Faculté de médecine
Université de Montréal
et du monde.

Élaboration d'une stratégie pour soutenir le recrutement et le cheminement de carrière de chercheurs cliniciens en médecine de famille à l'Université de Montréal

Rapport du Groupe de travail

Marie-Dominique Beaulieu, Antoine Boivin, Marie-Pierre Codsi, Nicolas Fernandez, Nancy McLaughlin avec la collaboration de Maude Fortier

10 septembre 2018

TABLE DES MATIERES

Liste des acronymes i

1. Contexte et mandat du groupe de travail 1

1.1. Importance et rôle des cliniciens-chercheurs au Québec et au Canada 1

1.2. Mandat du groupe de travail 1

2. Méthodologie suivie 3

2.1 Définitions de départ 3

2.2 Sources de données 3

2.3 Contribution du Groupe de travail 5

3. Résultats 5

3.1 Profils de carrière pour les cliniciens chercheurs et trajectoires optimales 5

3.2 Tirer le maximum de la résidence Clinicien érudit 9

3.3 Créer des masses critiques de chercheurs regroupés autour de thèmes stratégiques dans des milieux favorables à la recherche 12

3.4 Repérage précoce de candidats et création d'une culture de recherche au département : offrir un continuum d'exposition à la recherche à nos étudiants et nos professeurs 17

3.5 Facteurs organisationnels à optimiser au département pour réunir les conditions de succès 18

3.6 Embûches systémiques à lever au niveau provincial 19

4. Recommandations 21

5. Références 25

6. Annexes 27

6.1 Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées 27

6.2 Annexe 2 : Guides d'entrevues 29

6.3 Annexe 3 : Figures des trajectoires de carrière 41

6.4 Annexe 4 : Tableaux résumant les ressources de formation et de soutien salarial colligées dans une base de données 44

6.5 Annexe 5 : Tableau résumé des recommandations en fonction de l'échéance et des partenaires à mobiliser 47

6.6 Annexe 6 : Processsus et critères pour accéder à une rémunération du temps protégé en recherche et création du Comité de mentorat en recherche 53

LISTE DES ACRONYMES

AMP	Activité médicale particulière
CÉ	Clinicien érudit (programme de résidence du Collège des médecins de famille du Canada)
CI	Clinicien investigateur (programme de résidence du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada)
CPASS	Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé
CUMF	Clinique universitaire de médecine de famille
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines et sociales du Canada
DLP	Directeurs locaux de programme
DMFU	Département de médecine de famille universitaire
DMFMU	Département de médecine de famille et de médecine d'urgence
DRGM	Département régional de médecine générale
DSPI	Direction des services de proximité intégrés
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
FRQS	Fonds de recherche du Québec-Santé
FRQSC	Fonds de recherche du Québec-Société et culture
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
LE-250	Lettre d'entente numéro 250
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
PBRN	Practice-Based Research Networks
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
RRAPPL	Réseaux de recherche axée sur les pratiques de première ligne
RRSPUM	Réseau de recherche en soins de première ligne de l'Université de Montréal
UdeM	Université de Montréal

1. CONTEXTE ET MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL

1.1. Importance et rôle des cliniciens-chercheurs au Québec et au Canada

Le Canada[1] et le Québec [2, 3]reconnaissent le nécessité de développer une masse critique de chercheurs cliniciens autonomes car ces chercheurs, capables de faire le pont entre la recherche et la clinique, contribuent de façon unique à ancrer la recherche dans la réalité du terrain et à améliorer les soins à la lumière des meilleures données scientifiques [4]. Environ 3% des médecins au Canada, toutes disciplines confondues, sont des chercheurs cliniciens [5]. Au Québec, le Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS) supporte cette année 111 chercheurs boursiers cliniciens (Junior1, Junior 2 et Sénior). De ce nombre, moins de 2% des cliniciens-chercheurs financés par le FRQS sont détenteurs d'un certificat de spécialité en médecine de famille[1] alors que ceux-ci représentent environ la moitié des médecins en pratique au Québec. Ces chiffres ne tiennent pas compte des quelques chaires de recherche du Canada et chaires dotées en médecine de famille, ni des chercheurs qui ont terminé le cycle et qui sont entièrement soutenus par leur université. Cependant, dans la mesure où l'entrée dans la trajectoire de carrière comme chercheur clinicien autonome est généralement l'obtention d'une première bourse salariale de chercheur clinicien Junior 1 du FRQS, ***on peut sans exagérer affirmer qu'il y a un déficit important dans la capacité de recherche en médecine de famille au Québec*** et que ceci est inquiétant dans le contexte où les soins de première ligne sont une priorité provinciale. Il revient aux facultés de médecine, dans le cadre de leur mission envers la société, d'assurer la formation d'une relève de chercheur clinicien dans toutes les disciplines cliniques prioritaires en partenariat avec les organismes de recherche et les gouvernements [5].

1.2. Mandat du groupe de travail

Déjà deux groupes de travail s'étaient penchés sur la question du développement de la capacité de recherche au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) de l'Université de Montréal (UdeM), un en 2008 [6] et un autre en 2016 [7]. Plusieurs enjeux avaient été identifés dont le grand nombre de thématiques de recherche et un éparpillement des chercheurs dans le réseau du DMFMU, l'absence de culture de recherche, des environnements de pratique et de recherche non supportants et l'absence d'un système de mentorat pour les nouveaux chercheurs.

L'exercice de planification stratégique amorcé en 2017 à la faculté de médecine de l'UdeM accorde une place importante au développement de la recherche en médecine familiale et médecine d'urgence. Quant à l'exercice de planification du DMFMU 2018-2022, il identifiait comme priorité le soutien de la relève dans les postes de leadership en enseignement, en gestion mais aussi et de façon plus pressante en recherche. En décembre 2017, le département mandatait la professeure Marie-Dominique Beaulieu et un groupe de travail composé de quatre

[1] En 2018 le FRQS comptait 2 chercheurs boursiers cliniciens médecins de famille et 109 venant des autres spécialités, *Communication libre, Anne-Cécile Desfaits, Directrice des programmes, FRQS, 30 avril 2018*.

professeurs du département, pour élaborer une stratégie départementale de recrutement et d'appui au cheminement de carrière de chercheurs cliniciens chez les détenteurs d'un certificat de spécialité en médecine de famille. En effet, même si plusieurs des enjeux concernant la trajectoire de chercheurs cliniciens de carrière transcendent les disciplines, les gradués médecins de famille sont confrontés à des conditions qui leur sont propres : 1) programmes de formation plus courts à la fois dans leur discipline et dans la formation additionnelle en recherche; 2) programme spécifique de soutien à la rémunération de certains chercheurs dont la Lettre d'entente numéro 250 (LE-250) entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS); et 3) partenaires spécifiques au secteur des soins et services de première ligne dont la FMOQ, les départements régionaux de médecine générale (DRMG) et la Direction des services de proximité intégrés (DSPI) du MSSS (anciennement désignée sous le nom de Direction de l'organisation des soins de première ligne intégrés ou DOSPLI).

Le mandat portait donc spécifiquement sur les cheminements de carrières en recherche pour les médecins détenteurs d'un certificat de spécialité en médecine de famille, en reconnaissant que plusieurs des enjeux identifiés et des recommandations seront applicables aux chercheurs cliniciens du département détenteurs d'un certificat de spécialité en médecine d'urgence. Le groupe de travail devait s'appuyer sur les travaux réalisés et 2008 et en 2016 et proposer des stratégies concrètes pour les enjeux non résolus. L'exercice ciblait la recherche en santé et en services sociaux dans son sens large, incluant la recherche en pédagogie médicale. ***Deux profils de carrière étaient à considérer***, soit celui de :

- Chercheur clinicien autonome (clinicien consacrant 50% et plus de son temps à ses activités de recherche et agissant à titre de candidat principal)
- Médecin enseignant intégrant des activités de recherche à son mandat universitaire

Les questions posées étaient les suivantes :

a) Quelle est la formation de base essentielle à exiger?
b) Comment repérer des candidats potentiels le plus tôt possible?
c) Quels sont les programmes de formation disponibles tout au long du continuum ?
d) Quelles sont les sources de financement disponibles pour soutenir la formation ?
e) Quelles sont les sources de financement disponibles pour assurer le temps protégé?
f) Quelles sont les conditions de succès essentielles que le département et la faculté de médecine doivent mettre en place, plus particulièrement :
    i. Les caractéristiques de l'environnement et du milieu d'attache immédiat
    ii. Le type de mentorat à mettre en place
    iii. Les ressources financières que le DMFMU peut mobiliser

2. MÉTHODOLOGIE SUIVIE

2.1 Définitions de départ

Dès le départ, le groupe de travail a voulu définir ce qu'il entendait par ***chercheur clinicien autonome*** et ***clinicien enseignant intégrant des activités de recherche à son mandat académique*** (que nous désignerons comme « clinicien-enseignant-chercheur »).

Pour la définition du ***chercheur clinicien*** **autonome** nous avons retenu celle des Fonds de recherche du Québec [8], reprise par le MSSS et la FMOQ dans le cadre de la LE-250[9]:

> *« Le **chercheur clinicien autonome** est une personne qui détient un doctorat ou l'équivalent et une affiliation universitaire lui permettant de superviser des étudiants de 2e et 3e cycles, qui peut mener des travaux de recherche de façon autonome et qui détient un poste régulier de professeur ou de chercheur dans un établissement universitaire québécois, ou un poste régulier de chercheur dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Les personnes qui détiennent un diplôme professionnel doivent avoir bénéficié d'une **formation en recherche d'une durée minimale de deux ans à temps complet**.*
>
> *Le **chercheur boursier clinicien est un chercheur clinicien autonome** qui détient un diplôme professionnel universitaire en santé humaine et qui exerce ses activités de recherche à mi-temps (au moins 50 % de ses activités professionnelles) dans les domaines suivants : 1) recherche fondamentale, 2) recherche clinique et épidémiologique et 3) recherche en santé et société. »*

Pour le ***clinicien-enseignant-chercheur*** nous avons retenu la définition utilisée dans la LE-250 pour décrire les candidats de priorité 3, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas chercheurs boursiers cliniciens ou aspirant à le devenir[9] :

> *« Le comité paritaire peut, aux conditions qu'il détermine, permettre à un médecin clinicien (….) qui participe à des activités de recherche reconnues par un département de médecine de famille, de se prévaloir des conditions de rémunération prévues par la présente lettre d'entente. Le médecin doit s'engager à consacrer un pourcentage minimal de 20 % de ses activités professionnelles à la recherche. »*

Deux éléments clés définissent donc le profil du clinicien-enseignant-chercheur : les activités de recherche sont reconnues par un département universitaire de médecine de famille (DMFU) et le clinicien enseignant consacre au moins 20% de son temps à la recherche.

2.2 Sources de données

La démarche du groupe de travail a reposé sur trois sources de données : une revue de la littérature, une analyse documentaire et des entrevues avec des informateurs-clés. Le travail a été effectué de janvier à juin 2018.

La revue de la littérature a été réalisée en premier afin d'informer l'élaboration des guides d'entrevue et la recherche documentaire. La base de données PubMed a été interrogée pour la période 2013-2018 avec l'aide d'une bibliothécaire de la bibliothèque des sciences de la santé. Les mots clés *Physician-Scientists* et *Biomedical Research/education* ont été de utilisés façon générale puis couplés avec *Family Medicine* et *Primary Care*. Quarante-deux articles ont été identifiés ainsi.

L'analyse documentaire a porté sur les programmes de bourses de formation et de soutien salarial du FRQS et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ainsi que sur les documents traitant des politiques de développement de la recherche au FRQ et aux IRSC, le cadre de cadre de gestion des GMF-U du MSSS et la LE 250 de la FMOQ . Les programmes de bourses et de soutien salarial du Fonds de recherche du Québec –Société et culture (FRQSC) et du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) n'ont pas été retenus, car ils ne s'adressent pas aux médecins cliniciens. En plus de ces documents analysés pour obtenir un portrait complet des politiques et programmes contribuant au développement de la recherche clinique et évaluative au Québec et au Canada, les programmmes de formation en recherche dans des disciplines pertinentes pour la médecine de famille à l'université de Montréal et dans certaines autres institutions au Canada et ailleurs ont été répertoriés afin de constituer une base de données accessible aux membres du département.

Les entrevues avec les informateurs-clés ont été réalisées auprès de toutes les personnes ayant complété le programme Clinicién-érudit (CÉ) de l'UdeM au cours de cinq dernières années, des chercheurs de ce département, incluant des cliniciens impliqués dans le Réseau de recherche en soins de première ligne de l'Université de Montréal (RRSPUM), le Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne (RRAPPL) de l'UdeM, les directeurs de la recherche et du programme de résidence Clinicién-érudit des quatre départements universitaires du Québec, la directrice des programmes au FRQS ainsi que le directeur du programme Clinicien investigateur et la vice-doyenne aux études postdoctorales de l'Université de Montréal. Un groupe de discussion a été mené avec les résidents inscrits au programme CÉ ou l'ayant terminé récemment en plus des entrevues individuelles. Au total 38 personnes ont été consultées (Annexe 1).

Un guide d'entrevue pour chaque type de répondant a été préparé. Le modèle de cheminement pour une carrière réussie comme chercheur clinicien proposé par Rubio et al. [10] a été utilisé pour structurer les entrevues autour des deux principales catégories de facteurs déterminant une trajectoire réussie, soit les *facteurs personnels* (caractéristiques sociodémographiques, étapes de vie et milieu psychosocial, formation antérieure et expérience de recherche et personnalité) et les *facteurs organisationnels* (formation, facteurs relationnels comme le mentorat et le réseautage, demandes conflictuelles entre les responsabilités cliniques et de recherche, ressources institutionnelles). On retrouve à l'annexe 2 les différents guides d'entrevues.

2.3 Contribution du Groupe de travail

Le groupe de travail s'est réuni à trois reprises : au début du processus (21 mars 2018) après que la révision de la littérature ait été complétée, le 8 juin et le 17 août. Lors de la première rencontre, le groupe a discuté de l'orientation générale du travail et a validé le modèle théorique retenu ainsi que la liste des personnes à rencontrer. Les membres du groupe ont donné leur avis sur les guides d'entretien par mode électronique. La seconde rencontre a permis d'élaborer des recommandations à partir des résultats de la collecte de données. Les recommandations furent soumises à l'Assemblée des chercheurs du département le 12 juin. Un dernière rencontre a eu lieu le 17 août pour finaliser les recommandations et le rapport.

3. RÉSULTATS

Pour éviter les répétitions et simplifier la lecture nous avons intégré les résultats de la revue de la littérature, de l'analyse documentaire et des entrevues en un ensemble de constats pour dresser un tableaude la situation au DMFMU en réponse aux questions posées. Ces constats s'organisent autour des cinq grands thèmes suivants :

- Profils de carrière et trajectoires associées
- Contribution du programme de résidence Clinicien érudit
- Création de masses critiques autour de thématiques stratégiques dans des milieux favorables à la recherche.
- Repérage précoce de candidats potentiels et création d'une culture de recherche au département
- Facteurs organisationnels à optimiser au département pour réunir les conditions de succès
- Embûches systémiques à lever au niveau provincial

3.1 Profils de carrière pour les cliniciens chercheurs et trajectoires optimales

i) Deux profils ? Trois profils!

