprenants ou de la qualité des soins aux patients. Les formations ponctuelles sont beaucoup utilisées, car elles ont un rapport coût-bénéfice avantageux pour la diffusion d'information à de grands groupes. Elles sont aussi valables pour des formations ponctuelles en temps utile, qui peuvent correspondre à des besoins institutionnels, par exemple à la nécessité de partager des informations avec le corps enseignant sur des politiques ou des pratiques institutionnelles, ou encore pour développer des habiletés ou techniques spécifiques. Dans le même sens, la formation des directeurs de département,

Tableau V. Niveaux de développement professoral conçus pour répondre aux besoins des individus, de la discipline et de l'établissement (adapté de Wilkerson & Irby 1998 ; Benor 2000)^[1, 6]

Niveau de Développement professionnel	Les besoins de qui?	Pour qui?	Quand? Comment?	Individu ou équipes?	Effets bénéfiques possibles
1. Orientation	L'établissement L'individu	Les nouveaux enseignants	La mise à l'horaire dépend du recrutement	De préférence en groupe, mais peut être offert de façon individuelle	Pour les membres du corps enseignant : <ul style="list-style-type: none"> • Socialisation • Mentorat par des enseignants expérimentés
2. Habiletés de base pour tous les enseignants	L'établissement La discipline L'individu	Pour tout enseignant, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Théories de l'apprentissage • Enseignement interactif • Principes d'évaluation • Quoi de neuf en éducation médicale? 	À intervalle régulier : pour les nouveaux enseignants + des mises à jour pour les enseignants expérimentés	Groupes ou équipes (multidisciplinaires ou départementaux, selon les besoins)	Pour les membres du corps enseignant : <ul style="list-style-type: none"> • Prise de conscience de ses propres habiletés pédagogiques et de ses conceptions sur l'enseignement • Prise de conscience des besoins des apprenants Pour les apprenants : <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la satisfaction et de la participation des étudiants Pour l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'enseignement et de l'évaluation • Réforme de cours ou de curriculum alignée sur les tendances mondiales
3. Différentes communautés d'enseignants	L'établissement La discipline L'individu	<i>Cliniciens-enseignants, étudiants, par exemple :</i> <ul style="list-style-type: none"> • L'apprentissage en contexte clinique • Le recours efficace et éthique aux patients dans l'enseignement • L'évaluation et la rétroaction dans l'enseignement clinique 	De façon continue. Peut être en réponse à un besoin particulier, par exemple : développement d'un cours. Peut conduire à une certification	Groupes ou équipes (multidisciplinaires ou départementaux, selon les besoins)	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'apprentissage des apprenants • Amélioration de la supervision • Satisfaction des patients • Modèle de rôles • Gestion plus inclusive du corps enseignant, de la discipline • Culture plus collégiale • Augmentation de l'érudition des individus et de l'établissement

Tableau V. Suite.

Niveau de Développement professionnel	Les besoins De qui?	Pour qui?	Quand?	Individu Ou Équipes?	Effets bénéfiques possibles
3. Différentes communautés d'enseignants	L'établissement La discipline L'individu	<i>Gestionnaires, par exemple :</i> • La gestion efficace • le leadership efficace <i>Chercheurs, par exemple :</i> • Qu'est-ce que la recherche en pédagogie médicale • La méthodologie • L'éthique en recherche			• Augmentation de la productivité en recherche, incluant la recherche par les étudiants et les résidents
4a. Expertise pédagogique	L'établissement L'individu	Pour ceux qui ont choisi l'enseignement comme carrière : cliniciens-enseignants; enseignants en science médicale, par exemple : • Comment publier • Rédiger une demande de fonds • Gérer un budget de recherche	Programme continu menant à une certification et/ou un diplôme	Individus ou de petits groupes (communautés de pratique)	• Développement de communautés d'experts • Développement de curriculums innovants, d'outils d'évaluation • Formation de leaders pédagogiques et de mentors • Formation locale de responsables de développement • Augmentation de la recherche en pédagogie médicale • Amélioration des résultats auprès des étudiants
4b. Gestion et leadership	L'établissement L'individu	Doyen, adjoints au doyen : éducation médicale; président du comité du curriculum • Développement des politiques et procédures • Structure organisationnelle • Leadership efficace	Programme continu	Individus ou de petits groupes ou équipes	• Leadership affirmé • Culture institutionnelle favorable • Révision des curriculums • Développement de politiques concernant des aspects importants • Agents de changement

relativement à un nouveau système informatisé de gestion des notes des étudiants, pourrait ne nécessiter qu'une ou deux rencontres. Bien que ce type d'amélioration administrative n'ait pas d'impact direct sur la formation des étudiants, on peut argumenter que si les étudiants reçoivent leurs résultats au bon moment, cela peut favoriser une rétro-action et une remédiation précoces, et donc une amélioration de l'apprentissage. Mesurer l'impact d'une telle mesure s'avère toutefois difficile et peut expliquer pourquoi les effets à long terme des programmes de développement professoral n'ont généralement pas été documentés^[16]. En résumé, il est important dès la planification d'un programme de développement professoral d'identifier les objectifs des interventions puisque cela déterminera les résultats à mesurer et les outils d'évaluation à utiliser pour mesurer l'efficacité du programme.

Tout cela signifie-t-il que des programmes de développement professoral continu plus globaux et plus intensifs améliorent les résultats auprès des étudiants ? Bien qu'il y ait actuellement peu de preuves de cela, certains auteurs^[16, 39] affirment que les données de recherche accumulées soutiennent la nécessité de tels programmes pour influencer significativement le développement professoral. Des curriculums de développement pédagogique qui s'étendent sur quelques semestres, avec du temps protégé et qui ont lieu en parallèle avec l'horaire d'enseignement des participants, peuvent accroître les connaissances et habiletés de l'enseignant, de même qu'une approche réflexive sur sa pratique. Le fait d'avoir du temps protégé permet aux participants de tester différentes approches, d'utiliser des activités davantage ciblées sur les apprenants, ce qui, en retour, devrait améliorer leur apprentissage. Les programmes continus peuvent aussi aboutir à une certification ou un agrément, ce qui permet alors de combler à la fois les besoins personnels et professionnels de l'enseignant, et ceux de la discipline et de l'établissement. Enfin, pour des changements durables des pratiques pédagogiques dans un contexte institutionnel, il est important d'encourager et soutenir quelques-uns des membres du corps enseignant (incluant des étudiants post-gradués), afin qu'ils deviennent la future génération de pédagogues et de leaders.

Planification et implantation d'un programme de développement professoral

Dans les sections précédentes de ce guide, nous avons montré la pertinence d'un certain nombre de concepts, tels que la nécessité de résultats réalistes et observables, ou l'importance de concevoir un plan de développement professoral ; nous avons aussi vu qu'il existe généralement peu de résultats documentés robustement en ce qui concerne les programmes de développement professoral. Nous croyons cependant qu'il ne faut pour autant pas « jeter le bébé avec l'eau du bain ». En effet, la plupart des principes et recommandations qui sous-tendent un développement professoral de qualité (cf. tableau IV) fournissent aux responsables de développement professoral une orientation et de nombreuses pistes de travail. Dans ce chapitre du guide, nous souhaitons nous centrer sur certaines de ces questions afin de susciter des réflexions et de proposer des conseils pratiques. Nous présenterons ainsi les facteurs qui doivent être pris en considération ainsi que les pratiques déterminantes pour la réussite de tels projets.

Peut-être est-il utile de présenter une analogie à cette étape de notre propos : ainsi, nous pourrions comparer un programme de développement professoral à une croisière. Les participants entreprennent une croisière pour de multiples raisons^[119]. Si la destination n'est pas annoncée ou ne correspond pas aux désirs des passagers, peu d'entre eux seront d'accord pour commencer la croisière. Si la destination change en cours de route, d'autres débarqueront le long du trajet.

Afin de répondre aux besoins de tous les voyageurs, il est important de savoir qui ils sont, où ils veulent aller, et pourquoi ils ont spécifiquement choisi cette excursion. Une fois arrivés à destination, nous avons besoin de savoir si le parcours effectué a répondu à leurs aspirations. Recommanderaient-ils ce voyage à des amis ? Peut-on être d'un quelconque recours pour de futurs projets de voyage ? De la même façon, il est important de comprendre pourquoi certains passagers ont abandonné le voyage en cours de route. Comme les organisateurs de voyage,

nous voudrions savoir si tout s'est passé comme prévu. Une bonne agence de voyages aura aussi le souci de reprendre contact avec les participants quelque temps après la croisière. Que pourrions-nous faire de différent la prochaine fois ?

À la lecture de cette analogie, le lecteur devrait avoir pensé à des termes tels qu' « objectifs », « besoins », « planification », « évaluation » et « satisfaction », autant d'éléments déterminants lorsque l'on parle de conception, d'implantation et d'évaluation de l'efficacité d'un programme de développement professoral. Élaborer de tels programmes nécessite une approche systématique afin de s'assurer que des éléments clés tels que les objectifs ou les besoins sont pris en compte. Cette démarche pourrait être facilitée en s'inspirant, par exemple, du modèle en six étapes recommandé par Kern et al.^[125], dans la perspective d'évaluer le développement d'un curriculum (cf. tableau VI).

Dans un souci de simplification, nous avons divisé la démarche présentée par Kern et al.^[125] en trois phases que nous présentons ci-dessous : planification (étapes 1-3) ; implantation (étapes 4-5) et, finalement, évaluation et rétroaction (étape 6)

Les questions clés à se poser à chacune de ces étapes sont présentées dans le tableau VI

Planifier le développement professoral (étapes 1-3)

1. Identification du problème et évaluation globale des besoins

La première étape est de s'accorder sur les objectifs du développement professoral envisagé (c'est-à-dire l'identification du problème), ainsi que sur les buts poursuivis par l'établissement, la discipline et les enseignants (c'est-à-dire une évaluation globale des besoins). Identifier un problème suggère qu'il y a un état actuel et un état désiré ; le but du programme de développement professoral devrait être de combler les lacunes ainsi identifiées. Les questions clés à se poser à cette étape pourraient être celles-ci (cf. tableau VI) :

– *Ce programme répond-il à un problème spécifique qui a émergé (ce qui demanderait une intervention*

à court terme) ou fait-il partie de la formation continue des enseignants (par exemple, du parcours de formation d'un enseignant), ce qui nécessite alors des interventions au long cours ?

– *Les motivations sont-elles internes (par exemple, le développement de la carrière d'un individu) ou externes (par exemple, l'agrément), ou encore les deux ?*

Y a-t-il suffisamment de ressources à disposition ?

Si les motivations sont majoritairement externes et qu'il y a peu de motivation personnelle pour améliorer son enseignement, il est déterminant alors que les enseignants sachent pourquoi ils sont tenus de participer^[125].

2. Évaluation des besoins de participants ciblés

Une fois les objectifs généraux du programme établis, les besoins des enseignants, des disciplines et des établissements doivent être identifiés. Les questions clés à ce stade sont les suivantes :

– Pour qui est la formation ?

– Les participants sont-ils de nouveaux enseignants ou sont-ils expérimentés ?

– Pourquoi ont-ils besoin de formation ? Quel est leur niveau actuel au plan des connaissances, des compétences et des attitudes ?

– La formation est-elle obligatoire ou facultative ?

– Quels sont les obstacles ? Comment les surmonter ? (cf. tableau VI).