Il émerge de la littérature et des entrevues ***trois profils de cliniciens chercheurs*** en médecine de famille : le ***chercheur clinicien autonome***, le ***clinicien-enseignant chercheur*** et ***le clinicien collaborateur de recherche.***

Le **premier profil** est celui du *chercheur clinicien autonome* tel que défini par les organismes subventionnaires. Le chercheur clinicien autonome :

- consacre au moins 50% de ses activités à la recherche (les chaires du Canada exigeant que 75% du temps y soit consacré);
- suit une trajectoire extrêmement compétitive qui nécessite une formation de recherche robuste en plus des études médicales et une période plus ou moins longue comme « aspirant » pour obtenir une bourse de soutien salarial et un poste dans une institution d'enseignement;

- doit être intégré à un milieu de recherche et de pratique de haut niveau favorable à la réussite de son programme de recherche.

Bien qu'en théorie l'obtention d'une maîtrise dans une discipline de recherche suffise pour se qualifier comme chercheur boursier clinicien Junior 1 au FRQS, la littérature [5, 10-14] ainsi que l'analyse des critères d'évaluation des différents organismes [1, 15] et les entrevues réalisées, indiquent qu'à moins de candidatures exceptionnelles, une formation plus robuste que la seule maîtrise, suivie d'une période variant d'un à trois ans pour établir son programme de recherche, sont nécessaires pour se qualifier comme chercheur boursier et réussir cette trajectoire. À titre de référence, le FRQS permet une période maximale de 6 ans après l'obtention du dernier diplôme de formation en recherche pour se qualifier comme Junior 1 [15]. ***Rappellons que selon la définition du FRQS la formation initiale en recherche doit être d'un minimum de deux ans à temps plein.***

Le **second profil**, est celui du *clinicien-enseignant-chercheur* qui consacre une portion inférieure à 50% à la recherche dans le cadre de son mandat académique. Ce profil est cependant plus difficile à qualifier car il se décline de diverses façons selon l'intensité du temps consacré à des activités de recherche relativement à l'ensemble de la tâche clinique et pédagogique des individus. La littérature spécifique à la médecine de famille [13, 16-18]et les entrevues permettent de dégager les constantes suivantes des trajectoires de ces *cliniciens-enseignants-chercheurs :*

- seront plus souvent collaborateurs à la recherche et, s'ils mènent des projets comme chercheurs principaux, ne seront pas responsables d'un programme de recherche;
- devraient consacrer un minimum de 20% du temps à la recherche pour pouvoir; contribuer de façon significative à des projets. C'est d'ailleurs le plancher défini pour être éligible à un financement dans le cadre de la LE-250 [9];
- auront généralement complété une formation à la recherche bien que cette formation puisse prendre plusieurs formes (résidence dans un des programme de pratique avancée ou CÉ, diplôme de maîtrise, développement professoral, etc.);
- seront intégrés à un milieu de formation ayant une désignation universitaire et pourront soutenir les projets d'érudition et d'amélioration continue de la qualité des résidents dans leurs milieux cliniques.

L'importance de ce second profil de *clinicien-enseignant-chercheur,* en complémentarité du chercheur clinicien autonome, est reconnue tant aux États-Unis [13, 18, 19], qu'au Canada [16, 20, 21] et en Angleterre [17] car il est vu comme au cœur du développement de la capacité de recherche en médecine de famille, notamment au sein des Practice-Based Research Networks (PBRNs), au Québec appelés Réseaux de recherche axés sur les pratiques de première ligne (RRAPPL), mais aussi dans les différents domaines d'expertise de la médecine de famille comme les soins aux personnes âgées, les soins palliatifs, les soins d'urgence et la prise en charge de clientèles vulnérables.

À ces deux profils, quelques répondants ont suggéré d'ajouter un **troisième profil**: celui de *collaborateur de recherche*. Il s'agit de cliniciens qui participent ponctuellement à des activités ou projets de recherche en soutenant le recrutement ou la collecte de données ou par des activités d'amélioration de la qualité. Les cliniciens collaborateurs de recherche sont importants comme point de jonction entre recherche et clinique, en contribuant notamment à l'élaboration de priorités et questions de recherche, en soutenant l'émergence de recherches issues de la pratique clinique, en formant les étudiants et résidents dans l'utilisation critique des données issues de la recherche, et en favorisant l'intégration de la recherche dans l'amélioration continue des pratiques[16]. Ils comprennent aussi l'importance de maintenir des dossiers médicaux électroniques de qualité et contribuent ainsi à l'émergence d'une culture de la mesure (validité et fiabilité des informations cliniques) essentielle tant pour la recherche que pour l'amélioration continue de la qualité. En théorie, on s'attend de tous les cliniciens enseignants qu'ils puissent être des collaborateurs de recherche. En pratique, au sein d'une équipe clinique, il est normal que certains enseignants s'investissent plus dans des activités pédagogiques ou administratives que dans des activités de recherche. La carrière d'enseignant est aussi un continuum qui évolue et une collaboration de recherche peut prendre plus de place à certaines périodes à l'occasion d'un projet spécifique. Le Tableau 1 résume les principales caractéristiques de ces trois profils. S'il y a consensus sur ces trois profils, ***un des principaux problèmes relevé par l'ensemble des répondants***, mais principalement par les résidents actuels et passés du programme CÉ, est la ***confusion qui règne actuellement au département entre ces profils et le message implicite véhiculé qu'on peut accéder à une carrière de chercheur autonome ou de clinicien-enseignant chercheur en empruntant la même trajectoire.*** La revue de la littérature [11, 13, 18] montre que la médecine de famille en tant que discipline entretient cette confusion, confusion entretenue aussi par le mouvement en faveur des RRAPPL/PBRNs qui s'appuient principalement sur des cliniciens adoptant le second et le troisième profil. Cette citation tirée d'un article portant sur la question résume bien ce que plusieurs répondants ont exprimé :

> *« Research training in family medicine has two purposes, leading to two different career paths. The first purpose is to create clinician-scholars who are literate enough in research to teach how to critically evaluate papers, supervise small research and quality improvement projects, and to participate in Practice-Based Research Networks (PBRNs). The second purpose is to create clinician-investigators who can successfully and sustainably compete for major research funds.(…). (…) we in family medicine have historically engaged in much wishful thinking about research careers. We have expected too much from lightweight research training. We have taken promising fellow graduates, giving them an office and waited for R01s (juniors 1) to emerge. We have expected big results in 3 years. We have not applied a sufficiently critical eye to young faculty's progress with grantsmanship and collaboration"[13].*

Tableau 1 : Résumé des différents profils de chercheurs en médecine de famille				
Profil	**Temps consacré**	**Formation**	**Rôles/ Attentes**	**Financement**
Chercheur clinicien autonome	50-75%	MSc +PhD ou fellowship	Mène un programme de recherche Forme des étudiants gradués	Bourse salariale (cycle de 12 ans) en général) et complémemt LE-250 et mise en poste université
Clinicien-enseignant-chercheur	20-40%	Résidence CÉ ou autre pratique avancée, ou MSc ,Dév. Prof.	Collabore à des projets Mène des projets en lien avec les priorités du DMF Encadre résidents	Vacations universitaires Facturation RAMQ* LE-250
Collaborateur de recherche	< 20% et occasionnel	Formation de base en med fam Développement professoral	Facilite la réalisation de projet et le transfert des connaissances	Facturation RAMQ*
** Présentement seul le temps consacré à des activités de recherche intégrées à la supervision de projets d'érudition ou d'amélioration continue de la qualité (temps de supervision des résidents ou participation à des rencontres spécifiques à ces projets) peut être facturé à la RAMQ*				

ii) Trajectoires optimales : une course à obstacles contre la montre pour les chercheurs cliniciens autonomes

Sans minimiser la formation et la contribution scientifique des cliniciens qui adoptent le profil de clinicien-enseignant-chercheur , il faut reconnaître que la trajectoire menant à la carrière de chercheur clinicien autonome est la plus exigeante car elle exige une formation de recherche plus robuste mais, surtout, parce qu'elle est sensible au temps imposé par les organismes qui octroient des bourses de formation et de soutien salarial et qui exigent un niveau de productivité élevé à chaque étape. C'est pour cette raison que nous parlons d'une course à obstacles *et* contre la montre. Il devient donc ***primordial d'être clair très tôt auprès des personnes qui souhaitent devenir chercheur clinicien autonome et de les encadrer adéquatement*** pour qu'elles comprennent les étapes du parcours qu'elles ont choisi et qu'elles planifient le passage des jalons à l'intérieur des délais attendus. Comme l'a dit une des personnes interviewées :

« Ce qu'on voit beaucoup et qui me fait beaucoup de peine c'est qu'on a des gens qui ont été mal coachés, gaspillés, que si on les avait repérés et bien coachés à temps ils auraient atteint leur but ».

Il y a consensus [5]sur le fait que ***les deux facteurs cruciaux de la trajectoire de carrière de clinicien chercheur autonome*** sont :

- L'importance d'une formation robuste qui s'inscrit dans un continuum
- L'obtention de la première bourse de soutien salarial et du premier poste universitaire qui nécessite que le milieu d'accueil mettent en place toutes les conditions de succès.

C'est à cette seconde étape que plusieurs échouent, compromettant ainsi les années consacrées à leur formation.

Les candidats médecins de famille font face à des embûches additionnelles [5, 11] et le DMFMU n'y fait pas exception de l'avis des répondants:

- *l'absence d'une culture de recherche* dans plusieurs milieux cliniques de formation ce qui compromet à la fois l'éclosion de carrières de recherche et la création d'environnements cliniques favorables aux jeunes chercheurs cliniciens;
- *la faible exposition des étudiants en médecine* à la possibilité d'une carrière de chercheur en médecine familiale;
- *la durée plus courte de la formation clinique* qui ne permet pas d'y intégrer une formation de recherche robuste comme c'est le cas des autres programmes de spécialités;
- *la réalité de la pratique en première ligne* qui se conjugue moins facilement à la recherche au début de carrière de chercheur clinicien que dans des milieux de pratique hospitaliers.

***Les figures 1 à 3 (annexe 3) schématisent à quoi devrait ressembler les différents profils, leurs* trajectoires et les étapes charnières menant aux deux premiers profils de carrière**. Elles sont basées sur la littérature et les conseils donnés au cours des entrevues. Nous les avons fait débuter à la suite de la formation initiale mais on peut entrer dans les trajectoires à différents moments de la carrière. C'est d'ailleurs la réalité de la plupart des chercheurs cliniciens du département. Nous aborderons plus loin les questions sur les caractéristiques des environnements favorables à la recherche, le temps protégé et le soutien financier ainsi que le mentorat et l'encadrement. Nous consacrons la section suivante au programme CÉ considéré comme une voie de passage privilégiée pour un clinicien souhaitant intégrer des activités de recherche et d'érudition à son profil de carrière.

3.2 Tirer le maximum de la résidence Clinicien érudit

Bien que tous reconnaissent l'opportunité qu'a créé le programme avancé de résidence CÉ, certains ajustements ont été conseillés, particulièrement si on veut le proposer comme une des étapes de la trajectoire menant à la carrière de chercheur clinicien autonome.

D'abord, contrairement à son pendant le programme de résidence Clinicien investigateur (CI) du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, le programme CÉ tel qu'il a été défini par

le Collège des médecins de famille du Canada n'a pas pour objectif affirmé de donner une formation de recherche. Il est de toute façon trop court pour y prétendre. Son objectif est de permettre aux résidents qui le suivent « d'acquérir les compétences et attitudes indispensables pour entreprendre une carrière d'érudit en santé » [22]. Il en résulte de la confusion chez les candidats qui s'inscrivent à ce programme ainsi que chez certains partenaires du réseau qui semblent considérer que le CÉ offre une formation de recherche aussi robuste que le programme CI des autres spécialités. De plus, à la fin de l'année de formation CÉ, les candidats intéressés par une trajectoire en recherche doivent trouver une façon de poursuivre l'obtention d'un diplôme de maîtrise alors qu'ils amorcent leur pratique clinique. **Ils sont donc de facto en situation défavorable pour l'obtention éventuelle d'une bourse de soutien salarial du FRQS puisqu'ils n'auront généralement pas consacré au moins deux ans à temps plein à leur formation initiale en recherche.** En fait, selon les entrevues réalisées auprès des directeurs des programmes CÉ au Québec, de la douzaine de candidats qui ont complété le programme depuis sa création à ce jour, seulement trois ont opté pour une carrière de recherche. La situation semble changer car , des quelques huit candidats actuellement inscrits, environ la moitié ont choisi ce profil.

Les ***facteurs défavorables identifiés par les répondants de l'UdeM*** (les résidents et les personnes ayant assumé la direction de ce programme) peuvent se résumer ainsi :

a) Le programme CÉ de l'UdeM se dit destiné à « ceux que la recherche intéresse » et ne propose pas explicitement deux parcours possibles, un d'un an n'exigeant pas *nécessairement* l'inscription à un programme de maîtrise en recherche et menant à une carrière de *scholar* et un autre menant à une carrière de chercheur autonome et obligeant l'inscription à un programme de formation de recherche.
b) La plupart des candidats actuels n'ont jamais été exposés à la recherche en médecine familiale pendant leurs études et sont des « *vocations tardives* » qui s'engagent dans le programme plus pour savoir si la recherche les intéresse vraiment que vous amorcer un parcours de formation en recherche.
c) *L'admission au programme se fait trop tardivement* (dossier soumis en octobre et réponse en février) et ceci est défavorable pour deux raisons : les résidents doivent passer par tout le processus des PREMs qui se déroule à l'automne puisqu'ils ne savent pas s'ils seront admis et ils sont pris de court pour s'inscrire à un programme de formation à la recherche à temps pour la rentrée de septembre.
d) Plusieurs ont dit se sentir *un peu laissés à eux-mêmes pour choisir leur discipline d'intérêt, leur projet de recherche et un superviseur*. Ils ne peuvent donc tirer le maximum de l'année.
e) Ils ont noté un *manque d'encadrement pour l'application à des concours de bourses de formation q*ui leur permettraient de poursuivre leurs études une fois l'année terminée.
f) La *différence entre le rôle du superviseur et le directeur du programme CÉ* devrait être définie explicitement. Il y a une différence entre réussir une formation de recherche dans une discipline donnée (rôle du superviseur de recherche) et être mentoré comme

un futur clinicien qui se dirige vers une carrière de chercheur. Le directeur du programme CÉ pourrait jouer ce rôle.

g) Ils se sentent *isolés dans leur milieu clinique d'attache - « Les collègues cliniciens ne comprennent pas ce qu'on fait »*- et éprouvent déjà la tension entre la clinique, l'enseignement et la recherche.

h) Ils ont mentionné la *difficulté d'intégration officielle à une équipe de recherche* et le manque d'accès à un bureau facilitant les échanges avec les chercheurs et étudiants de l'équipe.

i) Ce *manque de compréhension de leur parcours et des attentes* en regard de la suite de leur trajectoire de recherche *rend plus difficile la négociation de temps protégé*. *« Quand on n'est pas à la CUMF, les gens pensent qu'on ne travaillent pas ».*

j) La *transition vers la pratique tout en poursuivant sa formation de recherche* pour l'obtention d'un diplôme de maîtrise ou de doctorat est très difficile. Ils se retrouvent sans balises claires et officielles du département pour négocier du temps protégé dans leur CUMF et trouver une rémunération pour ce temps, tout en devant inscrire leurs 500 patients. Les résultats de cette négociation sont très variables et sont « CUMF dépendants ».

Nous aurions à apprendre du *programme de résidence Clinicien investigateur (CI) de l'UdeM* pour les médecins spécialistes et pourrions établir certains ponts pour nos candidats qui aspirent à une carrière de recherche en médecine familiale. Les pratiques pédagogiques suivantes du programme CI pourraient être intégrées au programme CÉ :

- Attentes signifiées dès l'entrevue d'admission que le candidat s'engage à appliquer sur des bourses de formation pour soutenir son parcours.
- Attentes claires aussi en termes de productivité au-delà de la réussite des cours du programme de maîtrise auquel le candidat est inscrit : il faut absolument des publications et des communications scientifiques
- Liste de programmes de bourses de formation incluant les sociétés savantes disponibles pour les résidents
- Attention portée au « timing » : dates pour appliquer aux concours intégrées au cheminement
- Le directeur du programme suit de près la progression des résidents: atteinte des objectifs en termes de productivité; respect des engagements des superviseurs de recherche (temps protégé pour la recherche du résident; lendemain de garde, etc.)

Les entrevues avec les directeurs des autres programmes CÉ au Québec ont aussi permis d'identifier des pistes de solutions intéressantes pour palier à certains de ces problèmes. À McGill tous les résidents CÉ sont intégrés au programme de maîtrise en médecine familiale. L'encadré qui suit résume les caractéristiques des programmes des universités Laval et de Sherbrooke.

Université de Sherbrooke	***Université Laval***
• *Deux cheminements sont offerts d'emblée : « scholar » et « recherche »* • *Si le candidat choisit le parcours « scholar » un programme adapté est défini; le résident est encouragé à prendre quelques cours mais pas obligé de s'inscrire à une maîtrise* • *Obligation de rédiger un article* • *Si le parcours recherche est choisi le résident est encadré par un comité où on retrouve le directeur de la recherche et son DLP. Le dir de département est mis au courant. Des jalons sont définis.* • *Le micro programme en pédagogie médicale de l'U Laval est obligatoire pour tous pour bien préparer à la carrière de formateur qui est aussi importante en recherche.*	• *Trois cheminements possibles : pédagogie, recherche et gestion* • *Il y a un tronc commun d'un mois en juillet pour tous sur « choisir un projet d'érudition; faire un PICO; rédiger un abstract » Un forme d'initiation à la recherche* • *Ce mois est aussi offert comme stage à option en recherche pour les externes et résidents en med fam.* • *Les résidents qui choisissent l'option recherche sont encadrés comme à Sherbrooke : jalons clairement définis, comité d'encadrement qui intègre le DLP du milieu d'accueil.*

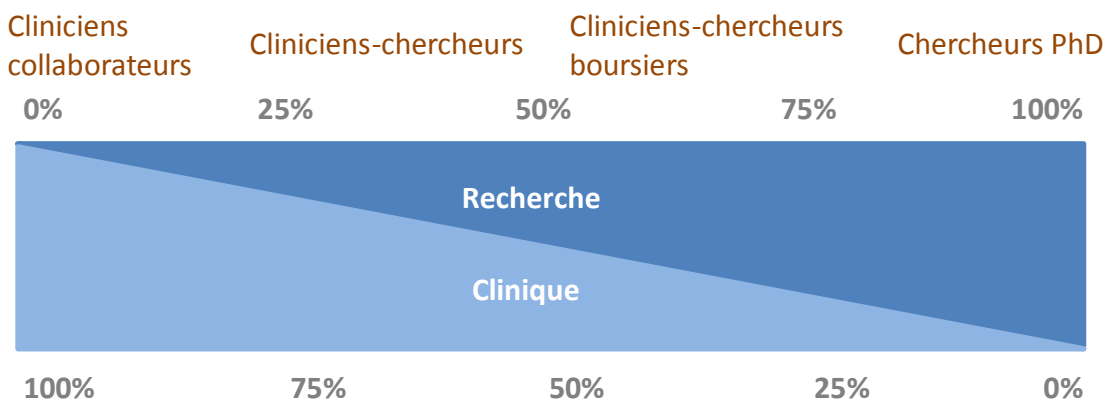
3.3 Créer des masses critiques de chercheurs regroupés autour de thèmes stratégiques dans des milieux favorables à la recherche

i) Corps professoral

Les trajectoires, c'est important, mais le « terreau » dans lequel le chercheur s'épanouira doit être fertile. La présence d'une *masse critique de chercheurs* regroupés autour de thématiques stratégiques dans *des milieux favorables à la recherche* est une caractéristique fondamentale des terreaux fertiles.

Bien que le mandat porte sur le soutien à la carrière de cliniciens en recherche, il faut reconnaitre que ***le continuum complet qui constitue une masse critique de chercheurs dans une discipline est composé de quatre profils de chercheurs car le chercheur PhD plein temps est un des maillons essentiels de la chaîne***.

Figure 1 : Continuum des profils de carrière entre la clinique et la recherche



Il faut reconnaître la complémentarité entre le chercheur clinicien autonome et le chercheur PhD non clinicien. La combinaison gagnante est une intégration du continuum complet autour de thématiques communes. La contribution unique des chercheurs cliniciens autonomes est d'être capable de faire le pont entre la recherche fondamentale et la clinique, de contribuer à la recherche translationnelle et à l'innovation. Il faut cependant reconnaître que les chercheurs cliniciens doivent continuellement arbitrer les tensions entre leurs responsabilités de recherche et leurs responsabilités cliniques. « *Dur pour un clinicien chercheur d'être dans le rôle de locomotive* » comme nous a confié un répondant.

Quelle est la proportion souhaitable pour un département clinique ? On ne trouve pas de recette magique dans la littérature. Nous avons cependant étudié à partir des sites web des quatre DMFU du Québec la composition des équipes de chercheurs intégrés comme professeurs (et non comme professionnels de recherche). Le tableau 2 qui suit résume ce qu'on a trouvé.

Tableau 2 : Répartition des chercheurs selon les profils de carrière et le pourcentage du temps consecré à la recherche dans les quantre départements du Québec*

Département	Chercheur clinicien autonome 50% et +	Clinicien enseignant chercheur 20%-50%	Chercheur PhD non clinicien 80%
Montréal	7 (2 FMSQ urgence)	9	2
Laval	7 (*5 FMSQ urgence*)	5	8
Sherbrooke	3	1	5
McGill	8 (2 *FMSQ santé pub.*)	4	9

** Ces chiffres ont été estimés à partir des informations disponibles sur les sites web des départements en date de mai 2018. Ils sont approximatifs.*

Le ratio est presque d'un chercheur clinicien autonome pour un chercheur PhD non clinicien à l'université Laval et à l'Université McGill et le département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke compte presque deux fois plus de chercheurs PhD non cliniciens que de chercheurs cliniciens autonomes. À l'Université Laval, cinq des sept chercheurs cliniciens autonomes sont spécialistes en médecine d'urgence représentés par la FMSQ. Toutes proportions gardées, le DMFMU de l'UdeM compte peu de chercheurs cliniciens autonomes (deux sont proches de la retraite) et très peu de PhD professeurs temps plein. Par contre, il est riche de cliniciens enseignants qui intègrent des activités de recherche à leur mandat dans une proportion variant entre 20 et 50% de leur temps, ce qui constituent une base forte sur laquelle construire. Les entrevues ont permis d'identifier quelques enseignants disposant d'une formation en recherche qui mènent présentement des projets sans être reconnus officiellement. Les données réelles pour ce profil sont donc un peu sous-estimées.

ii) Regroupements autour de thématiques stratégiques dans des milieux favorables à la recherche

Le mandat du groupe de travail ne portait pas sur la définition d'axes prioritaires autour desquels regrouper chercheurs et cliniciens du département. On peut dire cependant que certaines caractéristiques des milieux cliniques propices à la recherche ont émergé des entrevues :

- Il ne faut pas isoler les chercheurs. Le modèle « un chercheur par milieu clinique » est voué à l'échec. Comme l'a dit une personne «*C'est comme sortir un poisson rouge de son bocal* ».
- Bien que les réseaux virtuels soient une réalité et jouent un rôle important en créant de réelles communautés de pratique, il faut créer des environnements où les personnes se rencontrent « *autour de la machine à café* ».
- Le milieu clinique doit offrir un accès à des ressources minimales dont à un bureau, afin de permettre les échanges et briser le mythe du chercheur « dans sa tour d'ivoire ».
- Il est important de côtoyer et d'avoir accès à des étudiants gradués.
- Il doit y avoir une vie académique donnant concrètement aux cliniciens et chercheurs l'opportunité d'apprendre les uns des autres.
- Les chercheurs devraient aussi être intégrés à un centre de recherche pour bénéficier des services accessibles à leurs membres comme un accès à des services de consultation méthodologiques et à des bourses pour des étudiants gradués. Pour les CUMFs localisées en région ou dans un CISSS, il faudrait envisager tisser des liens avec le réseau des universtités du Québec.

Idéalement, il faut que les chercheurs soient intégrés aux équipes cliniques. Ce n'est qu'ainsi qu'ils peuvent être des modèles de rôle et montrer qu'on peut faire de la recherche comme médecin de famille. De cette proximité, l'innovation émerge plus facilement.

Plusieurs des répondants ont souligné le fait qu'il est de plus en plus difficile de poursuivre une carrière de recherche dans les milieux cliniques hors des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) dû à la politique des PREMs et des AMPs mais aussi parce que la définition de la facturation hors GMF-U ne permet pas de facturer, ou d'avoir une tâche clinique allégée, pour l'encadrement de projet d'érudition, de recherche et d'amélioration continue. *« Il n'y en a que pour les GMF »*. Ainsi, alors que les CUMF de l'UdeM (des GMF-U selon la définition du MSSS) ont encore beaucoup à faire pour développer une culture de recherche et intégrer des chercheurs, il devient de plus en plus difficile de maintenir des masses critiques et de créer des environnements favorables en établissement pour soutenir la recherche en soins palliatif, en gériatrie notamment sur les problématiques en CHSLD, en médecine d'urgence et en médecine des toxicomanies, autant de thématiques qui sont des pôles d'expertise au DMFMU de l'UdeM. À l'Assemblée des chercheurs on a suggéré d'explorer la possibilité de favoriser des regroupements entre les chercheurs et cliniciens du département à l'intérieur des CIUSSS où ils se trouvent – CIUSSS qui comprennent des centres et groupes de recherche- et d'explorer la

possibilité de créer des ponts entre le CR-CHUM et certaines CUMFs. Aucun consensus n'a émergé cependant de l'Assemblée des chercheurs du 12 juin sur la façon de définir les thématiques stratégiques pour le département.

Le RRSPUM – membre du Réseau 1 de connaissances en soins de première ligne du FRQS- est reconnu comme pouvant agir comme communauté de pratique et d'ancrage pour les cliniciens et chercheurs gravitant autour des CUMFs. Les réseaux thématiques du FRQS en gériatrie et en soins palliatifs ont été déterminants pour certains chercheurs plus isolés dans leur milieu clinique.

Le groupe de travail a trouvé intéressant le *cas de l'Université d'Ottawa* car il décrit une stratégie départementale intégrée pour développer une forte capacité de recherche en médecine de famille.

Le cas du Département de médecine de famille de l'Université d'Ottawa

Le département de médecine de famille de l'Université d'Ottawa a décidé il y a une dizaine de développer sa capacité de recherche en soins de première ligne

La première décision fut de regrouper tous les chercheurs du département dans un des milieux cliniques de formation, le Centre médical Bruyère, et d'y créer un Centre de recherche en soins de première ligne, le CT Lamont Primary Care Research Center. Toute une stratégie institutionnelle fut misee[23] l'avant , incluant du temps protégé pour les chercheurs et des ressources financières et organisationnelles. Il faut noter que les médecins du département ont accepté la création d'un plan de pratique à partir duquel les chercheurs pouvaient recevoir un soutien financier pour une partie de leur temps protégé.

L'autre aspect de la démarche fut la création d'un programme de mentorat robuste individualisé[11] et basésur une définition claire du plan de carrière de chaque personne. Un programme de quatre ans est mis en place pour tous les aspirants à la carrière de chercheur clinicien autonome (clinical investigator). Ce programme considère les quatre dimensions suivantes : les ressources d'infrastructure mises à la disposition du candidat, incluant le revenu; l'accès à des subventions de recherche comme collaborateur et comme chercheur principal, la productivité de recherche (subventions, conférences, articles) et les tâches d'enseignements et le service au département.

iii) La recherche en pédagogie médicale

Le développement de la capacité de recherche en pédagogie médicale suscite des enjeux additionnels. Il faut reconnaître que la pédagogie médicale est un champ de recherche en soi, en plein essor et en proie, comme tous les champs de recherche, à des tensions internes quant à ses fondements, ses méthodes et ses objets de recherche[24].

Il en va de même des cheminements de carrière des professeurs qui s'engagent dans cette direction. Les chercheurs cliniciens autonomes dans ce domaine de recherche sont rares, la majorité étant des cliniciens enseignants qui s'engagent dans des projets de recherche et qui sont appuyés par des collègues, voire des spécialistes du domaine ou encore par des PhD en

pédagogie. Cette situation est attribuable au fait que les voies de financement traditionnelles pour les cliniciens souhaitant faire une carrière de recherche en pédagogie médicale ne sont pas facilement accessibles. De plus, les praticiens de la pédagogie médicale, sur le plan de l'enseignement et sur le plan de la recherche, subissent actuellement des pressions provenant de diverses provenances. La dimension interdisciplinaire implicite dans ce champs de recherche fait émerger de nouveaux défis[25]. S'ajoute une tension au sein des facultés de médecine en lien avec le soutien attendu des services de formation professorale à un moment où les programmes de formation subissent des transformations importantes (élaboration de curriculum, évaluation de programme, etc.) et la fonction recherche.

Il s'agit aussi d'un champ de recherche profondément ancré dans les sciences humaines et sociales. On témoigne de plus en plus de maillages entre ces disciplines et des praticiens de la pédagogie médicale. Bien qu'il soit vrai que les médecins qui s'y intéressent arrivent souvent avec une formation méthodologique en sciences humaines peu robuste, se repliant sur les fondements propres aux sciences biomédicales, la collaboration avec des chercheurs issus des disciplines des sciences sociales exploite une complémentarité avantageuse pour produire de la recherche robuste et pertinente pour la réalité de l'enseignement clinique. Il faut aussi signaler que ce champ de recherche n'est pas l'apanage de la médecine de famille bien que traditionnellement les départements de médecine de famille ont été parmi les leaders au sein des facultés de médecine et ce dans plusieurs pays.

Enfin, les mécanismes de financement pour la recherche en pédagogie médicale au sein des organismes dédiés aux sciences humaines et sociales commencent à se mettre en place. Traditionnellement, ces organismes étaient peu enclins à accueillir favorablement les projets trop « médicaux », et en revanche les organismes voués au financement de la recherche en santé (FRQS et IRSC) étaient fermés au financement de projets trop « sciences humaines et sociales ». En partie avec le mouvement de partenariats et engagement avec des patients, les organismes subventionnaires de part et d'autres ont initié un mouvement d'ouverture à des recherches chevauchant les deux champs.