Les nouveaux enseignants ont besoin d'interventions différentes de celles des enseignants plus experts, d'ores et déjà imprégnés de l'environnement institutionnel. Ces derniers ont néanmoins besoin de développer de nouvelles habiletés et compétences pour s'adapter aux changements et aux nouvelles pratiques d'enseignement. Des auteurs, tels que par exemple McLeod et al.^[127], suggèrent, pour identifier les lacunes des enseignants, de mesurer leurs connaissances tacites et leur compréhension des concepts de l'enseignement et de l'apprentissage. Il est également possible de développer ses propres outils, lesquels devraient idéalement favoriser l'auto-évaluation. Par exemple, il serait envisageable de demander à chaque clinicien-enseignant d'évaluer ses compétences pédagogiques à l'aide du modèle développé par

Tableau VI. Les questions clés à se poser à chacune des étapes, selon une adaptation du modèle en six étapes de Kern et al (1998)¹²⁵

Les éléments déterminants pour un développement professoral de qualité	Questions clés à se poser	Implications pour les responsables de développement professoral
1. Identification du problème et évaluation globale des besoins	<p>Quels sont les objectifs de ce programme ? (Par ex. formation pour tous ou en réponse à un besoin spécifique, ou encore à ceux de la formation médicale continue ?)</p> <p>Quel type de formation est-il requis ? (court terme, continu, selon les besoins)</p> <p>Les facteurs de motivation sont-ils internes ou externes ?</p> <p>Quelles sont les instances concernées ?</p> <p>La culture institutionnelle soutient-elle un tel programme ?</p> <p>Quelles ressources sont disponibles ?</p>	<p>Conséquences sur le niveau ou le type de formation : individuel, de base, départemental, clinique, etc.</p> <p>Développer un sens pédagogique est un processus de développement, mais des séances ponctuelles peuvent être utiles pour des mises à jour, de l'orientation ou le développement de compétences spécifiques.</p> <p>La motivation interne des participants doit être encouragée.</p> <p>La culture institutionnelle (déterminée par les leaders) a des conséquences sur la reconnaissance des compétences pédagogiques ainsi que sur l'attribution des ressources.</p>
2. Évaluation des besoins de participants ciblés	<p>Qui est concerné par ce programme de développement professoral ?</p> <p>Quelle est leur compréhension/ conception actuelle de l'enseignement et de l'apprentissage ?</p> <p>Quels sont leurs besoins actuels ? (par ex. en évaluation, feedback)</p> <p>La formation est-elle obligatoire ou facultative ? Quels sont les obstacles existants ? Comment pouvons-nous les dépasser ?</p>	<p>Le développement professoral doit être planifié de façon à correspondre aux besoins des différents enseignants (par ex. cliniciens, scientifiques, précepteurs dans la communauté, d'un seul ou de plusieurs départements)</p> <p>L'établissement de priorités, tant du point de vue des connaissances, des compréhensions et des conceptions, contribuera à faciliter l'identification des besoins individuels et de ceux des différentes disciplines. Envisager la possibilité d'une évaluation préprogramme du niveau de compréhension et des conceptions existantes.</p> <p>La culture institutionnelle aura des conséquences sur la participation</p> <p>Plusieurs barrières, particulièrement celles en lien avec la culture institutionnelle, influencent le développement professoral.</p>

Tableau VI. Suite.

Les éléments déterminants pour un développement professoral de qualité	Questions clés à se poser	Implications pour les responsables de développement professoral
3. Définition de buts et d'objectifs spécifiques, mesurables ou de résultats attendus (<i>N.B. Planifier une évaluation dès cette étape</i>)	Quels résultats voulons-nous atteindre chez les participants, par ex. en termes de connaissances, d'attitudes, de compétences ? Ce programme va-t-il contribuer à améliorer l'apprentissage des étudiants et/ou les soins aux patients ? Comment pouvons-nous évaluer/mesurer les résultats ?	Pour une amélioration à long terme, le développement professoral doit être continu. Mesurer l'amélioration de l'enseignement ou de la qualité des soins est difficile. Les méthodes d'évaluation doivent être adaptées (quantitatives et qualitatives). Planifier une évaluation post formation ainsi qu'un suivi, par ex. à six mois ou une année plus tard.
4. Choisir des stratégies pédagogiques	Comment atteindre les résultats attendus ? Quels sont les fondements théoriques de ce programme de développement professoral ? Comment pouvons-nous tenir compte de la diversité des participants ? Comment pouvons-nous rendre les formations interactives et centrées sur l'apprenant ?	Les exercices planifiés doivent être crédibles et proches de la réalité. Avoir pour but l'apprentissage en contexte réel, orienté sur la tâche. Considérer l'utilisation de différentes stratégies pédagogiques pour rejoindre les différents styles d'apprenants. Les planifier de façon adéquate. Un programme de développement professoral interdisciplinaire favorisera les contributions pédagogiques des différentes disciplines ainsi que la collégialité.
5. Implanter le programme de formation	Cette formation doit-elle être multidisciplinaire ? Y-a-t-il du temps protégé pour ces activités ? Allons-nous pouvoir atteindre les buts et les résultats attendus ? Si non, le programme est-il suffisamment souple pour tenir compte des limites d'ores et déjà perceptibles ?	Le contenu va déterminer si la formation doit être multidisciplinaire. Du temps protégé permet aux responsables de développement professoral de travailler dans un contexte facilitant. C'est à cette étape que l'on peut savoir si la planification prévue a été suffisante. Construire un programme flexible, susceptible de s'adapter à des défis inopinés.

Tableau VI. Suite.

Les éléments déterminants pour un développement professoral de qualité	Questions clés à se poser	Implications pour les responsables de développement professoral
<p>6. Evaluation et <i>feed-back</i></p> <p>Nous suggérons d'utiliser le modèle de Kirkpatrick (1994) pour formater l'évaluation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Satisfaction des participants 2. Amélioration des connaissances, des compétences, perception d'un changement positif dans les attitudes 3. Changement de comportement 4. Résultats (c'est-à-dire conséquences pour les étudiants, les patients, l'institution) 	<p>Niveaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La formation a-t-elle répondu aux besoins des participants ? Leur disponibilité a-t-elle été bien utilisée ? 2. Quelles conséquences sur leurs connaissances, compétences et attitudes ? 3. Quelles conséquences sur la pratique des participants ? 4. Y a-t-il amélioration de l'apprentissage des étudiants ? 5. Y a-t-il amélioration des soins ? Y a-t-il des conséquences sur la culture de l'institution ou du département ? <p>Comment le programme peut-il être amélioré ? Un suivi est-il nécessaire ?</p> <p>Y a-t-il des résultats qui n'étaient pas envisagés ?</p>	<p>Les résultats deviennent progressivement plus difficiles à évaluer au fur et à mesure que l'on avance dans les niveaux définis par Kirkpatrick</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La satisfaction des participants est importante pour s'assurer de leur future participation à des activités. Facile à mesurer. 2. Relativement facile à mesurer 3. Possibilité de visionner leurs sessions d'enseignement. Regarder l'évaluation des étudiants. 4. Mesurer l'amélioration de l'apprentissage des étudiants peut nécessiter une évaluation à long terme des résultats, ainsi que leur rétention 5. Mesurer l'amélioration de la qualité des soins requiert une évaluation à long terme <p>Si le développement professoral est bien organisé, l'on peut s'attendre à ce que certains souhaitent devenir leaders en éducation médicale. Des communautés de pratique peuvent potentiellement se développer.</p> <p>L'évaluation et le <i>feed-back</i> sont susceptibles de révéler le besoin d'un suivi.</p> <p>Il faut toujours être attentif aux omissions et aux améliorations possibles.</p>

Harden et al.^[19] et par Hesketh et al.^[128], qui présente un certain nombre de critères pour développer l'excellence chez les cliniciens enseignants. Dans un tel schéma, chaque clinicien enseignant pourrait de façon individuelle identifier ses lacunes, en matière de compétences pour l'enseignement, d'habiletés ou encore dans sa conception de son rôle professionnel d'enseignant. Il pourrait alors élaborer un plan de formation personnel pour ensuite s'inscrire à des formations répondant aux objectifs définis.

S'inspirant des travaux de Levinson et al.^[129] sur les parcours de vie, décrits comme une succession d'étapes, constituées de plateaux et de phases de transition, Carroll^[126] s'est intéressé aux différentes étapes de la vie universitaire et a suggéré que les programmes de développement professoral ciblent les enseignants aux étapes charnières de leur carrière, telles que leur engagement comme enseignant, leurs moments de promotion universitaire, de stabilité, les périodes où ils prennent de nouvelles responsabilités

en qualité de superviseur ou de leader, et finalement leur retraite. S'il n'y a aucun doute que ces étapes représentent autant de moments clés sur le plan personnel, il est à espérer que les établissements reconnaissent la correspondance professionnelle de ces moments de transition.

Ainsi, se confronter à la nécessité de développer de nouvelles habiletés informatiques peut être une période critique dans la vie d'un enseignant et représenter une sorte de croisée des chemins face au changement. Dans la même idée, nous pouvons imaginer à quel point l'introduction générale de l'apprentissage par problèmes a représenté un bouleversement pour certains enseignants, en les obligeant à modifier leurs méthodes, mais aussi la conception de leur rôle dans l'apprentissage.

Il peut arriver que certains enseignants fassent une demande de formation suite à une évaluation personnelle de leurs lacunes, ou à la réception, par exemple, de résultats mitigés lors d'évaluations remplies par les étudiants^[126]. Il est cependant parfois nécessaire de mettre en place des processus de consultation ou de négociation afin de déterminer les besoins spécifiques des membres du corps enseignant. Dans cette perspective, les responsables du développement professoral devraient travailler étroitement au niveau de leur département, avec des personnes importantes, ou avec des formateurs ou coordinateurs^[37].

3. Définir des buts réalisables et des mesures spécifiques des résultats

Les questions à cette étape peuvent notamment être les suivantes :

- quels résultats voulons-nous atteindre chez les participants, par exemple en termes de connaissances, d'attitudes, de compétences ?
- Est-il possible de mesurer l'amélioration de l'apprentissage des étudiants et/ou des soins aux patients ?
- Quels outils avons-nous à disposition pour évaluer/mesurer les résultats ? (cf. tableau VI)

La tâche à accomplir va dicter le choix des objectifs et des résultats recherchés qui peuvent appartenir tant à la sphère cognitive, affective que psychomotrice.

Après avoir déterminé des buts généraux pour le développement professoral (par exemple, améliorer l'évaluation des étudiants), les résultats attendus, tant du point de vue institutionnel que personnel, doivent être rendus explicites et mesurables. De la même manière que les outils d'évaluation doivent être choisis pour leur capacité à mesurer les résultats escomptés, l'évaluation doit être planifiée dès que les résultats attendus sont identifiés. Nous suggérons, à ce stade, de consulter les niveaux de Kirkpatrick^[17] (cf. tableau III).

Des résultats réalistes et mesurables incluent notamment les points suivants :

- Les compétences individuelles du point de vue cognitif (connaissances), affectif (attitudes) et psychomoteur (habiletés et performances)
- Le processus d'apprentissage (par exemple, l'apprentissage en petits groupes, l'enseignement réflexif)
- Les bénéfices pédagogiques (par exemple, une meilleure évaluation des étudiants) ou cliniques (par exemple, une qualité de communication améliorée avec les patients)

Un développement professoral qui se concentre sur des projets ou des objectifs centrés sur la tâche^[90,112], et qui prône les principes de la pédagogie des adultes^[130], apporte de nombreux bénéfices tels qu'une mise en œuvre rapide et une certaine facilité pour identifier des résultats mesurables. Ce dernier avantage a été particulièrement mis en évidence par Steinert et al.^[16] dans la revue de la littérature qu'ils ont effectuée au sujet des meilleures pratiques en éducation médicale (*Best Evidence Medical Education*, BEME). Enfin, relevons que cette façon de concevoir le développement professoral, centré sur des projets et des objectifs concrets, facilite son alignement avec les besoins institutionnels.

Implantation (étapes 4-5)

4. Choisir des stratégies pédagogiques

Les questions pertinentes à ce point sont entre autres les suivantes :

- comment atteindre les résultats attendus ?
- Quels sont les fondements théoriques de ce programme de développement professoral ?

- Comment pouvons-nous tenir compte de la diversité des participants ?
- Comment pouvons-nous rendre les formations interactives et centrées sur l'apprenant ? (cf. tableau VI)

Les stratégies pédagogiques utilisées dans le programme de développement professoral doivent être choisies en fonction des apprentissages souhaités. Elles devraient permettre de refléter la réalité et être reliées à des contextes appropriés.