Il y a eu au DMFMU une certaine tradition de recherche en pédagogie médicale appliquée grâce à des collaborations au sein du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) et un soutien financier de ce dernier. Il ne fait aucun doute que la recherche en pédagogie est valorisée par l'ensemble du corps professoral du département et qu'elle attire de jeunes chercheurs. La question se pose cependant sur la meilleure stratégie à adopter pour regrouper les forces vives du département et permettre l'émergence d'une masse critique de chercheurs dans ce domaine. Au cours de nos entrevues deux cas de figure ont été observés. Un premier, à l'Université Laval, où l'ensemble des chercheurs en pédagogie médicale sont regroupés au sein d'un vice-décanat à la pédagogie et au développement professionnel continu. Suite à une stratégie facultaire déterminée à créer un pôle fort en pédagogie, cette initiative a permis de recruter cinq chercheurs PhD plein temps dont quatre sont au département de médecine de famille et de médecine d'urgence. À McGill par contre, le département de médecine familiale a choisi de développer un groupe de recherche disctinct en pédagogie médicale et d'offrir une

option dans cette discipline dans le cadre de la maîtrise en médecine de famille. Dans les deux cas, il est notable qu'en majorité les chercheurs appartenant aux axes en pédagogie n'ont pas une formation en sciences de l'éducation mais dans des disciplines variées en santé ou en sciences humaines.

3.4 Repérage précoce de candidats et création d'une culture de recherche au département : offrir un continuum d'exposition à la recherche à nos étudiants et nos professeurs

Bien qu'on puisse entrer dans une trajectoire de clinicien chercheur après avoir été en pratique, il est clair que l'avenir est d'identifier le plus tôt possible les candidats qui ont le potentiel et la volonté d'être chercheurs cliniciens pour établir la relève. *L'exposition le plus tôt possible à des expériences de recherche (stages d'été au pré gradué et stages optionnels à l'externat) remplit deux objectifs* :

- familiariser les étudiants à la réalité du travail quotidien du chercheur clinicien en médecine de famille avec ses zones d'ombre (compétition pour obtenir des subventions et des publications et gestion d'une équipe);
- permettre de commencer à monter son propre dossier de façon à être compétitif le plus tôt possible après l'obtention du premier diplôme de recherche.

Les deux entrevues réalisées avec des externes qui ont complété un programme MD/MSc pour un et MD/PhD pour l'autre et choisi la médecine familiale ont été révélatrices. Elles sont allées dans le même sens que la littérature : la médecine de famille échappe des candidats très motivés qui sont attirés par la médecine de famille mais perçoivent la discipline comme non académique. Pour ces répondants, que la recherche intéressait dès le début de leurs études médicales, l'exposition à un modèle de rôle du département au tout début de leurs études, soit par un stage de recherche ou simplement dans le cadre d'une conférence, a été déterminante.

« On n'associe pas médecine de famille et recherche. On ne voit pas la médecine comme universitaire. Si on veut faire de la recherche, il ne faut pas aller en médecine familiale ».

De plus, et c'est un atout pour la médecine de famille, les possibilités de recherche sont très variées et incluent les sciences humaines.

« *La recherche en médecine familiale est méconnue. De plus, il y a des étudiants qui pensent que la recherche 'c'est platte'. La médecine de famille peut aller chercher ceux qui sont intéressés par une recherche en pédagogie ou sur des enjeux 'plus humains'. Beaucoup vont en médecine familiale parce qu'ils aiment éduquer, expliquer, vulgariser* ».

Pour avoir aussi parlé avec les deux professeurs du DMFMU qui ont supervisé ces étudiants tout au long de leur parcours, il est clair que ces personnes ont été des mentors plus que des superviseurs. Tout fut mis en œuvre pour que chaque période de stage soit cohérente avec la précédente et offre des expériences de recherche de qualité et des possibilités de publications et de communications scientifiques. Comme l'ai dit un des étudiants :

« Il faut que tu ais ton champion à toi qui te guide, ouvre les portes. Qui t'aide à avoir des bourses. Qui t'intègre dans une équipe. Sinon c'est le parcours du combattant. »

L'autre rendez-vous manqué au département est la faible exposition à la recherche en médecine familiale pendant la résidence, attribuée en grande partie au fait que nous ne tirons pas le maximum des projets obligatoires d'érudition et d'évaluation de la qualité. Sont identifiés comme problématiques la grande disparité entre les UMF dans la façon de gérer les projets d'érudition et le manque de cohérence entre cette expérience et celle de l'année suivante, le projet d'amélioration de la qualité. Il est vrai que pour un résident ayant exprimé un intérêt pour la recherche on essaie que les deux projets soient sur la même thématique mais ce n'est pas le cas en général. Le RRSPUM tente d'instaurer une philosophie de projets d'érudition communs pour un groupe de résidents ou une CUMF pouvant s'étaler sur toute une année voir plus. Au département de médecine de famille de l'Université Mc Gill on encourage cela et on propose d'emblée que ces deux expériences soient intégrées à un projet plus ambitieux d'amélioration de la qualité (exercice PICO et protocole d'évaluation de la qualité comme R1 et R-1 et collecte de données comme R-2). On a aussi créé un tronc commun de quatre ateliers donnés à distance pour assurer une exposition de base à l'érudition et à la recherche comparable pour tous les résidents. Le programme de pratique avancée en médecine d'urgence, en soins palliatifs et en soins aux personnes âgées ont aussi développé une telle approche. Cette approche a aussi l'intérêt de permettre l'intégration d'enseignants à ces projets qui débouchent sur des publications ou communications scientifiques.

L'arrivée des agents d'amélioration continue de la qualité (AACQ) crée une opportunité à cet égard qu'il ne faudrait pas manquer selon les répondants. Bien que l'amélioration continue de la qualité et la recherche soient deux démarches distinctes, visant des finalités différentes et soumises à des critères méthodologiques qui leur sont spécifiques, les deux démarches partagent un ancrage dans la culture scientifique et la valorisation de la mesure. En fait, dans un milieu clinique, la recherche et l'amélioration continue de la qualité utiliseront la même infrastructure de données, données cliniques issues des dossiers médicaux électroniques ou données sur l'expérience de soins des patients [26].

3.5 Facteurs organisationnels à optimiser au département pour réunir les conditions de succès

Bien que certaines embûches soient de nature provinciale (nous en parlerons dans le point suivant), tous les répondants étaient d'avis que le DMFMU peut dès maintenant mettre en place des conditions de succès pour soutenir les trajectoires menant aux différents profils de chercheurs, particulièrement pour la trajectoire de chercheur clinicien autonome et de clinicien-enseignant-chercheur. Pour ces deux trajectoires il convient de soutenir l'accès à la formation appropriée et de mettre en place des possibilités de reconnaissance, de progression et de promotion. Il faut être en mesure de tracer un parcours réaliste qui aboutit à des perspectives de recrutement. **Des actions peuvent être entreprises sur quatre fronts**.

Premièrement, *définir des critères et des processus d'évaluation transparents* permettant de réaliser les différents jalons de ces trajectoires, incluant l'accès à différentes ressources.

Deuxièmement, en collaboration avec les directeurs locaux de programmes (DLP) et chefs des CUMFs, *établir une politique pour l'accès à du temps protégé pour la recherche cohérent avec la cadre GMF-U actuel* et en concertation avec les DRMGs où nous avons des CUMFs. De l'avis de plusieurs des personnes rencontrées, un « modèle d'affaire » qui ferait intervenir la contribution du département universitaire et la facturation serait à développer pour assurer la rémunération des chercheurs cliniciens qui ne détiennent pas une bourse salariale. L'exemple de l'équipe du programme de résidence spécialisée en médecine d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur qui a créé un plan de pratique pour soutenir ses chercheurs a été relevé par certains. Bien qu'il apparaisse difficile de proposer de créer un plan de pratique départemental, certaines des personnes rencontrées ont dit que l'idée d'un plan de pratique local commençait à germer. C'est rappelons-le l'approche prise par le département de médecine familiale de l'université d'Ottawa.

Troisièmement formaliser un *programme de mentorat* qui, tout en restant souple, offre l'encadrement et le coaching nécessaire adapté aux différentes étapes de la trajectoire. Comme les chercheurs d'expérience ne sont pas si nombreux au département, il pourrait être plus efficace de créer un « comité de mentorat » responsable de voir à la mise en place d'un programme personnalisé pour chaque candidat qui s'oriente vers un des deux profils. Les entrevues suggèrent que ceci est relativement urgent pour les candidats qui viennent de terminer leur formation de CÉ. Nous tenons aussi à souligner que, dans le cadre de ce travail, nous avons créé une base de données sur les programmes de bourses de formation et de soutien salarial les plus appropriés pour les chercheurs cliniciens ainsi que sur différents programmes de formation de différents niveaux (MSc, PhD et microprogramme) dans des disciplines de la santé incluant la pédagogie médicale (voir annexe 4 le tableau synthéthique des ressources accessibles).

Quatrièmement, envisager *créer une ou des bourses de formation*, en partenariat avec le décanat, pour permettre aux jeunes cliniciens d'acquérir un premier diplôme en recherche ou de faire un fellowship dans une autre institution que l'UdeM. On pourrait même envisager financer un poste de R-4 pour combler le trou de financement après l'année CÉ. C'est une approche prise par le programme CI qui a créé un programme de « bourses de la doyenne », qui soutient des candidats exceptionnels qui se retrouvent sans financement pour terminer leur formation. Une des conditions d'éligibilité à ses bourses est d'avoir soumis sa candidature à des concours auprès d'organismes subventionnaires.

3.6 Embûches systémiques à lever au niveau provincial

Comme nous l'avons écrit en introduction, les données actuelles sur les chercheurs boursiers cliniciens soutenus par le FRQS montrent que le nombre de chercheurs cliniciens autonomes en médecine de famille n'est pas à la mesure de la priorité stratégique accordée à ce secteur au Québec et que la relève est compromise. Que seulement deux détenteurs d'un certificat de

spécialité en médecine de famille soient chercheurs boursier cliniciens autonomes pour les trois cycles de bourses comparativement à 109 détenteurs d'un certificat dans les autres spécialités médicales devrait sonner l'alarme. Il est essentiel que les organisations concernées, universités, organismes subventionnaires et gouvernementaux partagent ce constats et décident de se concerter. Nos travaux permettent d'identifier quatre embûches principales.

i) Un programme FRQS/MSSS de formation dédié aux médecins résidents en médecine familiale visant une carrière en recherche non adapté et, conséquemment, non utilisé

Il existe un programme au FRQS conçu en partenariat avec le MSSS pour soutenir la trajectoire de chercheur clinicien créé dans la foulée de la mise en place des programmes de résidence CÉ et CI. Deux programmes distincts ont été créés, un pour les résidents en médecine spécialisée et un pour les résidents en médecine familiale [27]. Plusieurs répondants ont dit ne pas être au courant de l'existence de ce programme et ceux qui le connaissent ne l'ont pas utilisé car les candidats potentiels ne pouvaient se qualifier. Depuis sa création un seul résident en médecine familiale s'en est prévalu. Fait important, ce programme est assorti d'un PREM hors PREM qui suit le candidat jusqu'à l'obtention d'une bourse de chercheur clinicien Junior1, du moins dans le cadre du programme destiné aux « *médecins résidents en médecine spécialisée*». Cependant personne n'a pu confirmer que c'était le cas pour les médecins résidents en médecine de famille. Il serait impérieux de réviser les conditions de ce programme et de confirmer que l'obtention d'un PREM pour les boursiers y est associé.

ii) L'accès à un PREM qui garantit l'intégration dans un milieu favorable à la recherche et reconnu par les organismes de subvention

La « course au PREM » est certainement l'embûche principale au succès des deux trajectoires. De l'avis de toutes les personnes rencontrées c'est là que se joue la carrière et que certains « jettent la serviette ». La disparition des PEMU est montrée du doigt par tous les répondants. Depuis l'abolition des PEMU, il est impossible pour les départements universitaires de s'engager face à un candidat qui est prêt à consacrer du temps à une formation robuste en recherche et de planifier le recrutement en fonction des priorités académiques. La gestion des PREM prioritaires en GMF-U revient maintenant aux DRMG qui n'ont pas le mandat de soutenir l'académisme et le développement de la discipline.

iii) Incongruités entre les cibles d'inscription du cadre de GMF-U et de l'AMPL de prise en charge des DRMG

Alors qu'en théorie le cadre GMF-U permet de désigner les chercheurs et aspirants chercheurs comme des profils B n'ayant qu'à inscrire 310 patients – du moins dans la version 2017 du Cadre GMF-U[28], les AMPs de prise en charge sont définis par les DRMG et ne font aucune différence en fixant à 500 le nombre de patients à inscrire dès la première année de pratique. Les entrevues ont fait état de négociations à la pièce pour chaque candidat nouveau facturant se destinant à la recherche variant en fonction des GMF-U/CUMFs à l'intérieur d'un même

département et en fonction aussi des DRMG. En entrevue, un répondant a dit qu'il est maintenant accepté que les résidents ayant terminé un R3 en médecine d'urgence soient d'emblée reconnus comme des profils B, donc tenu à inscrire 320 patients et que ceci est accepté par les DRMGs. On se demande pourquoi une telle règle ne pourrait pas être établie pour les R3 complétant un l'année Clinicien érudit et se destinant à une carrière académique. De plus, le texte de la LE-250 ne reconnaît pas la nécessité de plus de 20% de temps protégé pour les aspirants chercheurs et n'assure pas l'adéquation entre le temps protégé défini par le candidat et les cibles d'inscription [9]. ***Soulignons cependant qu'un allègement des cibles d'inscription, bien qu'il ait le mérite de régulariser la situation des candidats, est associé à une double pénalisation financière car, en plus de consacrer moins de temps à la clinique, la rémunération de certains actes par la RAMQ est inférieure à celle accordée pour les mêmes actes aux médecins ayant 500 patients inscrits.***

iv) Le programme de la LE-250 bien que reconnu comme essentiel et bénéfique présente aussi des limitations.

Rappelons que l'objectif de la LE-250 est de combler le manque à gagner des médecins de famille s'engageant dans une carrière de recherche associée à la réduction de la pratique clinique. La LE-250 a été signée il y a quelques années pour répondre à ***l'entente signée entre la FMSQ et le MSSS qui garantit à tous les chercheurs boursiers cliniciens du FRQS tout au long du cycle de bourses (Junior 1 et 2 et Senior) le revenu moyen de sa spécialité***. Nous ne rentrerons pas dans les détails de cette entente car les directeurs des départements de médecine de famille ont entrepris des démarches pour apporter les ajustements nécessaires aux critères et processus de la LE-250. On peut mentionner rapidement que ce programme conjoint du MSSS et de la FMOQ, destiné à soutenir les carrières de clinicien-chercheur en médecine familiale, est limité notamment par le nombre de postes disponibles (6 par année au Québec), par le fait que l'obtention d'une bourse de chercheur cliniciens par le FRQS ne garantit pas l'accès au complément de rémunération et par les difficultés d'arrimage du programme avec les critères de bourses salariales du FRQS. Cette situation crée aussi une iniquité pour les chercheurs boursiers cliniciens médecins de famille, qui, bien qu'ils soient soumis aux mêmes exigences que tous les autres chercheurs boursiers cliniciens, ne sont pas assurés de l'accès à la moyenne de rémunération de leur spécialité.