Ainsi, le choix d'une méthode telle que le cours magistral pour enseigner comment l'apprentissage peut se faire au sein d'un petit groupe qui utilise la méthode de l'apprentissage par problème ne répondrait pas à ces critères. De la même manière, si l'on veut apprendre à utiliser un nouveau logiciel, il est préférable de le faire directement par essais et erreurs, en travaillant de façon concrète et directement applicable avec cet outil informatique. Nous devrions également être cohérents avec ce que nous enseignons ; en effet, si nous attendons de nos étudiants qu'ils développent leur autonomie dans leur apprentissage, qu'ils participent à des évaluations par les pairs, et qu'ils développent une pensée réflexive, alors, nous devrions pratiquer ce que nous prêchons ! Le niveau et les objectifs visés de chaque programme de développement professoral guideront ainsi le choix des activités proposées, qui pourront aller d'un club de lecture au mentorat par les pairs, la réalisation d'un portfolio, ou encore au développement d'objectifs et de questions d'évaluation dans une équipe interprofessionnelle. Le tableau V propose un certain nombre de suggestions d'activités en rapport avec différents niveaux de développement professoral.

Si nous voulons professionnaliser l'enseignement et changer nos pratiques pour améliorer l'apprentissage, il est alors déterminant d'étayer notre démarche par un ou plusieurs modèles théoriques (cf. encadré 5).

La plupart des recherches en enseignement supérieur ont établi des liens entre des modèles conceptuels du changement et des modèles d'apprentissage : les responsables de programmes ont dès lors tenté de mettre en œuvre une approche hybride^[39,54-56,58]. Parmi les bons exemples de telles approches, citons les recherches de Gibbs and

Coffey^[131], qui suggèrent que plus les enseignants adhèrent au changement et s'approprient de nouvelles conceptions de l'enseignement, plus ils développeront des pratiques d'enseignement centrées sur l'étudiant et meilleur sera l'apprentissage. Ces auteurs se sont basés sur des résultats obtenus lors d'une recherche à grande échelle associant 22 universités et huit pays, et utilisant différents questionnaires validés. Ils ont ainsi pu démontrer des changements positifs du point de vue des conceptions et des pratiques pédagogiques chez les enseignants ayant suivi une formation, ainsi qu'une meilleure qualité d'apprentissage chez les étudiants ayant été exposés à ces enseignants.

Il n'existe à ce jour pas de preuves suffisantes pour choisir un modèle plutôt qu'un autre, car tous offrent un certain nombre d'avantages. Ce sera en fait la tâche à accomplir qui dictera le choix du modèle le plus approprié, mais il est vraisemblable que les approches hybrides, combinant plusieurs modèles, soient plus profitables.

Il y a plus de 30 ans, Stein^[132] suggérait déjà de développer une approche centrée sur l'apprenant en ce qui concerne le développement professoral. Dans une telle perspective, les participants définissent leurs propres objectifs, planifient leurs apprentissages, travaillent en petits groupes en favorisant l'apprentissage expérientiel et évaluent le résultat de leur participation. La plupart de ces suggestions se réfèrent aux mêmes cadres conceptuels (par exemple, la pédagogie des adultes) et aux mêmes principes (par exemple, un apprentissage centré sur l'apprenant) que ceux qui devraient sous-tendre notre pratique d'enseignant^[6, 7, 16, 126, 133, 135] (cf. tableau VII). Ainsi, en intégrant la théorie à la pratique dans les programmes de développement professoral, les enseignants pourront avoir une approche expérientielle des principes et des théories qui devraient être à la base de leur pratique d'enseignement, et tester les méthodes et activités dans lesquelles les apprenants sont susceptibles de s'engager.

En résumé, un développement professoral qui favorise une approche centrée sur l'apprenant devrait encourager les participants à :

- négocier leurs objectifs d'apprentissage^[135] (Knowles, 1975)

Encadré 5. Modèles théoriques pour améliorer les pratiques d'enseignement (Prebble 2004)^[39]

- Des modèles centrés sur le changement comportemental, qui mettent l'accent sur les modifications de comportement de l'enseignant dans son contexte d'enseignement
- Des modèles centrés sur le développement, dans lesquels les enseignants déplacent leur centre d'attention d'eux-mêmes au sujet, puis éventuellement du sujet à l'étudiant, passant ainsi d'un apprentissage passif à un apprentissage actif de la part de l'apprenant
- Des modèles centrés sur le changement conceptuel, dans lesquels les intentions et les pratiques développées sont le reflet des conceptions pédagogiques des enseignants
- Des modèles centrés sur la pratique réflexive, dans lesquels les enseignants témoignent du *pourquoi* et du *comment* ils enseignent et évaluent leurs étudiants
- Des modèles centrés sur l'apprentissage des étudiants, dans lesquels les différentes manières d'apprendre, de même que les perceptions de l'environnement d'apprentissage sont prises en considération
- Des modèles hybrides, qui combinent les perspectives de différents modèles

- Développer leur expérience pratique^[136] (Kolb, 1984)
 - Collaborer en qualité de membre d'une équipe^[137] (Bandura, 1986)
 - S'engager dans un apprentissage indépendant et autonome^[135] (Knowles, 1975)
 - Identifier les présupposés qui sont à la source des croyances ou des comportements^[138] (Brookfield, 1995)
 - Recevoir et donner de la rétroaction^[135] (Knowles, 1975)
 - Résoudre des problèmes et transférer ces nouvelles compétences à d'autres situations^[139] (Regehr and Norman, 1996)
 - Développer une réflexion « dans » et « sur » l'action, de façon individuelle (Schön, 1987, Schön, 1991) et collective^[137, 140, 141] (Bandura, 1986)
 - S'engager dans l'auto-évaluation^[142] (Williams et al., 1999)
 - Transférer les apprentissages dans leur pratique (Knowles 1980 ; Regehr and Norman 1996)^[130,139]. Trigwell^[54], à ce propos, a suggéré quelques stratégies concrètes pour faciliter l'intégration de la théorie à la pratique, parmi lesquelles nous trouvons :
 - développer une prise de conscience au sujet de la variabilité des différentes conceptions dans la manière de concevoir l'enseignement (par exemple, grâce à la lecture d'articles pertinents lors de clubs de lecture).
 - Débattre des différentes conceptions de l'enseignement ainsi que de leurs contributions à son amélioration (par exemple, dans le cadre de petits groupes de discussion animés par des collègues qui sont crédibles et reconnus pour leur expertise pédagogique).
 - Illustrer les stratégies et les pratiques pédagogiques qui sont cohérentes avec ces conceptions (par exemple, en discutant à partir d'enregistrements vidéo).
 - Exploiter les commentaires positifs des étudiants témoignant d'une amélioration de la qualité de l'enseignement de leurs professeurs, en en discutant en petits groupes ou en l'intégrant dans un programme de mentorat par les pairs.
- À condition qu'ils aient du temps spécifiquement alloué et les ressources nécessaires, les responsables du développement professoral peuvent faire preuve de beaucoup de créativité, non seulement pour planifier un développement professoral adapté aux besoins, mais aussi pour s'assurer de l'adéquation entre les processus mis en œuvre et les résultats attendus.
- Ainsi, si nous pensons à l'implantation d'un programme de formation, plusieurs auteurs ont mis en évidence les résultats positifs obtenus lorsqu'un ensemble de méthodes ont été utilisées (jeux de rôles, remue-méninges, discussions de groupes, mises en pratique, rétro-action), que ce soit pour le

Tableau VII. Exemples de théories et de principes utilisés dans l'enseignement et l'apprentissage qui peuvent étayer le développement professoral.

Théories et principes	Explication
La théorie des besoins de Maslow (1970) ^[151]	Partant du postulat de la nécessité pour un individu de s'actualiser, Maslow a défini quatre niveaux hiérarchiques de besoins pour y parvenir : physiologique, de sécurité, d'appartenance et d'estime de soi.
La théorie de la zone proximale de développement de Vygotsky (1978) ^[172]	<i>La zone proximale de développement</i> décrit tout ce que l'individu peut maîtriser quand une aide appropriée lui est donnée. Vygotsky pensait que les individus peuvent réaliser et maîtriser des problèmes difficiles quand ils sont guidés et aidés par une personne compétente ; selon cet auteur, le potentiel de développement des compétences est plus grand lorsqu'il a lieu sous la houlette d'un formateur ou en collaboration avec un pair que lorsqu'il se fait de façon solitaire. « <i>Ce que l'individu est en mesure de faire aujourd'hui en collaboration, il saura le faire tout seul demain</i> ».
La théorie de l'apprentissage expérientiel de Kolb (1984) ^[136]	Kolb a souligné l'importance d'associer des processus de réflexion aux expériences concrètes afin de permettre une mise en perspective, une nouvelle compréhension ainsi qu'une éventuelle modification des conceptions. C'est un cycle de contextualisation, décontextualisation et recontextualisation qui est à la base du transfert des connaissances. Le rôle de l'enseignant est primordial pour promouvoir le processus de réflexion et pour valider les résultats de ce processus.
La théorie de l'apprentissage des adultes de Knowles (1980) ^[130]	Les apprenants adultes se distinguent par leur motivation, davantage interne qu'externe, leur indépendance et leur autonomie d'apprentissage. Ils possèdent un cumul d'expériences qui peuvent être utilisées comme autant de ressources pour l'apprentissage ; ils veulent se centrer sur ce qui fait sens dans leur quotidien, ils désirent des réponses immédiates, des approches centrées sur les problèmes, et qui répondent à des besoins spécifiques.
La théorie de l'apprentissage social de Bandura (1986) ^[137]	Cette théorie s'intéresse aux interactions (continues et réciproques entre individus), ainsi qu'à leurs influences, aussi bien cognitives, comportementales qu'environnementales, pour expliquer le comportement humain. Elle met l'accent sur la façon dont l'individu observe les autres et module en réponse son comportement, ses attitudes et ses réactions émotionnelles.
La théorie de la pratique réflexive de Schön (1987, 1991) ^[140, 141]	Schön distingue deux types de démarches réflexives : la réflexion « dans » l'action (au moment même) et la réflexion « sur » l'action (démarche rétrospective). Elles sont utiles lors d'une situation unique et sortant de l'ordinaire, ou lorsqu'il n'est pas possible d'appliquer des théories ou des techniques connues.
Le concept de pensée critique de Brookfield (1995) ^[138]	Cette théorie est en lien avec les processus de résolution de problèmes : elle postule que l'identification des présupposés qui sont à la base de nos croyances et de nos comportements permettra alors de juger de la rationalité de nos décisions. En matière d'apprentissage, il ne s'agit pas tant d'« enseigner » ce qu'est la pensée critique que de conduire les étudiants à mobiliser leur pensée critique, en contexte, ainsi qu'à réfléchir sur cette mobilisation.
La théorie de l'apprentissage contextualisé (ou situé) de Lave (1988) ^[150]	L'apprentissage est fonction de l'activité, du contexte et de la culture dans lequel il a lieu. Lave postule que les interactions sociales sont déterminantes dans l'apprentissage, dans la mesure où les apprenants deviennent petit à petit impliqués dans une sorte de « communauté de pratique » qui définit les croyances et les comportements pertinents à acquérir dans un contexte et lieu donné.
La théorie des intelligences multiples de Gardner (1993,1999) ^[145, 146]	Gardner a postulé l'existence de sept sortes d'intelligence (linguistique, mathématique, musicale, visuospatiale, kinesthésique, interpersonnelle, intrapersonnelle) pour expliquer les différences entre individus. Il en a ajouté trois autres par la suite (naturaliste, existentielle/spirituelle, morale).

Tableau VII. Suite.

Théories et principes	Explication
La psychologie cognitive. Regehr and Norman (1996) ^[139]	Ces auteurs ont identifié plusieurs sujets explorés en psychologie cognitive qui ont une incidence directe sur l'enseignement et l'apprentissage : c'est le cas par exemple pour l'organisation de la mémoire à long terme, les processus de mémorisation et de rappel des informations, les processus de résolution de problème et de transfert des compétences, les processus de prise de décisions, etc.
La théorie de l'auto-détermination de Williams et al. (1999) ^[142]	Williams et ses collègues décrivent comment il est possible d'aider les apprenants à développer leur motivation individuelle, qui est un élément clé de l'apprentissage au long cours. Dans cette perspective, l'auto-évaluation et le sentiment d'efficacité personnelle sont déterminants. En effet, la perception de sa compétence peut motiver un apprenant à répondre à ses besoins et à définir de nouveaux objectifs.

développement professoral^[143] ou pour l'éducation médicale continue^[144]. Par ailleurs, il faut souligner qu'une telle approche tient compte des différents styles d'apprentissage des apprenants, de même que de leurs différences de personnalité, selon une théorie développée par Gardner^[145,146] qui postule la présence de plusieurs types d'intelligence. C'est enfin une façon d'intégrer la richesse et la diversité du corps professoral dans sa manière d'envisager les activités et d'interagir les uns avec les autres^[147].

L'utilisation appropriée de la technologie contribue sans aucun doute à faciliter ces processus. Dans notre époque riche en nouveautés technologiques, les techniques d'enseignement utilisant le Web ou l'enseignement à distance vont certainement devenir de plus en plus importantes pour le développement professoral. Dans ces nouveaux contextes d'apprentissage, les enseignants peuvent suivre des formations en ligne, discuter avec des collègues n'importe quand et n'importe où dans le monde. C'est une perspective intéressante si l'on considère l'habituelle complexité des horaires de chacun, les différents lieux de travail, de même que les multiples responsabilités cliniques et pédagogiques des enseignants. Il est cependant primordial de ne pas perdre de vue la valeur des interactions en face à face avec nos pairs et collègues^[3].

5. Implantation finale

Les questions pertinentes à ce stade peuvent être les suivantes :

– cette formation doit-elle être multidisciplinaire ?

– Y a-t-il du temps protégé pour ces activités ?

– Allons-nous pouvoir atteindre les buts et les résultats attendus ? Sinon, le programme est-il suffisamment souple pour tenir compte des limites d'ores et déjà perceptibles ?

La littérature met en évidence l'efficacité pédagogique du « groupe d'enseignants » pour développer de concert l'ensemble complexe de connaissances, d'attitudes et de compétences qui sont impliquées dans l'enseignement^[39]. Ainsi, les formations devraient autant que possible avoir lieu au sein des équipes de travail, permettant de la sorte aux participants de partager leurs pratiques et de recevoir de la rétro-action de leurs pairs. Ce travail en équipe devrait également contribuer à développer une culture professionnelle pédagogique. Mais l'on pourrait se poser la question suivante : ces groupes de formation devraient-ils être départementaux ou multidisciplinaires ? Les deux options ont leurs avantages et inconvénients. Le tableau V met en évidence que l'enseignement des compétences et des connaissances de base (telles que par exemple, les principes de l'évaluation, les théories de l'apprentissage) se prête bien aux groupes multidisciplinaires, alors que d'autres formations nécessitent d'être planifiées spécifiquement pour les cliniciens, par exemple, ou pour d'autres départements. D'après Neumann^[148], un développement professoral rattaché à un département spécifique propose de meilleures opportunités pour améliorer les pratiques pédagogiques. A l'inverse, un programme de formation général, centralisé et accrédité pourrait réduire l'enseignement à la simple

application de techniques. De plus, même si la culture universitaire n'apporte pas autant de soutien qu'il serait souhaitable, un département peut de façon autonome promouvoir l'excellence de l'enseignement ou de sa formation professorale au sein de sa communauté d'enseignants^[89, 149].

Le développement professoral conçu dans une perspective interdisciplinaire offre de nombreux avantages. Pour préparer une faculté à la révision de son programme de formation, par exemple, une approche multidisciplinaire permettrait certainement d'apprécier et de comprendre comment chaque discipline peut s'intégrer horizontalement et verticalement dans un tel projet. Il est aussi prévisible que les rencontres et les collaborations interdisciplinaires expérimentées lors des formations débouchent sur une collaboration à long terme en pédagogie et peut-être même sur des projets de recherche. Certains auteurs^[46, 106] ont montré que la collégialité est un processus qui se développe clairement à la suite de formations multidisciplinaires. Dans cet esprit, au fur et à mesure que la pratique médicale (et désormais la formation médicale) devient davantage interprofessionnelle^[29, 45], on peut s'attendre à ce que les retombées du travail en équipe, de la collaboration et du respect mutuel deviennent des résultats importants des programmes de formation. Les étapes de « l'identification des problèmes et de l'évaluation des besoins » permettront de définir la forme souhaitée du développement professoral (départementale, facultaire, interprofessionnelle), de même que le niveau (par exemple, des compétences de base pour tout enseignant, ou des connaissances ou compétences spécifiques à la discipline).

Des travaux au sujet de l'apprentissage contextualisé méritent d'être soulignés : Lave^[150] a expliqué comment les interactions entre les professionnels d'un milieu donné et les nouveaux arrivants, contribuent à familiariser ces derniers à la culture de l'institution. Dans cette perspective, la mise en place de « communautés de pratique » devrait contribuer à enrichir l'apprentissage et le développement professoral. Bandura quant à lui^[137], postule que l'apprentissage devrait faire une large place à l'observation plutôt que d'être envisagé au travers d'efforts

individuels. Nous savons par exemple qu'une grande part du comportement humain consiste à se modeler sur celui de ses pairs ; de la même façon, les compétences en enseignement pourraient être développées en observant ce qui est unanimement reconnu comme d'excellentes pratiques pédagogiques^[137]. Pour aller plus loin, le développement professoral d'une institution qui reconnaît authentiquement la valeur de ses membres ne devrait pas se limiter au développement d'une communauté d'enseignants professionnels et informés, mais devrait également avoir le souci de les encourager à devenir des leaders en pédagogie médicale. Ces derniers pourraient alors devenir les mentors et les modèles de rôle des plus jeunes ou des nouveaux enseignants. Une telle collégialité contribuerait sans aucun doute à la productivité académique.

Ces propos méritent toutefois d'être nuancés, notamment lorsqu'il s'agit de planifier des activités de groupe. Dans ce cas, il est important de tenir compte, par exemple, de la relation existante entre les participants, de leur statut, de leurs responsabilités et de leur réputation (ceci fait référence notamment à la pyramide des besoins de Maslow^[151]). Lorsque le développement professoral nécessite un travail en collégialité et en collaboration (par exemple, pour développer des compétences pour entreprendre la réforme du curriculum), il faut alors identifier quels groupes de participants travaillent le mieux ensemble. À ce sujet, Challis^[147] conseille aux responsables de développement professoral des facultés de médecine de reconnaître la diversité de leurs membres lorsqu'ils planifient des activités de formation.

Dans une institution qui fait la promotion du développement professoral, il devrait y avoir du temps dédié à l'amélioration des compétences pédagogiques personnelles et professionnelles de ses membres. Si le développement professoral est intégré à la vision de la faculté, il n'y aura pas de problème pour trouver des ressources ni pour reconnaître et récompenser les participants. Si au contraire, la recherche demeure le standard académique par excellence, les responsables de développement professoral devront alors faire face à des résistances de la part de leurs membres, et ceci peut-être même de la part de leurs plus dévoués participants.

Évaluation et rétroaction (étape 6)

6. Évaluer l'efficacité du programme et donner du feedback

Bien que l'évaluation soit un important aspect du développement professoral, il n'en n'est pas moins le plus négligé^[3, 16, 39]. Ainsi que nous l'avons vu précédemment, l'évaluation d'un programme de développement professoral devrait être en lien avec les résultats souhaités. Les questions relatives à la mesure de l'efficacité d'un programme doivent impérativement être posées lors de l'étape correspondant à la planification des objectifs ; à ce propos, nous renvoyons le lecteur à l'étape 3 de l'approche développée par Kern et al.^[125] (cf. tableau VI).

Une étude récente^[47] a démontré qu'il est possible de mesurer de façon qualitative les conséquences du développement professoral tant d'un point de vue personnel que professionnel.

Cependant, tel que nous l'avons déjà souligné, nous avons peu d'éléments en ce qui concerne l'évaluation de résultats significatifs à long terme. Si l'on écarte les difficultés inhérentes aux derniers niveaux de Kirkpatrick^[17], ou encore un certain nombre d'autres facteurs tels que des ressources insuffisantes, ce manque d'informations peut également résulter de l'utilisation d'outils d'évaluation mal choisis. En effet, actuellement, l'évaluation du développement professoral se fait de façon largement quantitative. Bien que cela puisse être approprié pour les premiers niveaux du modèle de Kirkpatrick^[17], tel que pour l'évaluation de la satisfaction des participants, les autres niveaux nécessitent davantage des mesures qualitatives^[35, 47] (cf. tableau III).

Les responsables de développement professoral auraient tout à gagner à utiliser des questionnaires validés et des instruments en provenance des champs de l'enseignement supérieur, des sciences de l'éducation et de la psychologie pour évaluer les apprenants ou les formations. L'inventaire de Prosser and Trigwell^[152] « *Approach to Teaching* », de même que les instruments développés par Gibbs and Coffey^[131] dans leur remarquable étude en sont deux bons exemples.

S'il est important de développer nos mesures pour les résultats à long terme du développement

professoral, il ne faut pas banaliser pour autant les éléments d'évaluation que nous retrouvons dans les premiers niveaux de Kirkpatrick^[17]. Ainsi, il a été souligné que la satisfaction des participants n'est pas un élément négligeable^[3] ; en effet, si les participants ne sont pas convaincus de la pertinence de consacrer du temps et de l'énergie pour une formation, ils ne seront pas enclins à s'inscrire à d'autres sessions. Nous avons donc besoin que les enseignants reconnaissent la valeur des formations et les recommandent à leurs collègues. Nous renvoyons le lecteur aux travaux de Goldie^[153] pour une description des différents outils d'évaluation des programmes de formation et à ceux de Snell et al.^[154] pour une discussion sur les principes relatifs à l'évaluation des formations cliniques.

Dans l'approche développée par Kern et al.^[125], la rétroaction fait partie de la dernière des six étapes que nous avons décrites. Faire part des résultats des évaluations, tant aux participants qu'aux directions concernées, contribue à faciliter l'identification des besoins futurs, et instaurer ainsi un nouveau cycle de développement professoral. Cela peut aussi permettre d'identifier des besoins que l'on ne suspectait pas, ainsi que des aspects qu'il est nécessaire de modifier dans les programmes de formation en cours. Enfin, une institution qui a le souci de soutenir ses enseignants sera intéressée par les résultats de son investissement dans le développement professoral de son corps enseignant. Ces résultats enrichiront les mesures d'assurance de la qualité et de la responsabilité de l'institution.

Nous souhaitons conclure ce chapitre en soulignant que le choix des cadres conceptuels proposés par Kirkpatrick^[17] et Kern et al.^[125] nous ont permis d'insister sur la nécessité de développer une approche systématique dans la planification, l'implantation et l'évaluation de tout programme de développement professoral. Il faut rappeler aussi que toute activité doit répondre aux standards définis concernant les pratiques responsables^[41, 124]. Les participants doivent savoir à quoi s'attendre, s'ils veulent avoir l'impression que leur temps et leurs efforts sont utilisés à bon escient. Il est déterminant de répondre à leurs besoins, et chaque formation devrait déboucher sur un résultat concret directement applicable dans la

Tableau VIII. Impacts des besoins en pédagogie médicale sur le développement professoral de la prochaine décennie.