4. RECOMMANDATIONS

Force est de constater que plusieurs des enjeux identifiés en 2008 et en 2016 par les deux groupes de travail précédants [6, 7] sont encore bien réels. Bien que nos travaux ne portaient pas sur la question spécifique des thématiques stratégiques, les entrevues et les discussions à l'Assemblée des chercheurs démontrent que la fragmentation et l'éparpillement des chercheurs sont encore des enjeux importants qui risquent de limiter les efforts de développement de la capacité de recherche si rien n'est fait. De plus, ***bien que nos travaux portaient sur les embûches spécifiques aux cliniciens détenteurs d'un certificat de spécialité en médecine de***

famille, plusieurs des observations et des recommandations sont applicables aux cliniciens du département toute spécialité confondue.

Les entrevues ont démontré le rôle crucial que les directeurs locaux de programme (DLP), les chefs des CUMFs et chefs de service en établissement auront à jouer pour que les milieux de formation, et principalement les CUMF, developpent une culture de recherche. Les milieux qui recruteront des cliniciens chercheurs auront la responsabilité de mettre en place avec le département des conditions favorables au cheminement de leurs carrières. La collaboration de la direction du programme de résidence en médecine de famille sera essentielle, car l'arrimage avec le RRSPUM, les travaux d'érudition et les projets d'amélioration de la qualité sera un élément déterminant pour les clinicien-enseignant-chercheurs consacrant entre 20 et 50% de leur temps à la recherche ainsi que pour les cliniciens collaborateurs de recherche.

Enfin, il faudra que le département communique clairement à tous les niveaux la définition des trois différents profils de professeurs cliniciens chercheurs et les politiques départementales pour soutenir ces différentes carrières tout au long de leur continuum.

En regard de ces constats et à partir des suggestions faites par les répondants et lors de l'Assemblée des chercheurs en juin, le groupe de travail formule les huit recommandations suivantes. On trouve à l'Annexe 5 un tableau regroupant les recommandations et proposant un échéancier à court, moyen et long termes et les partenaires à mobiliser.

1. Favoriser la concertation entre les partenaires au niveau provincial pour mettre en place des parcours de formation et de carrière cohérents et réalistes pour les spécialistes en médecine de famille

- Assumer un leadership avec les directeurs des DMFU du Québec et les doyens des facultés de médecine pour créer un groupe de travail provincial impliquant toutes les parties prenantes.

À la demande des directeurs des DMFU un rapport portant spécifiquement sur les enjeux de nature provinciale a été produit. Ce dossier est piloté pour le moment par la dre Caire Fon en collaboration avec ses collègues.

2. Consolider une masse critique de chercheurs représentant les différents profils de carrière

- Recruter des chercheurs PhD plein temps pour faire équipe avec les chercheurs cliniciens autours des thématiques prioritaires du département.
- Établir un plan de recrutement pour assurer une relève en chercheurs cliniciens autonomes.
- Identifier les cliniciens enseignants ayant déjà complété une formation de recherche et intéressés par le profil de clinicien-enseignant-chercheur .
- Dépister et intéresser les candidats potentiels le plus tôt possible en établissant une stratégie en collaboration avec les vices-décanats aux études pré et post graduées.

3. Définir des parcours explicites et mettre en place les conditions de succès pour soutenir les différentes trajectoires de recherche au département

- À l'intérieur des balises du cadre GMF-U, définir en partenariat avec les DLP une politique de temps protégé adaptée aux différentes trajectoires de carrière. Tout chercheur clinicien autonome ou aspirant à ce statut devrait consacrer 50% de son temps à ses activités de recherche.
- Définir les sources pour rémunérer le temps protégé en recherche en fonction des différentes trajectoires et mandats confiés (facturation pour l'encadrement de projets d'érudition et d'amélioration de la qualité et pour la participation à des réunions de recherche, vacations universitaires, accès à la LE-250, professeur sous octroi, etc.).
- Établir des critères et processus d'évaluation transparents pour accéder à la rémunération pour le temps protégé pour des activités de recherche. On retrouve à l'annexe 6 une proposition détaillée pour le processus à suivre et les critères à appliquer.
- Explorer la possibilité de créer des bourses pour soutenir des compléments de formation à la recherche en collaboration avec le décanat.
- Diffuser activement les trajectoires de carrières et les politiques qui sous-tendent le développement de la capacité de recherche au département.

4. Développer une culture de recherche au département et offrir un continuum d'exposition à la recherche pour nos étudiants et nos professeurs

- Créer un stage de recherche en médecine familiale pour les externes et les résidents-1
- Augmenter l'offre de stages d'été en recherche en médecine familiale.
- En collaboration avec la direction du programme de résidence repenser les projets d'érudition et d'amélioration continue comme partie du continuum de recherche et non seulement comme une activité pédagogique.
- Bonifier la formation à l'érudition de tous les résidents.
- Élaborer un programme de développement professoral en recherche adapté aux besoins des enseignants comme cela a été fait en pédagogie médicale (le « PANPRO » de la recherche).

5. Bonifier le programme Clinicien érudit

- Avancer l'inscription plus tôt pour éviter la compétition avec l'allocation des PREMs
- Encourager un parcours intégré sur 3 ans
- Définir un tronc commun et un accompagnement précoce et soutenu pour les résidents qui considèrent une carrière en recherche.
- En partenariat avec le vice-décanat aux études post graduées créer un poste de R4 pour permettre à des candidats exceptionnels de compléter leurs études de maîtrise dans des conditions idéales.

6. Structurer un programme explicite de mentorat et d'accompagnement

- Créer dès maintenant un comité d'accompagnement pour les aspirants à la carrière de chercheur clinicien autonome. La proposition du mandat et de la composition de ce comité est détaillée à l'annexe 6.
- Mettre en place un programme de mentorat pour soutenir la progression de chaque professeur qui se destine à une carrière de recherche inspiré de celui du département de médecine de famille de l'Université d'Ottawa (Annexe 6).

7. Regrouper les chercheurs cliniciens dans des environnements favorables à poursuite d'une carrière en recherche

- Favoriser le regroupement des chercheurs du département à l'intérieur de CIUSSS favorables à l'émergence de pôles d'expertise et de masses critiques.
- Favoriser l'association des GMF-U à des centres ou équipes de recherche.
- Envisager de définir des milieux cliniques « amis de la recherche » (au moins deux chercheurs cliniciens/ locaux et infrastructure capable d'accueillir ces chercheurs).
- Consolider le rôle du RRSPUM comme communauté de pratique et ancrage pour la recherche en première ligne au département.

8. Établir une stratégie pour le développement de la recherche en pédagogie médicale de concert avec la faculté de médecine et le CPASS

5. RÉFÉRENCES

1. Rosenblum, N.D., et al. *Rapport du comité consultatif externe : la formation et développement de carrière en recherche axée sur le patient*. 2013 2013-12-10 [cited 2018 2018-06-11]; Available from: http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/47693.html.
2. Gouvernement du Québec, *Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027*. 2017, Gouvernement du Québec: Québec, Québec.
3. Ministère de l'Économie, de la Science, and de l'Innovation, *Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation 2017-2022*. 2017, Gouvernement du Québec: Québec, Québec.
4. Boaz, A., et al., *Does the engagement of clinicians and organisations in research improve healthcare performance: a three-stage review.* BMJ Open, 2015. **5**(12): p. e009415.
5. Strong, M.J., et al., *The Rising Challenge of Training Physician-Scientists: Recommendations From a Canadian National Consensus Conference.* Acad Med, 2018. **93**(2): p. 172-178.
6. Beaulieu, M.-D., Lussier, M.-T., Bruneau, J., Lamothe, L., Raynault, M.-F., Montague, T., *Rapport du Groupe de travail sur le développement stratégique de la recherche en médecine familiale à l'Université de Montréal*. 2008, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal: Montréal. p. 1-16.
7. Karazivan, P., Authier, L.,, *Le recrutement et la relève en recherche au département de médecine de famille et médecine d'urgence* 2016, Département de médecine de famille et médecine d'urgence de l'Université de Montréal1-13: Montréal. p. 1-13.
8. Fonds de recherche du Québec, *Règles générales communes*. 2014, Fonds de recherche du Québec: Montréal, Québec. p. 43.
9. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec and Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Lettre d'entente nº 250*. 2012 2017-09-25 [cited 2018 17 mai]; Available from: https://www.fmoq.org/pratique/enseignement-et-recherche/lettre-d-entente-no-250-ayant-trait-a-la-mise-en-place-de-modalites-de-remuneration-particulieres-pour-les-chercheurs-en-medecine-de-famille/.
10. Rubio, D.M., et al., *A comprehensive career-success model for physician-scientists.* Acad Med, 2011. **86**(12): p. 1571-6.
11. Hogg, W., et al., *Fostering excellence: roles, responsibilities, and expectations of new family physician clinician investigators.* Can Fam Physician, 2014. **60**(2): p. e105-12.
12. Blanchard, M., et al., *Best Practices for Physician-Scientist Training Programs: Recommendations From the Alliance for Academic Internal Medicine.* Am J Med, 2018.
13. Ferrer, R.L., *Family Medicine Research: eyes wide open.* Fam Med, 2010. **42**(7): p. 514-6.
14. Ferrer, R.L. and D.A. Katerndahl, *Predictors of short-term and long-term scholarly activity by academic faculty: a departmental case study.* Fam Med, 2002. **34**(6): p. 455-61.
15. Fonds de recherche du Québec - Santé. *Chercheurs-boursiers cliniciens - Junior 1, Junior 2 et Senior*. 2018 2018-06 [cited 2018 17 mai]; Available from: http://www.frqs.gouv.qc.ca/fr/bourses-et-subventions/concours-anterieurs/bourse/chercheurs-boursiers-cliniciens-junior-1-junior-2-et-senior-zrtfdi111499106020327.
16. Pimlott, N. and A. Katz, *Ecology of family physicians' research engagement.* Can Fam Physician, 2016. **62**(5): p. 385-90.
17. Campbell, J., et al., *UK academic general practice and primary care.* Bmj, 2015. **351**: p. h4164.

18. Doubeni, C.A., et al., *A Physician Scientist Pathway in Family Medicine Residency Training Programs.* Ann Fam Med, 2017. **15**(6): p. 589-590.
19. Ferrer, R.L., S.J. Hambidge, and R.C. Maly, *The essential role of generalists in health care systems.* Ann Intern Med, 2005. **142**(8): p. 691-9.
20. White, D., *Lifeblood of a discipline.* Can Fam Physician, 2017. **63**(10): p. 813.
21. Le Collège des médecins de famille du Canada, *Une vision pour le Canada - La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille*. 2011, Le Collège des médecins de famille du Canada,: Mississauga, Ontario.
22. Canada, C.d.m.d.f.d., *Normes particulières applicables aux programmes de résidence en médecine familiale agréés par le Collège des médecins de famille du Canada. Le livre rouge.*, C.d.m.d.f.d. Canada, Editor. 2016: Mississauga, Ontario.
23. Hogg, W., et al., *Riding the wave of primary care research: development of a primary health care research centre.* Can Fam Physician, 2009. **55**(10): p. e35-40.
24. Albert, M., B. Hodges, and G. Regehr, *Research in medical education: balancing service and science.* Adv Health Sci Educ Theory Pract, 2007. **12**(1): p. 103-15.
25. Whitehead, C., Martin, D., Fernandez, N., Younker, M., Kouz, R., Frank, J., Boucher, A. *Integration of CanMEDS Expectations and Outcomes*. The Future of Medical Education in Canada. Postgraduate Project 2011 [cited 2018 August 22]; 1-24]. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/8eba/4abc313c02490612f3b93983556be23753ae.pdf.
26. Tremblay, J.-L., Lord, B.,Bourassa, J., Lemieux, M., *Cadre de référence en lien avec l'amélioration continue de la qualité dans les groupes de médecine de famille universitaires du Québec*. 2017, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale. p. 49.
27. Fonds de recherche du Québec - Santé. *Programme FRQS/MSSS de formation pour les médecins résidents en médecine familiale visant une carrière en recherche*. 2018 2018-06 [cited 2018 17 mai]; Available from: http://www.frqs.gouv.qc.ca/fr/bourses-et-subventions/concours-anterieurs/bourse/programme-frqsmsss-de-formation-pour-les-medecins-residents-en-medecine-familiale-visant-une-carriere-en-recherche-7lp0wzcu1499885265575.
28. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Cadre de gestion des Groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U). Approuvé par le ministre le 3 février 2015, mis à jour le 15 septembre 2016 et révisé Printemps 2017*. 2017, Gouvernement du Québec. p. 46.

6. Annexes

6.1 Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Étudiants intéressés à la recherche
Emma Glaser MD-MSc
Emmanuel Fortier
Cliniciens érudits
Emmanuelle Trépanier
Marie-Pierre Codsi
Mathieu Isabel
Rafaelle Déry-Bouthillier
Anne-Marie Landry
Rachel Rodrigue
Marie-Ève Tétreault-Deslandes
Directeurs programmes cliniciens érudits au Québec
Philippe Karazivan, UdeM (2014-2017)
Suzanne Laurin, UdeM (2017-2018)
Marie-Claude Beaulieu, U. Sherbrooke
Roland Grad, McGill
Sarah Numainville, U.Laval
Équipe Médecine d'urgence HSC
Jean-Marc Chauny
Éric Piette
Alexis Cournoyer
Chercheurs au département et cliniciens impliqués dans le RRSPUM
Julie Bruneau
Antoine Bovin
Nicolas Fernandez
Suzanne Brissette
Andréanne Côté
Nathalie Champoux
Serge Daneault
Isabel Rodrigues
Marie-Thérèse Lussier
Nancy McLaughlin
Géraldine Layani
Directeurs de recherche départements universitaires de médecine de famille au Québec
Janusz Kaczarowski, UdeM
Catherine Hudon, U. Sherbrooke
France Légaré, U. Laval
Holly Witteman, volet recherche en pédagogie, U.Laval
Gillian Bartlett, McGill
Charo Rodriguez, volet recherche en pédagogie, McGill
Autres
Lise Cusson, Directrice adjointe DMFMU jusqu'en avril 2018
Jordan Volpato, Directeur adjoint DMFMU depuis avril 2018

Anne-Cécile Desfaits, Directrice des programmes, FRQS
Jacques Lacroix, Directeur programme Clinicien investigateur, UdeM
Marie-Josée Dupuis, Vice-doyenne études post-doc UdeM

6.2 Annexe 2 : Guides d'entrevues

I. ENTREVUES AVEC LES DIRECTEURS DES PROGRAMMES CLINICIENS ÉRUDITS

MISE EN CONTEXTE :

La direction du département de médecine de famille et médecine d'urgence de l'UdeM m'a confié le mandat d'élaborer une stratégie pour soutenir les **cheminements de carrières en recherche** pour les médecins détenteurs d'un certificat de spécialité en médecine de famille au département. Deux profils de carrière sont à considérer, soit celui de :

- Chercheur clinicien autonome (clinicien consacrant 50% de son temps à ses activités de recherche et agissant à titre de candidat principal désigné)
- Médecin enseignant intégrant des activités de recherche à son mandat universitaire

Les directeurs des DMFU, m'ont demandé de préparer un rapport mettant en lumière les enjeux provinciaux pour guider la révision de la LE-250 prévue cet automne. J'ai accepté le mandat en insistant sur le fait qu'il faut profiter de cette opportunité pour faire une action concertée sur les quatre embûches structurelles énumérées plus haut. Le rapport est attendu le 21 juin. Le contenu des entrevues sera traité de façon confidentielle. Le rapport sera partagé avec les quatre départements.