Tendances et forces motrices En pédagogie médicale 2010+	Quelles compétences seront requises pour les enseignants dans les écoles de médecine ?	Quels processus et quelles structures seront nécessaires ?
<p>La mondialisation, la marchandisation de la pédagogie médicale, les technologies de l'information et les soins aux patients/communautés éthiques/moraux et la sécurité conduiront à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de standards mondiaux en éducation médicale (tronc commun international pour le curriculum, les compétences, l'évaluation) • Augmentation des stages optionnels (échanges internationaux) • Curricula adaptatifs : apprentissage intégré • Curriculum centré sur le patient basé, sur l'éthique et les valeurs • Éducation interprofessionnelle • Éducation centrée sur la communauté (surtout rurale) • Populations d'étudiants et de patients diversifiées (transnationales) • Écoles de médecine virtuelles • Robotique ; réalité virtuelle • Formation de plus de généralistes, de médecins de famille, de spécialistes en santé publique • Responsabilité et agrément (nationaux et internationaux) • Standards minimaux pour les cliniciens-enseignants • Augmentation de l'enseignement des sciences médicales de base pendant les années cliniques 	<p>Compétences dans différentes communautés de pratique (ex. : clinicien-enseignant vs. pédagogue ; leaders pédagogiques)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expertise internationale, surtout de la part des évaluateurs • Spécialisation des rôles, par exemple : évaluateurs, superviseurs cliniques, spécialistes en technologies de l'information, précepteurs communautaires • Compétences en informatique • Compétence en collaboration interprofessionnelle • Sensibilité aux éléments transculturels • Professionnalisation pédagogique, humanité, bienveillance 	<p>Départements de pédagogie médicale obligatoires, avec des pédagogues spécialisés en évaluation, en développement du curriculum, en recherche, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standards pour les enseignants • Professionnalisation du rôle des enseignants et pédagogues • Échanges internationaux d'enseignants et de pédagogues professionnels • Communautés de pratique : enseignants, chercheurs, gestionnaires, etc. (c-à-d. partage du travail) • Développement professoral en lien avec la discipline

pratique de l'enseignement. Ainsi, le fait de se poser les bonnes questions, la construction d'un programme de formation qui réponde aux besoins, et la reconnaissance des participants sont quelques éléments clés pour la réussite et espérons-le, la longévité du développement professoral.

Perspectives futures pour le développement professoral

De nombreuses publications tentent de prédire le futur de la médecine et de l'éducation médicale^[1, 85, 96, 155-158]. Considérant que l'objectif global du développement professoral est de former les enseignants, superviseurs et pédagogues des futurs professionnels

de la santé, il est certainement approprié d'examiner quelques-unes des tendances qui pourraient influencer le développement professoral au cours des dix à vingt prochaines années (cf. tableau VIII). Dans une perspective « d'évolution » plutôt que de « révolution »^[156], nous croyons que trois courants méritent discussion. Ce sont ceux de l'ère électronique, de la mondialisation et de la « marchandisation » de l'éducation médicale. Un quatrième facteur aura encore à notre sens des répercussions sur le développement médical et professoral, à savoir l'emphase renouvelée de la perspective de soins de santé centrés sur le patient. Dans cette approche, les valeurs morales, l'éthique et le comportement professionnel sont aussi importants que le développement des connaissances et des habiletés.

Encadré 6. L'avenir de l'éducation médicale n'est plus fait de sang et d'entrailles, mais de toile et d'octets

« ...d'ici dix ans, nous choisirons, formerons, certifierons, remédierons, recertifierons les médecins et chirurgiens en utilisant la simulation, la réalité virtuelle, la formation en ligne. Les médecins du futur seront capables de répéter une opération sur un hologramme palpable dérivé des données spécifiques du patient et fournir les données informatiques de cette opération pour l'assistance robotique le lendemain ».

Gorman et al. (2000)^[158]

L'ère électronique, la mondialisation et la « marchandisation » de l'éducation médicale

Les technologies de l'information, la simulation et la réalité virtuelle font déjà partie de la médecine et de l'éducation médicale, et continueront de faire avancer la pratique médicale au cours du 21^e siècle^[1, 22, 96, 158]. Gorman et al.^[158] voient le futur de leur discipline (la chirurgie) non plus comme « *sang et entrailles, mais comme toile et octets* » (« *no longer blood and guts, but bits and bytes* ») (cf. encadré 6).

L'arrivée des technologies de l'information et de la communication (TIC) a permis la réalisation de l'école de médecine virtuelle, chose que l'on aurait crue révolutionnaire il y a à peine 10 ans. L'école de médecine virtuelle internationale (IVIMEDS) est née des travaux de Ronald Harden^[159]. Le développement des ressources pour cette école virtuelle implique la collaboration d'environ 40 écoles de médecine, provenant de plus d'une douzaine de pays. Outre qu'elle offre un apprentissage sur mesure et en temps opportun, cette école de médecine est une approche internationale de la formation en ligne, une véritable communauté mondiale !

L'éducation médicale, tout comme la santé, devient de plus en plus une occasion de commercer. Les étudiants étrangers payant des frais de scolarité représentent près de 15 % des étudiants en médecine de la Grande-Bretagne et 40 % dans certaines universités australiennes^[160]. La marchandisation et l'internationalisation de l'éducation médicale ont été favorisées par la formation en ligne et la formation à distance. Nous prédisons qu'il y aura prolifération des écoles médicales virtuelles au cours de la prochaine décennie, permettant des occasions d'apprentissage

continu et flexible, ainsi que des expériences de simulations répondant ainsi aux besoins d'une communauté internationale d'étudiants. Cette mondialisation nécessite des enseignants et des responsables de développement professoral internationaux, de même qu'elle exige une composante internationale dans tout curriculum^[155]. L'effet combiné de ces facteurs devrait augmenter l'exigence de responsabilité et la nécessité de rendre des comptes. L'agrément des institutions et de leur personnel enseignant se fera par des organismes nationaux et internationaux.

Dans la littérature en éducation médicale, les termes « mondial » et « international » sont maintenant remplacés par « transnational ». L'éducation transnationale est définie comme étant « l'intersection d'étudiants internationaux, d'enseignants internationaux et d'un curriculum international adapté aux besoins locaux »^[96], alors que la « compétence transnationale » fait référence à la formation médicale qui traite de la santé dans le contexte de la migration mondiale^[162]. Puisque l'éducation médicale transnationale (menant à la compétence transnationale) doit former et fournir des étudiants internationaux, le curriculum doit combler les besoins locaux et internationaux en santé^[94, 155]. Les standards mondiaux minimaux et les compétences en éducation médicale, tels que recommandés par la *World Federation for Medical Education*^[74] et l'*International Institute for Medical Education*^[82, 84] (IIME), en réponse à la prolifération mondiale des écoles de médecine, deviennent alors pertinents.

Les standards mondiaux devraient aussi s'appliquer aux pédagogues en médecine^[86], puisque le personnel en éducation médicale devient de plus en plus spécialisé (par exemple, en évaluation,

développement du curriculum ou recherche)^[1, 106]. Purcell and Lloyd-Jones^[86] ont évalué deux modèles possibles concernant des standards pour les enseignants médicaux : un modèle basé sur les compétences^[95, 128] et un modèle fondé sur l'érudition^[60]. Les responsables de développement professoral peuvent trouver ces modèles utiles à la conception de certains aspects du développement du personnel enseignant.

Envisageant une école de médecine en 2020, Benor^[1] entrevoyait trois types d'enseignants : des experts de contenu, des évaluateurs et des mentors. Ces prédictions se sont-elles matérialisées près d'une décennie plus tard ? (Nous renvoyons le lecteur au tableau IX). Benor a vu juste sur plusieurs aspects. En ce qui concerne les experts de contenu, les connaissances cliniques seront toujours nécessaires en médecine, alimentées par les préoccupations sur la sécurité des patients, les poursuites contentieuses et la responsabilité^[161]. Le second type d'enseignant est l'évaluateur professionnel. Il est bien connu que l'évaluation sera toujours un sujet « sensible » dans le cadre de n'importe quel programme d'éducation médicale^[163]. Nous croyons que l'évaluation répondra bientôt à des standards mondiaux.

Rennie^[157] a commenté le futur de l'éducation médicale et des étudiants en médecine en 2020, en postulant que l'éducation médicale s'efforcera toujours de produire des praticiens bienveillants et sensibles. Ces appels à une approche davantage centrée sur le patient et à un curriculum basé sur des valeurs éthiques, entendus dans les allées des écoles de médecine pendant plusieurs années, deviennent de plus en plus pressants^[164-168]. Bien que la compassion ait toujours été défendue comme le thème central des soins de la santé, elle n'a pas toujours été au cœur de l'éducation médicale. Le fossé grandissant concernant le fardeau de la maladie et l'accès aux soins de santé, respectivement entre les pays riches et ceux en développement, requiert des cliniciens-enseignants compétents et connaisseurs des principes de soins humains^[164, 166, 167]. Considérant les injustices sociales mondiales, la pauvreté et la violation des droits de la personne, la prédiction de Benor^[1] postulant que les étudiants d'aujourd'hui auront besoin de beaucoup de guidance morale pour devenir les

médecins de demain n'a jamais paru si vraie. Mais plutôt que de tenter d'identifier des guides moraux spécialisés, chaque clinicien-enseignant devrait être un modèle de rôle professionnel, un modèle que les étudiants souhaiteraient imiter.

Quelles sont les implications pour les facultés de médecine ?

La responsabilité, l'agrément, les avancées technologiques, la mondialisation et la marchandisation sont quelques-uns des facteurs qui seront les déterminants de la qualité de la médecine académique. Le défi, pour les responsables du développement professoral, est de mieux gérer les besoins perçus par les gestionnaires, les besoins exprimés par les enseignants et les réels besoins de soins de la société. C'est aux doyens des facultés de médecine qu'incombe la responsabilité d'assurer des bénéfices pour les patients et les communautés, par une éducation médicale de première qualité. Pour ce faire, il faut des enseignants et des superviseurs cliniques de haut niveau. Et pour développer une communauté de professionnels et des modèles de rôle dédiés, il est nécessaire d'investir dans leur formation à l'aide d'un programme de développement professoral continu et adapté. Toutefois, le succès et la pérennité reposent tous deux sur la valeur accordée à l'enseignement par les différentes instances décisionnelles.

En 2007, Williams et al.^[98] ont proposé des éléments de réponse afin de résoudre l'éternel problème de la reconnaissance et de la rétribution de l'enseignement :

*« ... La difficulté de soutenir les effets des programmes de développement professoraux est reliée au fait qu'un enseignement de qualité n'est qu'indirectement associé au revenu, contrairement aux activités cliniques ou de recherche. Puisqu'il est peu probable que l'enseignement de qualité soit directement associé à un revenu institutionnel dans un avenir prévisible, nous devons chercher des modèles alternatifs pour améliorer et soutenir cet enseignement. L'un d'eux est le modèle **règlementaire**, par lequel les habiletés pédagogiques sont régulièrement mises à jour de la même manière que les habiletés*

Tableau IX. Prédications de Benor^[1] (2000) sur les enseignants de 2020. Ses prédictions se sont-elles réalisées ? Délibérations des auteurs du guide.

Type (rôle) de l'enseignant	Où en sommes-nous actuellement ?	Défis du développement professoral
Expert de contenu : professionnels respectés dans leur champ d'expertise, reconnus, chevronnés, efficaces	Des cliniciens et scientifiques médicaux experts seront toujours requis en pédagogie médicale. La sécurité des patients exige cette expertise. L'imputabilité sous-tend ce rôle	Des cliniciens-enseignants et des pédagogues qui ont une approche centrée sur le patient et qui valorisent des standards moraux élevés
Expert de contenu : fournit aux étudiants des occasions d'apprentissage, les guidant vers les ressources appropriées plutôt que de leur donner l'information	<ul style="list-style-type: none"> • La valeur de l'approche centrée sur l'apprenant est reconnue depuis au moins deux décennies. Les connaissances sont encore à la base de la médecine, mais il est reconnu que la façon dont les connaissances sont utilisées est plus importante encore. • Étant donnée l'explosion des connaissances, les habiletés transférables sont requises 	<ul style="list-style-type: none"> • L'enseignant expert doit avoir une conception <i>transformative</i> de l'enseignement et de l'apprentissage • L'enseignant doit être capable de développer les habiletés de base de l'apprenant
Évaluateur : utilise une variété de méthodes d'évaluation sophistiquées (pour l'assurance qualité)	Les compétences (connaissances, habiletés, attitudes) en pédagogie médicale ont mené au développement d'outils d'évaluation quantitative (QCM, ECOS) et d'évaluation qualitative (portfolios, incidents critiques, journal réflexif) pour une évaluation à 360°. Le développement se poursuit, par exemple : simulations, réalité virtuelle, évaluation basée sur la performance.	L'imputabilité envers différentes instances décisionnelles peut rendre nécessaire l'agrément en terme d'enseignement. Standards minimaux internationaux pour les enseignants
Mentor : guide le développement éthique et émotionnel de l'apprenant	Compassion, honnêteté, bienveillance, intégrité et engagement au développement professionnel seront toujours des traits recherchés dans la profession (Rennie, 2000) ^[157] . Les modèles de rôle et le mentorat sont essentiels à ce développement chez l'apprenant	Les standards et compétences internationaux nécessitent des évaluateurs professionnels et internationaux (Stern et al., 2003) ^[84] <ul style="list-style-type: none"> • Modèle de rôle par tous les enseignants • Amélioration des centres de conseils et de guidance sur la carrière

cliniques le sont par la formation médicale continue. Le second est un modèle basé sur la qualité, dans lequel les institutions sont en compétition pour engager un enseignant, selon des mesures validées de qualité de l'enseignement. Ces modèles et d'autres devraient être étudiés et testés dans de futurs programmes de développement professoral ».

En tant que responsables de développement professoral, nous pourrions considérer actuellement le modèle réglementaire comme un minimum. Ceci correspond probablement au *statu quo* en regard des exigences de responsabilité et d'agrément. Mais, dans l'intérêt de l'apprentissage, il serait nécessaire de promouvoir un modèle basé sur la qualité. Nous pourrions faciliter cela en encourageant un

changement de culture institutionnelle, de manière à ce que l'enseignement soit récompensé et que le développement de l'expertise académique en pédagogie soit reconnue au même titre que celle en recherche ou que la pratique.

Ceci nous amène à une question : devrait-il y avoir des exigences minimales et des standards de pratique pour les cliniciens-enseignants et les pédagogues ? Si les facultés de médecine doivent produire des professionnels de la santé qui peuvent donner des soins exemplaires dans un monde nouveau, changeant, multiculturel et technologique, les apprenants doivent être exposés à des expériences d'enseignement et d'apprentissage de qualité. Les institutions ont donc une responsabilité sociale de développer un cadre conceptuel qui valorise explicitement la professionnalisation des enseignants et des pédagogues. Cela peut impliquer la planification individuelle de la carrière de chacun des enseignants, de façon à permettre à ceux qui ont de réelles habiletés et la motivation nécessaire de devenir pédagogues ou experts en éducation, alors que d'autres deviendront chercheurs, cliniciens ou gestionnaires. Nous croyons qu'un minimum d'exigences face à la pratique professionnelle de l'enseignement médical, de l'éducation et de la gestion est obligatoire. Dans un avenir pas très éloigné, cette professionnalisation sera guidée par les exigences de responsabilité et d'agrément.

De notre point de vue, les éléments suivants devraient faire partie des exigences minimales envers la pratique professionnelle de l'enseignement :

- Le développement professoral devrait être une partie intégrante de la mission de toute école de médecine, de façon à ce que les doyens et les gestionnaires ne puissent ignorer les questions d'assurance qualité et de responsabilité sociale.
- La culture institutionnelle doit reconnaître et récompenser l'excellence dans l'enseignement et l'expertise pédagogique de façon égale à la recherche et aux services cliniques.
- Il devrait y avoir une préparation formelle pour quiconque enseigne à nos étudiants. Des compétences en enseignement devraient être obligatoires pour une nomination ou la promotion de ceux qui s'engagent dans la filière enseignante. Des arrangements devraient être faits pour le développement

professoral initial et continu pour tous les membres du corps enseignant.

Ainsi que le souligne un extrait de « Tomorrow's Doctor »^[28] :

« ... On peut s'efforcer de former des médecins capables d'adaptation et de changement, ayant un esprit à même de comprendre de nouvelles idées et de nouveaux développements et possédant une attitude face à l'apprentissage qui inspire la poursuite du processus éducationnel durant toute la vie professionnelle ». Ces quelques lignes nous rappellent la nécessité de former les praticiens de demain à être des apprenants flexibles durant toute la vie.

Il y a plus de 40 ans, Rogers^[170] exprimait la même opinion :

« La seule personne qui est éduquée est la personne qui a appris à apprendre ; la personne qui a appris à s'adapter et à changer ; la personne qui a réalisé qu'aucun savoir n'est certain, que seul le processus de recherche du savoir donne une base de sécurité ».

Quelles conclusions pouvons-nous dégager ?

Au début de ce guide, nous avons statué que le développement professoral n'était pas une tâche facile. Après avoir recensé la littérature produite sur le sujet pendant une période de plus de quarante ans, notre constat est toujours le même. Nous sommes bien loin de pouvoir proposer un seul et unique modèle de développement professoral, dans la mesure où il n'existe pas de modèle qui « marche à tous les coups »... Chaque établissement a en effet besoin de développer son modèle en fonction de son contexte particulier. Nous espérons cependant avoir proposé une approche rigoureuse, en présentant différents cadres conceptuels qui permettront aux responsables de développement professoral, aux gestionnaires et aux leaders de la faculté responsables d'assurer la qualité de l'éducation médicale, de développer et d'implanter des programmes de formation professorale. Nous espérons également les avoir orientés vers des processus favorisant un développement professoral au long cours, efficace et couronné de succès.

Les propos de Gibbs^[171] s'appliquent particulièrement à ce sujet : « *Nous ne pouvons pas nous permettre de continuer à réinventer la roue... Nous avons besoin de l'adapter au changement et à notre réel environnement. Nous avons besoin de développer des programmes qui ne soient pas tributaires d'une stabilité illusoire... Mais capables de s'adapter au changement* ».

En conclusion, le développement professoral d'aujourd'hui et de demain devrait :

- être systématiquement planifié et implanté, avec des résultats réalistes, réalisables et mesurables, qui soient pertinents en regard de la tâche. Ceci requiert des objectifs de développement et des critères de performance mesurables qui sont définis tôt dans le processus de planification.
- Inclure des praticiens issus de différents contextes cliniques, tels que la communauté et les autres professions de la santé.
- Être orienté sur la tâche, avec la possibilité de mise en œuvre immédiate.
- Être conçu de façon à répondre aux besoins de l'établissement, des disciplines et des enseignants, ceci incluant les pédagogues et les leaders. Ces besoins peuvent devenir plus spécialisés (par exemple, pour des évaluateurs internationaux) au fur et à mesure que l'éducation médicale devient mondiale et transnationale.
- Promouvoir tant le développement professionnel que personnel, ce qui requiert alors des interventions régulières dans une perspective à long terme.
- Inclure des activités multidisciplinaires et des formations en groupe, afin de promouvoir la collégialité et de créer des communautés de pratique, tant dans l'enseignement, dans la recherche en éducation médicale, que dans la gestion.
- Être étayé par des théories et des principes pédagogiques (par exemples, des principes d'apprentissage-auto-dirigé, interactif, en contexte réel)
- Être souple afin de s'adapter aux changements que nécessitent les soins de la santé et aux innovations en éducation médicale (par exemple, la formation en ligne, etc.)
- Prendre connaissance de la mondialisation et des besoins de se référer à la fois à des compétences de

base et à des standards internationaux,

- Développer la collaboration entre disciplines liées à l'éducation médicale. Si l'on considère la tendance actuelle, et par conséquent l'attention portée sur les équipes de travail multidisciplinaires, la perspective d'un développement professoral interprofessionnel devient impérative.

Dans les établissements où la formation à l'enseignement ne dispose pas de la même reconnaissance que la recherche ou les soins cliniques, la participation au développement professoral requiert alors des encouragements. Une stratégie potentielle pour favoriser la participation peut être de rappeler la responsabilité morale des facultés en soulignant la nécessité de répondre aux besoins des apprenants^[37]; une autre peut être de procurer des crédits de formation^[98]. Par chance, si l'on considère la tendance actuelle à la professionnalisation des pratiques d'enseignement^[34], de même que la responsabilité des facultés quant aux résultats^[40,74], les établissements n'auront pas d'autre choix que de reconnaître la valeur académique et pédagogique de leurs membres, et d'investir dans leur développement personnel et professionnel.

Nous souhaitons terminer ce guide en soulignant notre accord sans réserve avec la position de Brown^[71] qui déclare que « *l'enseignement dans la formation académique est trop important pour qu'on le laisse au hasard* ». Nous sommes à un moment clé en éducation médicale et, dans cette perspective, un développement professoral qui veille à la promotion de la professionnalisation de l'enseignement doit être un élément essentiel dans chaque milieu de formation médicale.

Note sur les auteurs

Michelle McLean est actuellement professeur en éducation médicale à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Émirats Arabes Unis, où elle est impliquée dans le développement professoral et l'évaluation. Sa carrière en éducation médicale a débuté en 1987 quand elle a rejoint la Faculté de médecine (qui deviendra plus tard l'École de médecine Nelson Mandela), à l'Université de

KwaZulu-Natal, Afrique du Sud, en tant que professeur d'histologie dans le département de physiologie. Elle s'intéresse à la formation médicale lorsque la faculté commence la mise en œuvre des modules d'apprentissage par problèmes. En juillet 2006, elle a rejoint la Faculté de médecine et des sciences de la santé, aux Emirats Arabes Unis. Son thème de recherche actuel concerne les compétences transférables impliquées dans le développement de l'apprentissage tout au long de la vie, et le rôle des femmes dans l'avenir de la pratique médicale.

Francois Cilliers est directeur adjoint du Centre pour l'enseignement et l'apprentissage à l'Université de Stellenbosch, en Afrique du Sud. Il était précédemment responsable du développement du corps professoral de la Faculté des sciences de la santé de cette université. Il a été impliqué au premier plan dans le récent réaménagement de la *South African Association of Health Professions Education* (SAAHE). Il est également membre de l'organisation FAIMER.

Jacqueline M. van Wyk est pédagogue, responsable du développement et de l'évaluation à l'École de médecine Nelson Mandela, à l'Université du KwaZulu-Natal (Durban, Afrique du Sud). Elle s'est impliquée en éducation médicale après avoir exercé des fonctions d'enseignante en sciences. Elle a rejoint la faculté de médecine en 2000 en tant que consultante en éducation. Elle a siégé dans des comités qui ont coordonné, dirigé et surveillé divers aspects du nouveau programme médical, alors qu'elle est également impliquée dans le développement du personnel et dans la démarche d'assurance qualité du programme de premier cycle. Elle coordonne actuellement les activités universitaires de la cohorte de deuxième année. Ses thèmes de recherche incluent l'enseignement et l'apprentissage du personnel et des étudiants et les aspects liés aux choix de carrière des diplômés dans les pays en développement. Elle est membre de l'organisation FAIMER et a été impliquée dans le lancement de l'Institut régional FAIMER en Afrique du Sud.

Références

1. Benor D. Faculty development, teacher training and teacher accreditation in medical education: twenty years from now. *Med Teach* 2000;22:503-512
2. Guskey TR. What makes professional development effective? *Phi Delta Kappan* 2003;84:748-50.
3. Steinert Y. *Staff development in: A Practical Guide for Medical Teacher*, London : Elsevier Churchill Livingstone, 2005.
4. Bland C & Stritter F. Characteristics of an effective family medicine faculty development program. *Fam Med* 1988;20:282-8.
5. Hitchcock MA, Stritter FT & Bland CJ. Faculty development in the health professions: conclusions and recommendations. *Med Teach* 1993;14:295-309.
6. Wilkerson L & Irby DM. Strategies for improving teaching practices: a comprehensive approach to faculty development. *Acad Med* 1998;73:387-96.
7. Steinert Y. Faculty development in the new milenium: key challenges and future directions. *Med Teach* 2000;22:44-50.
8. Steinert Y, Nasmith L, McLeod P & Conochie L. A teaching scholarsprogram to develop leaders in medical education. *Acad Med* 2003;78:142-9.
9. Harris DL, Krause KC, Parish DC & Smith MU. Academic competencies for medical faculty. *Fam Med* 2007;39:343-50.
10. Sheets KJ & Schwenk TL. Faculty development for family medicine educators: an agenda for future activities. *Teach Learn Med* 1990;2:141-8.
11. Gaff JC. *Towards Faculty Renewal*. San Francisco: Jossey-Bass, 1975.
12. Centra J. *Faculty Development Practices in US Colleges and Universities*. Princeton: Educational Testing Service, 1976.
13. Stritter FT. Faculty evaluation and development. In: CH Mcguire, RFA Gorr & RW Richards (Eds.) *Handbook of Health Professions Education*. San Francisco: Jossey-Bass, 1983.