L'objectif de cette entrevue est d'identifier les enjeux propres à la résidence Clinicien érudit comme début d'une formation en recherche en santé et en pédagogie.

Domaine	Questions
Définition de 2 profils de carrière en recherche	Y a-t-il à votre département 2 profils de carrière de recherche différents pour les cliniciens? Comment cela est-il expliqué aux candidats du programme CÉ?
Formation	Quels sont selon vous les objectifs de la résidence cliniciens érudits? Croyez-vous qu'on a raison de la présenter comme un tremplin à une carrière de recherche ?

Domaine	Questions
	Quelle proportion des résidents opte pour d'autres parcours que la recherche? Quelle proportion obtient un MSc? Encouragez-vous d'intégrer d'emblée la formation sur 3 ans? Devrait-on tout mettre en œuvre pour encourager les candidats qui se destinent à une carrière de recherche aille faire un fellowship d'au moins un an à l'extérieur?
Attentes / Productivité	Insistez-vous pour que les résidents publient au moins un article scientifique- Les aidez-vous à s'intégrer à une équipe et à être co-auteurs d'articles et communications? Exigez-vous qu'ils appliquent de façon précoce à des concours de bourses de formation pour leur permettre de terminer leur formation? Les aidez-vous à le faire?
Enjeu des transitions/ ressources nécessaires	Comment soutenez-vous financièrement la dernière année pour terminer un MSc? Avez-vous accès à des bourses à l'interne (département, université, centre de recherche)? Connaissez-vous le programme de bourses de formation pour du FRQS pour les résidents qui se destinent à une carrière de recherche ? Combien de vos candidats s'en sont-ils prévalus ?
Mentorat / Encadrement	Quelles sont les responsabilités du directeur du programme de résidence vs du directeur de thèse? Comment vous assurez-vous que les résidents réalisent les jalons de leur programme?
Enjeux provinciaux	Quel sont les plus grands défis pour que le programme Clinicien érudit contribue au développement de la capacité de la médecine de famille académique? Quelles sont les embûches au recrutement et au début de la carrière des jeunes médecins qui se destinent à la recherche ?

II. ENTREVUES AVEC LES DIRECTEURS DE LA RECHERCHE DES DMFU

La direction du département de médecine de famille et médecine d'urgence de l'UdeM a créé un groupe de travail dont le mandat est d'élaborer une stratégie pour soutenir les **cheminements de carrières en recherche** pour les médecins détenteurs d'un certificat de spécialité en médecine de famille au département. Par recherche on entend recherche en santé et en pédagogie médicale.

La collecte d'information comprend une revue de la littérature, des entrevues et une analyse des sites web des différents départements de médecine de famille et programmes de formation et de soutien financier. Informés de cette démarche de l'UdeM les directeurs des DMFU, m'ont demandé de préparer un rapport mettant en lumière les enjeux provinciaux qui émaneront de ce travail. Le rapport est attendu le 21 juin. Le contenu des entrevues sera traité de façon confidentielle.

Deux profils de carrière sont à considérés :

- Chercheur clinicien autonome (clinicien consacrant 50% ou plus de son temps à ses activités de recherche et bénéficiant d'une bourse de carrière)
- Médecin enseignant intégrant des activités de recherche à son mandat universitaire. Selon les critères de la LE-250 le temps consacré à la recherche doit être d'au moins 20 %

Domaine	Questions
Définition de 2 profils de carrière	La description des 2 profils de carrière de chercheur correspond-elle à la réalité de votre département? Pensez-vous que c'est important de définir de façon explicite différents profils de carrière en recherche ? Avez-vous une stratégie de recrutement explicite pour ces 2 profils de carrière ? Pensez-vous que le profil de clinicien enseignant consacrant 20% de son temps en recherche est un cheminement de carrière viable à long terme?
Formation	Quelle est la formation minimale essentielle qui devrait être exigée d'un clinicien aspirant à une carrière de chercheur

Domaine	Questions
	clinicien autonome? Comment votre département soutient-ils le parcours de formation de ces candidats potentiels? Quelle devrait être la formation minimale pour soutenir le profil d'un clinicien qui souhaite intégrer la recherche à son mandat sans y consacrer 50% ou plus? Y a-t-il un programme de développement professoral en recherche pour ces enseignants? Comment le R3 Clinicien érudit contribue-t-il à la formation de chercheurs cliniciens potentiels?
Attentes / Productivité	Les attentes en termes de productivité sont-elles signifiées clairement aux aspirants à la carrière de chercheur clinicien et aux cliniciens intégrant des activités de recherche à leur mandat ?
Enjeu des transitions/ ressources nécessaires	Y a-t-il un programme départemental, formel ou informel, de soutien financier pour soutenir les transitions dans le cheminement d'une carrière de chercheur clinicien? Avez-vous accès à des bourses à la faculté de médecine ou à l'université? Avez-vous utilisé le programme de bourses de formation destiné aux résidents en médecine familiale se destinant à une carrière de recherche du FRQS ? Pourquoi? Comment soutenez-vous les carrières de recherche en pédagogie médicale?
Mentorat / Encadrement	Avez-vous un programme départemental de mentorat pour les professeurs engagés dans une carrière de recherche?

Domaine	Questions
Conditions de succès/ Milieu d'accueil **-Temps protégé** **-Masse critique de collègues** **- rémunération** **-PhD non médecins**	Comment créez-vous des environnements favorables à la recherche dans les milieux cliniques dans les GMF-U urbains et en région? Cherchez-vous à regrouper les chercheurs en masse critique autour d'axes de recherche explicites? Comment votre RRAPL est-il intégré au secteur de la recherche de votre département ? Quelles sont les embûches pour en faire un laboratoire de recherche pour les chercheurs du département? Croyez-vous qu'il est réaliste et souhaitable de viser qu'il y ait un chercheur dans chaque GMF-U ? Quelle est la contribution des PhD non médecins au développement de la capacité de recherche dans votre département? Comment la LE-250 a-t-elle contribué à soutenir le développement de la capacité de recherche dans votre département? À quoi devrait servir la LE-250 Comment améliorer ce programme?

III. Entrevues avec les chercheurs cliniciens et cliniciens enseignants qui font de la recherche.

INTRODUCTION

L'objectif de cette entrevue est de comprendre votre parcours professionnel en d'identifier les facteurs facilitant et les embûches que vous avez rencontrées afin de formuler des recommandations au département sur des actions concrètes à mettre en place à court terme. Nous voulons aussi identifier les actions à prendre au niveau provincial. Toutes les informations resteront confidentielles.

PARCOURS DE FORMATION ET PROFIL DE CARRIÈRE

- Qu'est-ce qui vous a amené à la recherche ? Décrivez votre parcours.
- Quelle proportion de votre temps consacrez-vous à vos activités de recherche?
- Êtes-vous intégré à un centre ou une équipe de recherche?
- Comment voyez-vous la poursuite de votre carrière?

APPUI FINANCIER

- Avez-vous bénéficié d'une bourse de formation et ou d'une bourse salariale?
- Comment sont rémunérées vos activités actuelles de recherche ?

FACTEURS FAVORISANTS ET EMBÛCHES

- Quels ont été les principaux facteurs favorisants?
- Quelles ont été les principales embûches ?
- Avez-vous bénéficié d'un programme de mentorat ou d'un encadrement au cours de votre parcours ?
- Croyez-vous qu'il soit souhaitable de viser à ce que chaque GMF-U intègre un chercheur ? Si oui, à quelles conditions? Si non, pourquoi?

ACTIONS PRIORITAIRES

- Quelles sont les 3 choses essentielles que le département peut faire pour soutenir le continuum d'une carrière en recherche en médecine familiale? Quelles actions relèvent du MSSS et du FRQS ?

IV. Entrevues avec les étudiants engagés dans le programme MD/MSc ou MD/PhD

INTRODUCTION

La direction du département de médecine de famille et médecine d'urgence de l'UdeM m'a confié le mandat de proposer d'élaborer une stratégie pour soutenir les **cheminements de carrières en recherche** pour les médecins détenteurs d'un certificat de spécialité en médecine de famille au département. L'objectif de cette entrevue est d'identifier des façons d'intéresser les étudiants en médecine à une carrière académique en médecine familiale et d'encourager le parcours MD/PhD/MSc. comme voie d'entrée à une carrière de chercheur en médecine familiale. Toutes les informations resteront confidentielles.

PARCOURS DE FORMATION

- Aviez-vous complété ou débuté une autre formation avant d'entrer en médecine?
- Comment le goût pour une carrière de chercheur clinicien vous est-il venu si tôt?
- Quel est le domaine de recherche qui vous intéresse ?
- Avez-vous arrêté votre choix sur la médecine de famille ou pensez-vous à une autre spécialité?
- Qu'est-ce qui sera déterminant dans le choix de la spécialité et/ou du milieu d'accueil?

APPUI FINANCIER

- Avez-vous bénéficié d'une bourse de formation et ou d'une bourse salariale?

FACTEURS FAVORISANTS ET EMBÛCHES

- Quels ont été les principaux facteurs favorisants?
- Quelles ont été les principales embûches ?
- Avez-vous bénéficié d'un programme de mentorat? Étiez-vous intégré à un centre ou une équipe de recherche?

ACTIONS PRIORITAIRES

- Quelles sont les 3 choses essentielles que le département peut faire pour la carrière en recherche en médecine familiale ?

V. Entrevues avec les résidents engagés dans le programme Clinicien érudit

INTRODUCTION

La direction du département de médecine de famille et médecine d'urgence de l'UdeM m'a confié le mandat de proposer d'élaborer une stratégie pour soutenir les **cheminements de carrières en recherche** pour les médecins détenteurs d'un certificat de spécialité en médecine de famille au département. L'objectif de cette entrevue est d'identifier les enjeux propres à la résidence Clinicien érudit et à identifier des façons d'intéresser les étudiants en médecine à une carrière académique en médecine familiale. Il ne s'agit pas d'évaluer le programme de la résidence et toutes les informations resteront confidentielles.

PARCOURS DE FORMATION

1. Aviez-vous complété ou débuté une autre formation avant d'entrer en médecine?
2. Comment le goût pour une carrière académique en médecine de famille est-il venu?
3. Qu'est-ce qui vous a poussé à entreprendre le Clinicien-Érudit?

À PROPOS DE LA RÉSIDENCE CLINICIEN ÉRUDIT

4. Que saviez-vous des possibilités de carrière en recherche en médecine de famille quand vous avez débuté le clinicien érudit ? Vous a-t-on expliqué les différentes possibilités?
5. Quel est votre projet de recherche ? À quel programme de formation de maîtrise êtes-vous inscrit?
6. Comment pourrions-nous améliorer le programme ?
7. Dans quelles conditions seriez-vous prêts à envisager de faire un fellowship à l'extérieur après la fin de votre ? Devrait-on aborder cela très tôt dans le parcours?

À PROPOS DE LA SUITE APRÈS LA FORMATION

8. Comment voyez-vous le début de votre pratique et la poursuite d'activités de recherche? Savez-vous où vous allez débuter votre pratique?

VI. Groupe de discussion avec les résidents inscrits au programme clinicien érudits ou l'ayant terminé récemment

INTRODUCTION

- Rappel du mandat
- Rappel que la confidentialité et l'anonymat seront respectés dans le rapport
- Rappel que des rencontres individuelles auront lieu pour explorer les enjeux plus spécifiques à chaque cheminement
- Déroulement : Marie-Pierre animera la rencontre- je prendrai surtout les notes

PROFIL DE CARRIÈRE

Que saviez-vous des possibilités de carrière en recherche en médecine de famille quand vous avez débuté le clinicien érudit ? Vous a-t-on expliqué les différentes possibilités?

Comment envisagez-vous votre carrière de recherche ?

- Explorer : chercheur autonome au moins 50% du temps en recherche vs recherche comme partie de votre carrière mais plus comme collaborateur?
- Que connaissent-ils des moyens de financement pour une carrière en recherche

À PROPOS DE LA RÉSIDENCE CLINICIEN ÉRUDIT

Qu'est-ce qui vous a poussé à entreprendre le Clinicien-Érudit?

Quelles devraient être les caractéristiques fondamentales de la résidence Clinicien érudit (CÉ)?

- Explorer : Devrait-on d'emblée proposer une formation intégrée sur 3 ans?
- Idées pour améliorer le programme?
- Quelles sont les difficultés rencontrées propres au programme de R3?

Quelles sont selon vous les responsabilités du directeur du programme CÉ? En quoi devraient-elles être différentes de celles du superviseur de votre projet et/de maîtrise?

Quelles ressources votre milieu d'accueil devrait-il vous offrir pendant la résidence ?

- Explorer : un local de travail / participation à des activités scientifiques / participation à des projets en cours pour augmenter les opportunités de publications ?

Dans quelles conditions seriez-vous prêts à envisager de faire un PhD ou un fellowship à l'extérieur ? Devrait-on aborder cela très tôt dans le parcours?

Pour être accepté dans le programme Clinicien investigateur (Collège Royal) il faut s'engager à faire un fellowship après la maîtrise et à faire des demandes de bourses pour soutenir la fin du parcours de formation. Pensez-vous qu'on devrait faire cela pour le programme clinicien érudit?

À PROPOS DE LA TRANSITION APRÈS LA FORMATION CLINICIEN ÉRUDIT

Qu'est-ce qui est le plus difficile dans la transition entre R2 et R3? R3 et début de patronat?

Comment peut-on amoindrir des difficultés?

Avez-vous un plan de mentorat ?

- Explorer : Comment a-t-il été développé ? Est-il suivi? Avez-vous des rencontres statutaires ? Avez-vous quelqu'un à qui parler si le plan de mentorat ne va pas bien?

Quelles sont les responsabilités du mentor?

Que doit vous offrir votre milieu d'accueil ? Quelles sont les conditions de succès ?

Avez-vous eu de la difficulté à trouver un poste en milieu d'enseignement? Difficultés à protéger du temps de recherche?

- Combien de patients aurez-vous à suivre?

Quels sont les principaux obstacles à la finalisation de votre projet de recherche?

Avez-vous réfléchit aux impacts financiers de votre choix de carrière ?

VII. Entrevue avec des cliniciens chercheurs au RRSPUM

INTRODUCTION

Le « modèle » du clinicien qui « fait de la recherche» sans être un chercheur de carrière est un modèle au cœur de la vision des PBRN/RRAPL et aussi de la vision d'un département clinique universitaire de médecine de famille. Ce modèle est encouragé par le CMFC et la vision du Centre de médecine de famille, le MSSS à travers la SRAP et par le FRQS à travers Réseau-1. La LE-250 reconnaît comme priorité 3 un profil de clinicien qui consacre au moins 20% de ses activités en recherche et qui n'est ni chercheur de carrière ni aspirant à le devenir.