14. Bland C & Schmitz C. Characteristics of the successful researcher and implications for faculty development. *J Med Educ* 1986;61:22-31.
15. Bland C & Schmitz C. Faculty renewal: Concepts, strategies and lessons from the past twenty years. In: Wheeler JSD (Ed.) *Enhancing Faculty Careers: Strategies for Renewal*. San Francisco: Jossey Bass, 1988.
16. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M & Prideaux D. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education. *BEME Guide No 8. Med Teach* 2006;28:497-526.
17. Kirkpatrick DL. *Evaluating training programs: the four levels*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 1994.
18. Entwistle NJ & Ramsden P. *Understanding student learning*. London: Croom Helm, 1983.
19. Harden RM, Crosby JR & Davis MH. AMEE Guide No. 14: Outcomes-Based Education: Part 1 – An introduction to outcome-based education. *Med Teach* 1999;21:7-14.
20. Carraccio C, Wolfsthal S, Englander R, Ferentz K & Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med* 2002;77:361-7.
21. Simpson JG, Furnace J, Crosby J, Cumming AD, Evans PA & Friedman Ben-David M. The Scottish Doctor – Learning Outcomes For The Medical Undergraduate In Scotland: A foundation for competent and reflective practitioners. *Med Teach* 2002; 24:136-43.
22. Harden R & Crosby J. The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. *AMEE Guide N° 20. Med Teach* 2000;22:334-7.
23. Hesketh EA, Bagnall G, Buckley EG, Friedman M, Goodall E, Harden RM, Laidlaw J. M, Leighton-Beck L, Mckinley P, Newton R & Oughton R. A Framework For Developing Excellence As A Clinical Educator. *Med Educ* 2001;35:555-64.
24. Harden RM. Stress, pressure and burnout in teachers: is the swan exhausted ? *Med Teach* 1999;21:245-7.
25. Tedesco L, Martin M, Banday N, Clarke M, Dechamplain R, Fazekas A, Giuliani M, Guglielmotti MB, Kotowic W, Martinez C, Nakata M, Robinson Pj, Radnai M, Saporito R, Stenvik A & Tansay M. 3.1 Scholarship and the university. *Eur J Dent Educ* 2002;6(Suppl. 3):86-96.
26. Leinster SJ. Medical education in the real world. *Med Educ* 2003;37: 397-398.
27. Sheets KJ & Schwenk TL. Faculty development for family medicine educators: an agenda for future activities. *Teach Learn Med* 1990;2:141-8.
28. General Medical Council. *Tomorrow's Doctors Recommendations on undergraduate medical education*. London, GMC, 1993.
29. Bligh J, Prideaux D & Parsell G. Prisms: new educational strategies for medical education. *Med Educ* 2001;35:520-1.
30. Irby DM & Wilkerson L. Educational Innovations In Academic Medicine And Environmental Trends. *J Gen Intern Med* 2003;18:370-6.
31. Clark JM, Houston TK, Kolodner K, Branch WT, Levine RB & Kern DE. National survey of faculty development in departments of medicine of US teaching hospitals. *J Gen Intern Med* 2004;19:205-14.
32. Houston TK, Ferenchick GS, Clark JM, Bowen JL, Branch WT, Alguire P, Esham RH, Clayton CP & Kern DE. Comparing community-based and hospital-based internal medicine teachers. *J Gen Intern Med* 2004;19:375-9.
33. Holman H. Chronic disease: the need for a new clinical education. *JAMA* 2004;292:1057-9.
34. Eitel F, Kanz K & Tesche A. Training and certification of teachers and trainers: the professionalization of medical education. *Med Teach* 2000;22:517-6.
35. Skeff KM, Stratos GA, Mygdal WK, Dewitt TG, Manfred LM, Quirk ME, Roberts KB, Greenberg LW. Clinical teaching improvement: past and future for faculty development. *Fam Med* 1997;29:252-7.
36. Skeff K, Stratos GA, Mygdal WK, Dewitt TA, Manfred L, Quirk M, Roberts K, Greenberg L & Bland CJ. Faculty development. A resource for clinical teachers. *J Gen Intern Med* 1997;12:S56-S63.
37. Hill F & Stephens C. Negotiating strategic direction for education staff development: the Southampton experience. *Med Teach* 2004;26:645-9.
38. Wilkerson L & Irby DM. Strategies for improving teaching practices: a comprehensive approach to faculty development. *Acad Med* 1998;73:387-6.
39. Prebble T, Hargraves H, Leach L, Naidoo K, Suddaby G & Zepke N. Impact of student support services and academic development programmes on student outcomes in undergraduate tertiary study: a synthesis of

- the research. New Zealand Ministry Of Education, 2004
40. Skeff K, Stratos G & Mount J. Faculty development: a field in evolution. *Teaching And Teacher Education* 2007;23:280-5.
 41. Otto AK, Novielli K & Morahan PS. Implementing the logic model for measuring the value of faculty affairs activities. *Acad Med* 2006;81:280-5.
 42. Glassick CE. Boyer's expanded definitions of scholarship, the standards for assessing scholarship, and the elusiveness of the scholarship of teaching. *Acad Med* 2000;75:877-90.
 43. Glassick CE, Huber MT & Maeroff G. Scholarship assessed: evaluation of the professoriate. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
 44. Cook DA, Beckman T & Bordage G. Quality of reporting of experimental studies in medical education: a systematic review. *Med Educ* 2007;41:737-5.
 45. Parsell G & Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning. *Med Educ* 1999;33:95-100.
 46. Pololi LH & Frankel RM. Humanising medical education through faculty development: linking self-awareness and teaching skills. *Med Educ* 2005;39:154-2.
 47. Knight AM, Carrese JA & Wright SM. Qualitative assessment of the long-term impact of a faculty development programme in teaching skills. *Med Educ* 2007;41:592-600.
 48. Gruppen LD, Simpson D, Searle NS, Robins L, Irby DM & Mullan PB. Educational fellowship programs: common themes and overarching issues. *Acad Med* 2006;81:990-4.
 49. Waldman JD, Kelly F, Arora S & Smith HL. The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Manage Rev* 2004;29:2-7.
 50. Whitcomb M. The medical school's faculty is its most important asset. *Acad Med* 2003;78:117-8.
 51. Riley J. The process of developing as an educator. London: King's Centre Fund, 1993.
 52. Higgs J & Mcallister L. Educating clinical educators: using a model of the experience of being a clinical educator. *Med Teach* 2007;29:E51-E57.
 53. Higgs J & Mcallister L. Being a clinical educator. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2007;12:187-99.
 54. Trigwell K. Increasing faculty understanding of teaching. In: WA Wright (Ed.) *Teaching Improvement Practices: Successful Strategies For Higher Education*. Bolton: Anker Publishing Co., 1995
 55. Kember D. A reconceptualisation of research into university academic conceptions of teaching. *Learning And Instruction* 1997;7: 255-75.
 56. Prosser M & Trigwell K. Relations between perceptions of the teaching environment and approaches to teaching. *Br J Educ Psychol* 1997;67:25-35.
 57. Lueddeke GR. Professionalising teaching practice in higher education: a study of disciplinary variation and 'teaching-scholarship'. *Studies In Higher Education* 2003;28:213-28.
 58. Richardson JTE. Students' approaches to learning and teachers' approaches to teaching in higher education. *Educational Psychology* 2005;25:673-8.
 59. Norton L, Richardson JTE, Hartley J, Newstead S & Mayes J. Teachers' beliefs and intentions concerning teaching in higher education. *Higher Education* 2005;50:537-71.
 60. Fincher RE & Work JA. Perspectives on the scholarship of teaching. *Med Educ* 2006;40:293-5.
 61. Cohen R, Murnaghan L, Collins J & Pratt D. An update on master's degree in medical education. *Med Teach* 2005;27:686-92.
 62. Rogers J. Aspiring to leadership – identifying teacher-leaders. *Med Teach* 2005;27:629-33.
 63. Weimer M & Lenze LF. Instructional interventions: A review of the literature on efforts to improve instruction. In: KR Perry & CJ Smart (Eds.). *Effective Teaching in Higher Education: Research and Practice*: New York: Agathon Press. 1997:205-40
 64. Pololi LH, Knight SM, Dennis K & Frankel RM. Helping medical school faculty realize their dreams: an innovative, collaborative mentoring program. *Acad Med* 2002;77:377-84.
 65. Steinert Y. Staff development. In: JA Dent & RM Harden (Eds.) *A Practical Guide for Medical Teacher*: 390-399. London: Elsevier, Churchill Livingstone, 2005.
 66. Ramani S. Twelve tips to promote excellence in medical teaching. *Med Teach* 2006;28:19-23.
 67. Burdick W, Page S, Morahan P & Norcini J. Slowing the brain drain: FAIMER education programs. *Med Teach* 2006;28:631-4.
 68. Bland C & Stritter F. Characteristics of an effective family medicine faculty development program. *Fam Med* 1988;20:282-8

69. Bligh J. Faculty development. *Med Educ* 2005;39:120-1.
70. Boelen C. Adapting health care institutions and medical schools to societies needs. *Acad Med* 1999;74:S11-S20.
71. Brown S. The institute for Learning and Teaching and UK approaches to accrediting teaching: looking to the future. *Med Teach* 2000;22:513-6.
72. Dearn J. The role and impact of faculty development on learning and teaching outcomes in Higher Education. *Educational Developments*, 6. 2005 [On-line] Disponible sur : <http://www.mcmaster.ca/stlhe/3M.council/John%20Dearn.pdf>
73. Fry H. Professional development for teaching in Higher Education: a Briefaccount of the evolution of accredited programmes in the UK. *Zeitschrift für Hochschulentwicklung* 2006;1:1-13.
74. World Federation For Medical Education. Basic Medical Education. Global Standards for Quality Improvement. Denmark: University of Copenhagen, 2003
75. Health Professions Council Of South Africa. Standards for the Accreditation of Undergraduate Medical Education in South Africa. Pretoria: HPCSA, 2004.
76. Standing Committee On Postgraduate Medical Education. Teaching Hospital Doctors and Dentists to Teach: Its Role in Creating a Better Learning Environment. SCOPME report. London: SCOPME, 1992.
77. Dearing R. Higher Education in the Learning Society: National Committee of Inquiry into Higher Education. Norwich, HM Stationery Office, 1997
78. Higher Education Academy. Guidance for institutions and practitioners on the implications of the professional standards framework for accreditation and for their accredited programmes. New York: HEA, 2006.
79. Association Of American Medical Colleges. Educating Doctors to Provide High Quality Medical Care. Report of the Ad Hoc Committee of Deans. Washington: AAMC, 2004.
80. Viggiano TR, Shub C & Giere RW. The Mayo Clinic's clinician-educator award. *Acad Med* 2000;75:940-3.
81. Skelton AM. Promoting 'teaching excellence' through fellowship schemes: three important issues to consider. *Med Educ* 2003;37:188-9.
82. Hamilton JD. International standards of medical education: a global responsibility. *Med Teach* 2000;22:547-8.
83. Lilley PM & Harden RM. Standards and medical education. *Med Teach* 2003;25:349-51.
84. Stern DT, Wojtczak A & Schwarz MR. The assessment of global minimum essential requirements in medical education. *Med Teach* 2003;25:589-95.
85. Karle H. Global standards and accreditation in medical education: a view from the WFME. *Acad Med* 2006;81:S43-S48.
86. Purcell N & Lloyd-Jones G Standards for medical educators. *Med Educ* 2003;37:149-54.
87. Smith KL, Petersen DJ, Soriano R, Friedman E & Bensinger LD. Training tomorrow's teachers today: a national medical student teaching and leadership retreat. *Medical Teach* 2007;29:328-34
88. Healey M. Developing the scholarship of teaching in Higher Education: a discipline-based approach. *Higher Education Research and Development* 2000;19:169-89.
89. Knight PT & Trowler PR. Department-level cultures and the improvement of learning and teaching. *Studies in Higher Education*, 2000;25:69-83.
90. Simpson D, Marcdante K, Morzinski J, Meurer L, Mclaughlin C, Lamb G, Janik T & Currey L. Medical education fellowships - fifteen years of aligning faculty development with primary care clinician-educator roles and academic advancement at the Medical College of Wisconsin. *Acad Med* 2006;81: 945-53.
91. Gale R & Grant J. AMEE Medical Education Guide No. 10: Managing change in a medical context: guidelines for action. *Med Teach* 1997;19:239-49.
92. Bland CJ, Starnaman S, Wersal L, Moorhead-Rosenberg L, Zonia S & Henry R. Curricular change in medical schools: How to succeed, *Acad Med* 2000;75:575-594.
93. Boucher BA, Chyka PJ, Fitzgerald WL, Hak LJ, Miller DD, Parker RB, Phelps SJ, Wood GC & Gourley DR. A comprehensive approach to faculty development. *Am J Pharm Educ* 2006;70:1-6.
94. Boyer E. *Scholarship Reconsidered: Priorities for the Professoriate*. Princeton: Princeton University, 1990.
95. Skeff KM, Stratos GA, Bergen M, Sampson K. & Deutsch S. Regional teaching improvement programs for community-based teachers. *Am J Med* 1999;106:76-80.