Ceci dit ce profil de carrière reste mal défini, compris souvent de façon « romantique » plutôt que réaliste. Au département on observe aussi un clivage entre les chercheurs dits de carrières et leurs équipes et les CUMF-RRAPL, plus que sur les unités de formation en établissement où nous avons des cliniciens enseignants impliqués dans des activités de recherche de façon assez soutenue sans être chercheur de carrière (Toxico, Soins palliatifs, Soins aux personnes âgées, Urgence).

QUESTIONS

Quelle est la situation actuelle dans le RRSPUM en termes d'engagement des cliniciens enseignants dans les activités du RRSPUM ?

Quel est le profil des enseignants les plus actifs ? Y a-t-il des enseignants qui consacrent 20% de leur temps à des activités de recherche au sein du RRSPUM actuellement.

Est-il viable et souhaitable de soutenir l'émergence de ce « profil de carrière » dans nos CUMF?

Quel serait les responsabilités / tâches académiques associées à ce profil ?

Quelles sont les conditions de succès à mettre en place pour développer ce profil de carrière et soutenir un cheminement de carrière intéressant au sein du département :

- Formation minimale ?
- Engagement sur une période définie ?
- Encadrement explicite et attentes claires?
- Temps protégé
- Rémunération
- Reconnaissance et bénéfices ?

Comment pourrait-on créer des leviers à partir des projets d'érudition et d'amélioration de la qualité, le RRSPUM, les chercheurs de nos départements?

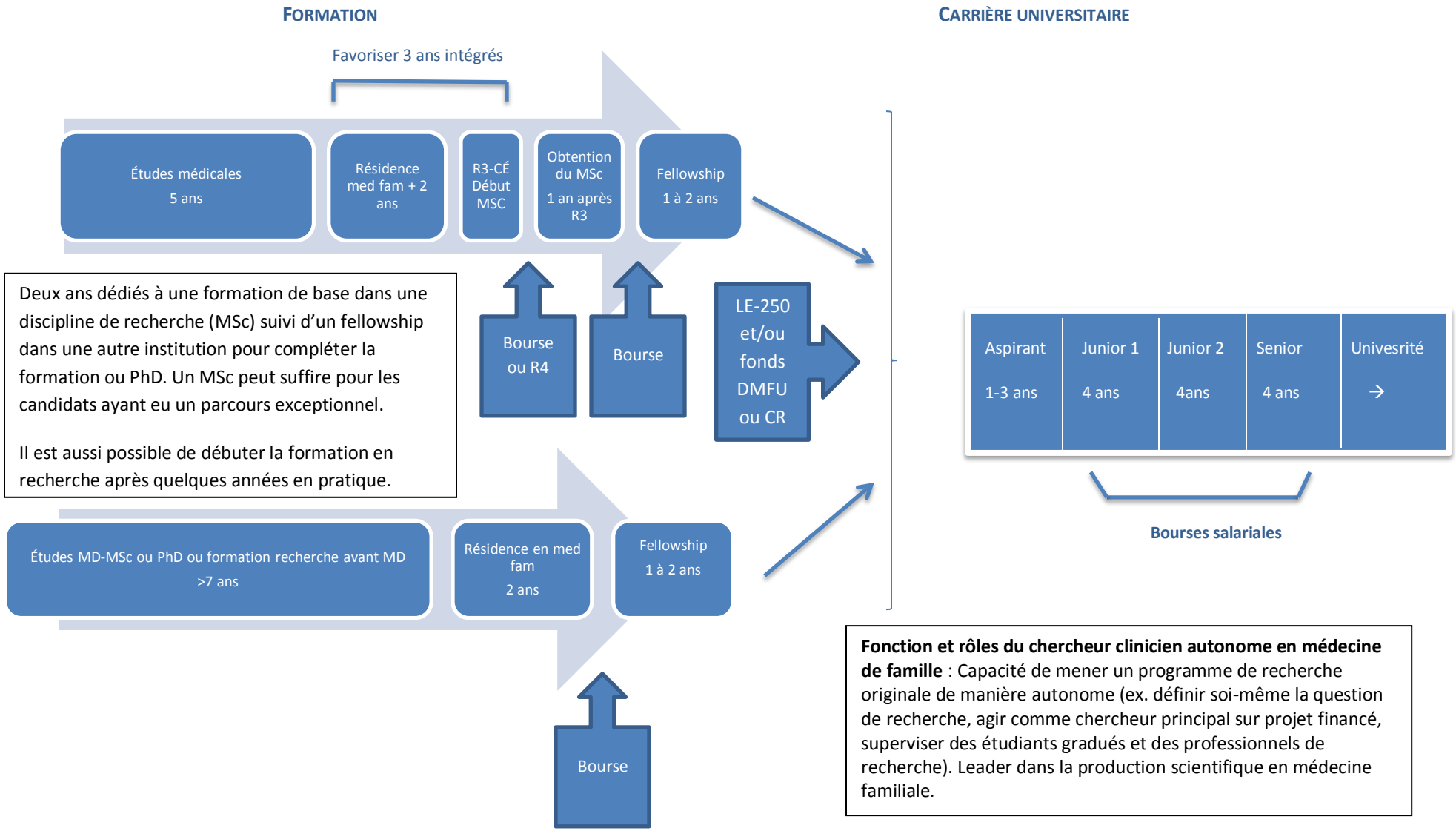
VIII. Entrevues avec les responsables de l'organisation de la recherche en pédagogie (2 entrevues)

- Comment est organisé le secteur de la recherche en pédagogie médicale à votre département ?
- Quel est le profil de carrière des professeurs qui ont des activités de recherche en pédagogie médicale ? Y a-t-il des chercheurs autonomes consacrant 50% ou plus de leur temps à leurs recherches ?
- Comment est protégé et rémunéré le temps que ces professeurs consacrent à la recherche en pédagogie?
- Exigez-vous une formation de base des professeurs qui veulent faire de la recherche en pédagogie médicale ? Est-ce la même pour les différents profils de carrière ?
- Quelles sont les sources de financement disponibles pour soutenir la formation menant à une carrière de chercheur clinicien en pédagogie ?

- Comment le département crée-t-il un environnement favorable pour permettre le cheminement de carrières fructueuses en recherche tout au long du continuum?
    a. Masse critique de chercheurs et intégration de chercheurs PhD non cliniciens
    b. Programme de mentorat
    c. Accès à du soutien financier
    d. Alliances avec d'autres départements ou centres de recherche

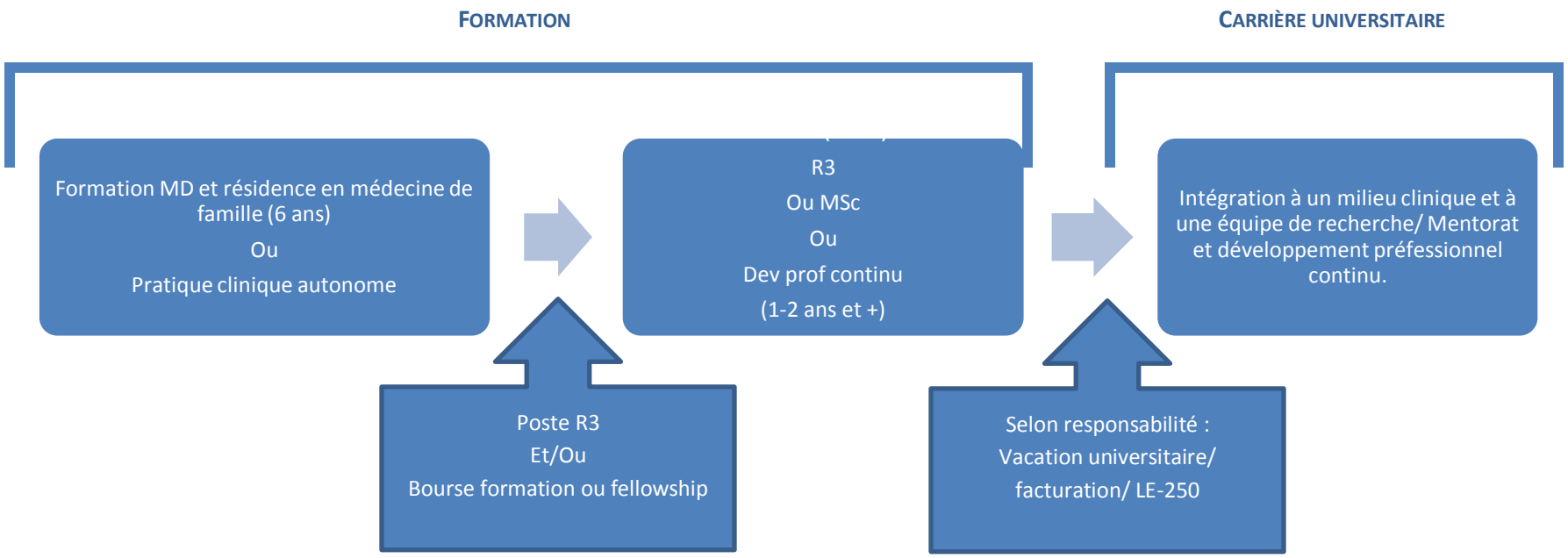
6.3 Annexe 3 : Figures des trajectoires de carrière

FIGURE 1 : CHERCHEUR CLINICIEN AUTONOME (50% ET PLUS DU TEMPS DÉDIÉ À LA RECHERCHE)



Fonction et rôles du chercheur clinicien autonome en médecine de famille : Capacité de mener un programme de recherche originale de manière autonome (ex. définir soi-même la question de recherche, agir comme chercheur principal sur projet financé, superviser des étudiants gradués et des professionnels de recherche). Leader dans la production scientifique en médecine familiale.

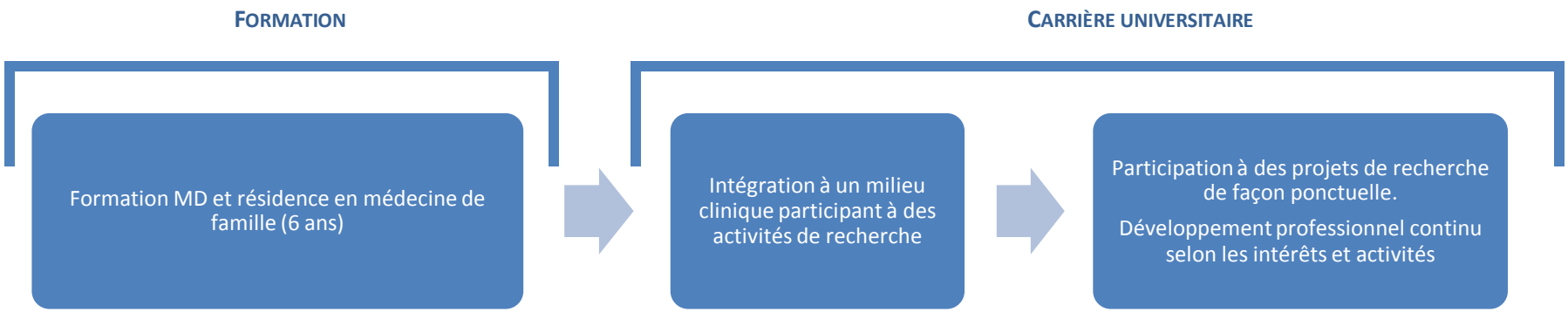
FIGURE 2 : CLINICIEN-ENSEIGNANT- CHERCHEUR (20% À 50% DU TEMPS CONSACRÉ À LA RECHERCHE)



Une année additionnelle de résidence, pratique avancée ou clinicien érudit, comme formation de base complétée par une formation en recherche sous forme de MSc, de fellowship ou de développement professionnel continu, peuvent mener à cette trajectoire de carrière. Il est aussi possible de compléter la formation en recherche après quelques années de pratique.

Fonction et rôles du clinicien chercheur en médecine de famille : Participe à des activités de recherche dans le cadre des priorités du DMFMU et en tant que membre d'un réseau de recherche (Réseau 1 ou autre réseau thématique). Contribue aux activités d'enseignement de l'érudition et de l'amélioration continue de la qualité. Mandat renouvelé aux 3 ans.

FIGURE 3 : CLINICIEN COLLABORATEUR DE RECHERCHE



Le programme de résidence en médecine de famille prépare les médecins à participer à des activités de recherche de façon ponctuelle et à intégrer de façon critique les résultats de la recherche dans les activités de soins, d'enseignement et d'amélioration de la qualité.

L'expertise clinique acquise au fil des années de pratique est la principale contribution de ces cliniciens-enseignants à la recherche.

Fonction et rôles du clinicien collaborateur de recherche:

Contribue notamment à l'élaboration de priorités et questions de recherche, en soutenant l'émergence de recherches issues de la pratique clinique, en formant les étudiants et résidents dans l'utilisation critique des données issues de la recherche, et en favorisant l'intégration de la recherche dans l'amélioration continue des pratiques.

Comprend aussi l'importance de maintenir des dossiers médicaux électroniques de qualité et contribue ainsi à l'émergence d'une culture de la mesure (validité et fiabilité des informations cliniques) essentielle tant pour la recherche que pour l'amélioration continue de la qualité.