96. Harden RM International medical education and future directions: a global perspective. *Acad Med* 2006;81:S22-S29.
97. Lueddeke GR. Professionalising teaching practice in Higher Education: a study of disciplinary variation and 'teaching-scholarship'. *Studies in Higher Education* 2003;28:213-28.
98. Williams BC, Weber V, Babbott SF, Kirk LM, Heflim MT, O'Toole E, Schapira MM, Eckstrom E, Tulsy A, Wolf AM & Landefeld S. Faculty development for the 21st century: lessons from the Society of General Internal Medicine-Hartford Collaborative Centers for the Care of Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:941-47.
99. Cohen PA Student ratings of instruction and student achievement: a metaanalysis of multisection validity studies. *Review of Educational Research* 1981;51: 281-309.
100. Ramsden P, Margetson D, Martin E & Clarke S. *Recognising and Rewarding Good Teaching*. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1995.
101. Murray K & MacDonald R. The disjunction between lecturers' conceptions of teaching and their claimed teaching practice. *Higher Education* 1997;33:331-49.
102. Devlin M. Challenging accepted wisdom about the place of conceptions of teaching in university teaching improvement. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education* 2006;18: 112-9.
103. Taylor EW, Tisdell EJ & Gusic ME. Teaching beliefs of medical educators: perspectives on clinical teaching in pediatricians. *Med Teach* 2007;24:371-6.
104. Prosser M & Trigwell K. *Understanding Learning and Teaching: The Experience in Higher Education*. Buckingham: Open University Press, 1999
105. Dunkin MJ. Assessing teachers' effectiveness. *Issues In Educational Research* 1997;7:37-51.
106. Davis MH, Karunathilake I & Harden RM AMEE Education Guide No. 28: The development and role of departments of medical education. *Med Teach* 2005;27:665-75.
107. Bland CJ & Schmitz CC. Faculty renewal: Concepts, strategies and lessons from the past twenty years. In: JH Schuster & DW Wheeler (Eds.) *Enhancing Faculty Careers: Strategies for Renewal*. San Francisco: Jossey Bass, 1988.
108. Tian JT, Atkinson NL, Portnoy B & Gold RS A systematic review of evaluation in formal continuing medical education. *J Contin Educ Health Prof* 2007;27:16-27.
109. Freeth D, Hammick M, Koppel I, Reeves S & Barr H. *A Critical Review of Evaluations of Interprofessional Education*. London: LTSN Health Sciences and Practice. 2002 [On-line] sur : <http://www.health.heacademy.ac.uk/publications/occasional-paper/occasionalpaper02.pdf>
110. Pritchard L. Changing course. *Med Educ* 2004; 38:582-6.
111. Cooke M, Irby DM, Sullivan W & Ludmerer KM American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *N Engl J Med* 2006;355:1339-44.
112. Rust G, Taylor V, Herbert-Carter J, Smith Qt, Earles K & Kondwani K. The Morehouse faculty development program: evolving methods and 10-year outcomes. *Fam Med* 2006;38:43-9.
113. Kaufman DM, Hodder I & Ryan K. A study of the educationally influential physician. *J Contin Educ Health Prof* 1999;19:152-62.
114. Wong JG & Agisheva K. Developing teaching skills for medical educators in Russia: a cross-cultural faculty development project. *Med Educ* 41:318-24.
115. Kent A & Gibbs T Health science in South Africa. *Med Educ* 2004;38:119-24.
116. Bandaranayake RC. Implementing change in medical education in developing countries. *Med Teach* 1989;11:39-45.
117. Bernstein P, Tipping J, Bercovitz K & Skinner H. Shifting students and faculty to a PBL curriculum: attitudes changed and lessons learned. *Acad Med* 1995;70:245-7.
118. Eckhert N. The global pipeline - to, narrow, too wide or just right. *Med Educ* 2002;36:606-13.
119. Fullan M. *Probing the Depths of Educational Reform*. London: Routledge Falmer, 1993.
120. Farmer EA. Faculty development for problem-based learning. *European Journal of Dental Education* 2004;8:59-66.
121. Gale R & Grant J. AMEE Medical Education Guide No. 10: Managing change in a medical context: guidelines for action. *Medical Teacher* 1997; 9:239-49.

122. Bascia N & Hargreaves A. *The Sharp Edge of Educational Change: Teaching Leading and the Realities of Reform*. London: Routledge-Falmer, 2000.
123. Kreber C & Brook P. Impact evaluation of educational development programmes. *International Journal for Academic Development* 2001;6:96-108.
124. Gray K & Radloff A. Quality management of academic development work: implementation issues and challenges. *International Journal for Academic Development* 2006;11:79-90.
125. Kern DE, Thomas PA, Howard DM & Bass EB. *Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1998.
126. Carroll RG. Implications of adult education theories for medical school faculty development programmes. *Med Teach* 1993;15:163-70.
127. McLeod PJ, Meagher T, Steinert Y, Schuwirth L & McLeod AH. Clinical teachers tacit knowledge of basic pedagogic principles. *Med Teach* 1997;26:23-7.
128. Hesketh E, Bagnall G, Buckley E, Friedman M, Goodall E, Harden R, Laidlaw J, Leighton-Beck L, Newton R & Oughton R. A framework for developing excellence as a clinical educator. *Med Educ* 2001;35: 555-5:64.
129. Levinson D, Darrow C, Klein E, Levinson M & Mckee B. *The Seasons of a Man's Life*. New York: Knopf, 1978.
130. Knowles MS. *The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy to Andragogy*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall Regents, 1980.
131. Gibbs G & Coffey M. The impact of training university teachers on their teaching skills, their approach to teaching and the approach to learning of their students. *Active Learning in Higher Education* 2004;5: 87-100.
132. Stein L. The effectiveness of medical education: eight research reports. *J Med Educ* 1981;56:103-10.
133. Pololi L, Clay MC, Lipkin M, Hewson M, Kaplan C & Frankel RM. Reflections of integrating theories of adult education into a medical school faculty development course. *Med Teach* 2001;23:276-83.
134. Mann KV. Thinking about learning: implications for principle-based professional education. *J Contin Educ Health Prof* 2002; 22:69-76.
135. Knowles MS. *Self Directed Learning: A Guide for Learners and Teachers*. New York: Association Press, 1975
136. Kolb DA. *Experiential Learning: Experience as a Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice Hall, 1984.
137. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1986.
138. Brookfield S. *Becoming a Critically Reflective Teacher*. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.
139. Regehr G & Norman GR. Issues in cognitive psychology: implications for professional education. *Acad Med* 1996;71:988-1001.
140. Schön DA. *Educating the Reflective Practitioner: Towards a New Design for Teaching and Learning in the Profession*. San Francisco, Jossey Bass, 1987
141. Schön DA. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. London, Arena, 1991.
142. Williams GC, Saizow RB & Ryan RM. The importance of self-determination theory for medical education. *Acad Med* 1999;74:992-995.
143. Amin Z, Eng KH, Gwee M, Hoon TC & Rhoon KD. Addressing the needs and priorities of medical teachers through a collaborative intensive faculty development programme. *Med Teach* 2006;28:85-88
144. Davis D, Thomson MA, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P & Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician. *JAMA* 1999;282:867-74.
145. Gardner H. *Multiple Intelligences: The Theory in Practice*. New York: Basic Books, 1993
146. Gardner H. *Intelligence Reframed: Multiple Intelligences for the 21st Century*. New York: Basic Books, 1999.
147. Challis D. Building an effective programme for clinical teachers: the role of the staff developer. *Med Teach* 2001;23:270-5.
148. Neumann R. *Disciplinary Differences and University Teaching*. *Studies in Higher Education Administration Quarterly* 2001;26:135-46.
149. Boud D & Middleton H. Learning from others at work: communities of practice and informal learning. *Journal of Workplace Learning* 2003;15:194-202.
150. Lave J. *Cognition in Practice: Mind, Mathematics, and Culture in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

151. Maslow A. *Motivation and Personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row, 1970.
152. Prosser M & Trigwell K. Development of an Approaches to Teaching questionnaire. *Research and Development in Higher Education*, 1993;15:468-473.
153. Goldie J. AMEE Education Guide No. 29: Evaluating educational programmes. *Med Teach* 2006;28:210-24.
154. Snell L, Tallett S, Haist S, Hays R, Norcini J, Prince K, Rothman A & Rowe R. A review of the evaluation of clinical teaching: new perspectives and challenges. *Med Educ* 2000;34:862-70.
155. Alkan ML. The global medical school – 2020. *Med Teach* 2000;22:527-30.
156. Harden RM. Evolution or revolution and the future of medical education: replacing the oak tree. *Med Teach* 2000;22:435-42.
157. Rennie S. The medical student in the year 2020. *Med Teach* 2000;22:532-5.
158. Gorman PJ, Meier AH, Rawn C & Krummel TM. The future of medical education is no longer blood and guts, it is bits and bytes. *Am J Surg* 2000;180:353-6.
159. Harden RM & Hart IR. An international virtual medical school (IVIMEDS): the future for medical education? *Med Teach* 2002;24:261-71.
160. Hawthorne L, Minas H & Singh B. A case study in the globalization of medical education: assisting overseas-born students at the University of Melbourne. *Med Teach* 2004;26:150-9.
161. Leeder SR. Preparing interns for practice in the 21st century. *Med J Austr* 2007;186:S6-S8.
162. Koehn PH & Swick HM. Medical education for a changing world: moving beyond cultural competence into transnational competence. *Acad Med* 2006;81:548-56.
163. Schuwirth LWT & Van Der Vleuten CPM. Challenges for educationalists. *BMJ* 2006;333:544-6.
164. Cooper RA & Tauber AI. Values and ethics: A collection of curricular reforms for a new generation of physicians. *Acad Med* 2007;82:321-3.
165. Sawa RJ, Phelan A, Myrick F, Barlow C, Hurlock D & Rogers G. The anatomy and physiology of conflict in medical education; a doorway to diagnosing the health of medical education systems. *Med Teach* 2006;28:e204-e213.
166. Dobie S. Reflections on a well-traveled path: self-awareness, mindful practice, and relationship-centered care as foundations for medical education. *Acad Med* 2007;82:422-7.
167. Litzelman DK & Cottingham AH. The new formal competency-based curriculum and informal curriculum at Indiana University School of Medicine: overview and five-year analysis. *Acad Med* 2007;82:410-9.
168. Smith SR, Cookson J, McKend J & Harden RM. Patient-centred learning back to the future. *Med Teach* 2007;29:33-7.
169. Bleakley A & Bligh J. Looking forward - looking back: aspects of the contemporary debate about teaching and learning medicine. *Med Teach* 2007;29:79-82.
170. Rogers CE. *Freedom to Learn*. Columbus (OH): Merrill Publishing Company, 1969
171. Gibbs T. "Built to last?": the long-term sustainability of educational programmes. *Med Teach* 2006;25:673-4.
172. Vygotsky LS. *Mind in Society*. Cambridge (MA) : Harvard University Press, 1978.

Correspondance et offprints : Michelle McLean, Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Medical Education, Al Ain, United Arab Emirates.
Téléphone : 0971 37137 137; Télécopie: 0971 37672 167;
Mailto : mcleanm@uaeu.ac.ae