6.4 Annexe 4 : Tableaux résumant les ressources de formation et de soutien salarial colligées dans une base de données

I. PROGRAMMES DE FORMATION EN SANTÉ ET EN PÉDAGOGIE MÉDICALE RÉPERTORIÉS

Programme de formation		Informations recueillies
Volet santé	**Volet pédagogie médicale**	
Maitrises et Doctorats	**Maitrises et doctorats**	**1.** Objectif du programme **2.** Date limite pour la demande d'admission **3.** Clientèle visée / éligibilité **4.** Structure du programme - Nombre de crédits - Options - Déroulement (présence et durée) **5.** Coûts **6.** Soutien financier offert
Université de Montréal	**Université de Montréal**	
- MSc et PhD en Sciences biomédicales - MSc en Administration des services de santé - MSc en Épidémiologie - MSc et PhD en Santé publique	- M.A. Sciences de l'éducation, option Pédagogie universitaire des sciences médicales - M.Éd. (Maitrise professionnelle) - M.Éd en pédagogie médicale	
Université McGill	**Université McGill**	
- MSc et PhD (Ad Hoc) en Médecine familiale	- M.A. Medical Anthropology	
Université Western Ontario	**Université de Toronto**	
- MSc et PhD en Médecine familiale	- Master of Science in Community Health in Health Practitioner Teacher Education (MScCH)	
Université de Toronto	**Université de Paris13**	
- Master of Science in Community Health in Family and Community Medicine (MScCH)	- Master en santé publique - spécialité Ingénierie des formations en santé	
Microprogrammes, DESS, certificats et fellowships	**Université de Strasbourg**	
Université de Montréal	- Master Pédagogie en sciences de la santé	
- Microprogramme en Éthique clinique	**Université de Leeds**	
School for Primary Care Research (UK)	- MEd Clinical Education	
- PG Certificate in International Primary Care Research Leadership - TUTOR-PHC (certificate)	**Université d'Aberdeen**	
	- MSc Clinical Education	
North American Primary Care Research Group	**Université de Maastricht**	
- Grant Generating Project (fellowship)	- Master of Health Professions Education	
PhD Medical Sciences – Radboud University Nijmegen, Netherlands	**Microprogrammes, DESS, certificats et fellowships**	
	Université de Montréal	
	- Microprogramme de 2e cycle en Pédagogie universitaire des sciences de la santé	
	Université Laval	
	- Microprogramme de 2e cycle et DESS en Pédagogie universitaire des sciences de la santé	

	Université de Sherbrooke - Microprogrammes de 2e et de 3e cycle en Pédagogie des sciences de la santé **Université de Toronto** - Post-Doctoral Fellowship (Wilson Centre) **Université de Colombie-Britannique** - Clinical Educator Fellowship program **Université de Strasbourg** - Diplôme IU de pédagogie en sciences de la santé **Université de Dundee** - MMEd Medical Education (PG certificate) **Université de Leeds** - PG Certificate Clinical Education	

II. PROGRAMMES DE BOURSES DE FORMATION

Programme de bourse	Informations recueillies
Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS) - MSc et PhD - MD-MSc et MD-PhD - Résident en médecine familiale - Stagiaire post-doctoral - Fellowship **Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)** - MSc (BESC-M) - PhD (BESC-D + BEDE) - PhD (BESC Vanier) - Stagiaire post-doctoral (Banting) - Stagiaire post-doctoral (BR)	**1.** Objectif du programme **2.** Date limite pour soumettre la demande de bourse **3.** Montant et durée **4.** Candidats visés **5.** Critères d'éligibilité **6.** Critères d'évaluation et d'excellence **7.** Conditions particulières (ex. travail rémunéré permis) **8.** Autres particularités (ex. quotas par université)

III. PROGRAMMES DE BOURSES SALARIALES

Programme de bourse	Informations recueillies
Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS) - Chercheurs-boursiers Junior 1 - Chercheurs-boursiers cliniciens Junior 1 **Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)** - Clinicien-chercheur **Chaires de recherche du Canada (IRSC + CRSNG + CRSH)** - Chaire de niveau 2 (chercheurs émergents) **Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)** - LE-250 FMOQ-MSSS	**1.** Objectif du programme **2.** Date limite pour soumettre la demande de bourse **3.** Montant et durée **4.** Candidats visés **5.** Critères d'éligibilité **6.** Critères d'évaluation et d'excellence **7.** Conditions particulières (ex. lieu de recherche) **8.** Autres particularités (ex. présentation d'une candidature plus d'une fois)

6.5 Annexe 5 : Tableau résumé des recommandations en fonction de l'échéance et des partenaires à mobiliser

RECOMMANDATION	Échéance			Partenaires		
	Court terme (4 mois)	Moyen terme (12 mois)	Long terme (18 mois)	DMFMU	Faculté de médecine	Partenaires provinciaux
1. Favoriser la concertation entre les détenteurs d'enjeux au niveau provincial pour mettre en place des parcours de formation et de carrière cohérents et réalistes • Créer un groupe de travail provincial regroupant toutes les parties prenantes en collaboration avec les autres départements universitaires de médecine de famille	✓			Direction du DMFU	Décanat Vice-décanat recherche	DMFU MSSS DSIP FRQS FMOQ DRMG
2. Consolider une masse critique de chercheurs représentant les différents profils de carrière • Établir un plan de recrutement de chercheurs PhD dans les axes prioritaires du département et de la faculté		✓		Direction du DMFU	VD recherche& affaires profes.	
• Établir un plan de recrutement pour assurer une relève en chercheurs cliniciens autonomes		✓		Direction du DMFU	VD recherche& affaires profes.	
• Identifier les cliniciens ayant déjà complété une formation de recherche et intéressés par la recherche			✓	Direction du DMFU DLP		

RECOMMANDATION	Échéance			Partenaires		
• Établir une stratégie pour dépister candidats potentiels le plus tôt possible			✓	Direction du DMFU DLP VD prégrad		
3. Définir des parcours explicites et mettre en place les conditions de succès pour soutenir les différentes trajectoires de recherche au département • À l'intérieur des balises du cadre GMF-U, définir en partenariat avec les DLP une politique de temps protégé adaptée aux différentes trajectoires de carrière		✓		Direction du DMFU DLP		
• Définir les sources pour soutenir financièrement le temps protégé en recherche en fonction des différentes trajectoires et mandats confiés (facturation, vacations universitaires, LE-250, professeur sous octroi, etc.)		✓		Direction du DMFU DLP		
• Établir des critères et processus d'évaluation transparents associés à la rémunération pour le temps protégé pour des activités de recherche		✓		Direction du DMFU DLP		
• Créer des bourses pour soutenir des compléments de formation à la recherche (philantropie & collaboration			✓	Direction du DMFU	Décanat & VD post-grad et recherche	

RECOMMANDATION	Échéance			Partenaires		
avec le décanat) • Diffuser activement les trajectoires de carrières et les politiques qui sous-tendent le développement de la capacité de recherche au département.		✓		Direction du DMFU DLP		
4. Développer une culture de recherche au département et offrir un continuum d'exposition à la recherche pour nos étudiants et nos professeurs • Créer un stage de recherche en médecine familiale pour les externes et les résidents-1			✓	Direction recherche &progr. & prégrad.	VD prégrad et postgrad.	
• Augmenter l'offre de stages d'été en recherche en médecine familiale		✓		Direction recherche & progr.	VD post grad	
• Intégrer les projets d'érudition et d'amélioration continue à la stratégie départementale de développement de la recherche		✓		Direction recherche & progr.		
• Bonifier la formation à l'érudition de tous les résidents: réduire la variabilité entre les milieux			✓	Direction recherche & progr.		
• Élaborer un programme de développement professoral en recherche adapté aux besoins des cliniciens enseignants désirants faire de la recherche (le PANPRO de la recherche)			✓	Direction recherche & dev.prof.	CPASS	Réseau-1 Unité Soutien SRAP

RECOMMANDATION	Échéance			Partenaires		
5. Bonifier le programme Clinicien érudit • Avancer l'inscription plus tôt pour éviter la compétition avec l'allocation des PREMs • Encourager un parcours intégré sur 3 ans • Définir un tronc commun et un accompagnement précoce et soutenu • En partenariat avec le vice-décanat aux études post graduées créer un poste de R4 pour permettre à des candidats de compléter leur maîtrise		✓		Dir prog et CÉ & dir pregrad.	VD prégrad et VD post-grad	
			✓	Direction du DMFU Dir CÉ et dir prog.	VD postgrad.	MSSS
6. Structurer un programme explicite de mentorat et d'accompagnement • Créer dès maintenant un comité d'accompagnement pour les aspirants à la carrière de chercheur clinicien autonome • Mettre en place un programme de mentorat pour soutenir la progression de chaque professeur qui se destine à une carrière de recherche	✓			Direction du DMFU Direction recherche et dev.prof		
		✓		Direction du DMFU Direction recherche et dev.prof.	CPASS	

RECOMMANDATION	Échéance			Partenaires		
7. Regrouper les chercheurs cliniciens dans des environnements favorables à poursuite d'une carrière en recherche • Favoriser le regroupement des chercheurs du département à l'intérieur de CIUSSS favorables à l'émergence de pôles d'expertise et de masses critiques • Favoriser l'association des GMF-U à des centres ou équipes de recherche • Envisager définir des milieux cliniques « amis de la recherche » • Consolider le rôle du RRSPUM comme communauté de pratique pour la recherche en première ligne			✓	Direction du DMFU Direction recherche DLP	Décanat VD rech. VD exécutif	CIUSSS et CISSSS affiliés Centres de recherche
8. Établir une stratégie pour le développement de la recherche en pédagogie médicale de concert avec la faculté de médecine et le CEPASS			✓	Direction du DMFU Direction recherche & dev.prof & prog	Décanat CPASS VD Rech. VD affaires prof.	

6.6 Annexe 6 : Processsus et critères pour accéder à une rémunération du temps protégé en recherche et création du Comité de mentorat en recherche

Basé sur les entrevues, la littérature, l'analyse du programme de chercheurs boursiers cliniciens, et les pratiques dans plusieurs centres de recherche, le groupe de travail propose les critères et processus suivants pour déterminer l'accès à du temps protégé et à sa rémunération, incluant un soutien financier possible par le département et/ou une recommandation pour une rémunération via la LE-250. Il reviendra au Comité directeur du département, dont le directeur de la recherche est membre, de prendre les décisions finales.

Le processus proposé est le suivant :

1. Préalablement à toute démarche formelle pour l'obtention de temps protégé et d'accès aux ressources du département, **établir avec les candidats le profil de carrière visé** à savoir celui de chercheur clinicien autonome (50% et plus du temps consacré à la recherche) ou de clinicien-enseignant-chercheur (20 à 50%). Cette décision doit se prendre en tenant compte des aspirations de chaque candidat mais aussi de la robustesse de leur formation en recherche et de leurs réalisations et de leur potentiel de succès à des concours de bourses salariales. **Nous conseillons de donner la responsabilité de cette évaluation au comité de mentorat pour la recherche** que nous recommandons de créer (voir plus loin). Si le candidat a du potentiel mais que sa formation est jugée perfectible, le comité de mentorat pourra l'orienter vers un programme de formation adapté à son choix de carrière et aussi vers des programmes de bourses de formation. La base de données créée par le groupe de travail peut servir de référence.
2. **Déterminer le temps à libérer pour la recherche**. Nous conseillons de fixer ce temps à 50% pour tout aspirant au profil de chercheur clinicien autonome au même titre que ceux qui ont atteint ce statut. Pour les cliniciens-enseignants-chercheurs ce temps devra être défini de concert avec le milieu de pratique en regard du mandat spécifique confié au candidat et des possibilités de rémunération. Le mandat de recherche confié doit être aligné avec les priorités stratégiques du DMFMU concernant la recherche et son enseignement aux résidents et étudiants en médecine.
3. **Soumettre une demande formelle pour l'accès à des ressources du département,** incluant une rémunération potentielle. Nous recommandons que les demandes soient évaluées par le Comité directeur du département. Il faudra identifier une ou deux dates par année pour soumettre des demandes en fonction des échéances pour les principaux concours de bourses d'études ou de soutien salarial.
4. Comme il faut du temps pour accomplir ses premières réalisations en recherche, nous recommandons **que l'accès aux ressources du département soit accordé pour une période de 3 à 4 ans**, moyennant bien sûr la progression du dossier en fonction des jalons définis pour chaque candidat.

Nous proposons les **critères d'évaluation** suivants pour toutes les demandes d'accès à des fonds de soutien du DMFMU:

1. **Intégration formelle à une équipe de recherche ou centre de recherche** affilié à l'Université de Montréal et accès aux ressources selon le statut obtenu et accès à un espace de travail si pas d'accès dans le milieu clinique. Pour les aspirants au statut de chercheur clinicien autonome, le statut de chercheur ou chercheur associé est essentiel. Pour les cliniciens-enseignants-chercheurs un statut d'investigateur est suffisant.
2. **Confirmation par le chef de département clinique du temps protégé** et de la charge de travail clinique et d'enseignement en fonction du profil visé et accès à un espace de travail (avec lettre d'appui). Si la tâche est compatible avec l'encadrement de projets d'érudition et/ou d'amélioration de la qualité, des heures de facturation pourraient être attribuées formellement ainsi que du temps pour la participation à des réunions.
3. Engag**ement à appliquer à un concours de bourse de soutien salarial/bourse de formation** dans les deux ans suivant le début du soutien du département.
4. **Ébauche du plan de recherche** : programme indépendant pour les aspirants au statut de chercheur clinicien autonome ou contribution à la programmation du département pour les cliniciens-enseignants-chercheurs.
5. **Alignement avec le plan départemental de développement stratégique de la recherche** (ex. synergie avec les milieux cliniques, regroupements thématiques, collaborations internes et externes).
6. **Potentiel de financement externe** (bourse de formation ou salariale) en fonction des critères d'évaluation des organismes subventionnaires (qualité de la formation de recherche, subventions obtenues et publications scientifiques).
7. **Plan de mentorat** défini et mentor confirmé par le Comité de mentorat.

Nous proposons que le **plan de mentorat** et de progression des candidats se base sur les dimensions utilisées par le Centre CT Lamont du département de médecine de famille de l'Université d'Ottawa. Ces critères reprennent les éléments clés du parcours menant à l'obtention de la première bourse de soutien salarial et l'accès à un poste universitaire pour les aspirants à la carrière de chercheur clinicien autonome. Pour les candidats aspirant au second profil, la période de trois ans correspond à la période de renouvellement des titres de professeurs à l'université. Le **tableau suivant reprend les dimensions et activités** utilisées au Centre de recherche CT Lamont à titre d'information [11].

Comme l'engagement dans une trajectoire de chercheur clinicien autonome doit par définition aboutir à une première bourse de soutien salarial et à l'obtention d'un poste universitaire, il importera que tout candidat exprimant la volonté de ce choix de carrière rencontre le vice-doyen aux affaires professorales à un moment donné du processus, selon l'avis de la direction du département.

Formation du comité de mentorat

Mandat du comité :

- Définir les dimensions et activités attendues d'un plan de mentorat en fonction des deux profils de carrière de chercheur au département;
- Évaluer le dossier de chaque professeur pressenti pour une carrière de recherche en fonction des exigences attendues pour les deux principales trajectoires définies au département et faire des suggestions précises relativement aux activités à réaliser et à intégrer au plan de mentorat;
- Conseiller les candidats sur les sources potentielles de financement pour des bourses de formation ou de soutien salarial;
- Recevoir annuellement les rapports d'étape des candidats bénéficiant du programme de mentorat et s'assurer que mentors et mentorés sont satisfaits du programme.

Composition :

- Le directeur de la recherche du DMFMU
- Le directeur du programme de résidence Clinicien érudit
- Le directeur du programme Clinicien investigateur (les résidents du programme spécialisé en médecine d'urgence s'inscrivent à ce programme et non au CÉ)
- Le responsable du développement professoral au DMFMU
- Deux chercheurs cliniciens autonomes d'expérience ayant une bonne connaissance des organismes de subvention

Critères relatifs aux attentes progressives pour les chercheurs cliniciens et cliniciens enseignants chercheurs en début de carrière (inspiré de Hogg [11])				
Dimensions	**Activités**	**1ière année**	**2ième année**	**3ième année**
Infrastructure	Support salarial**	Préparation du dossier	Demande soumise	Demande obtenue ou re-soumission
	Mentor	Mentorat en place		
	Programme de recherche*	Ébauche de programme	Programme élaboré	
	Affiliation à la faculté des études supérieures	N/A	Demande soumise	
	Relations avec les preneurs de décision	Relations avec décideurs sur projet précis	Relations soutenues	
Fonds de recherche	Subvention-chercheur principal***	En préparation	Soumise	Obtenue
	Subvention comme co-chercheur	Obtenue	Sur 2-3 projets	
	Collaborations avec des chercheurs d'autres institutions	N/A	Au moins une collaboration	
	Collaborations avec des preneurs de décision	Progrès dans les liaisons avec organismes extérieur		Liaisons formalisées (comité d'expert, consultants, projets)
Production de recherche	Commentaires, éditoriaux, articles de revue	1 accepté	1 publication	2 publications
	Articles de recherche	Progrès vers un premier article	1 article accepté	2 articles acceptés dans l'année
	Communications scientifiques	1 résumé accepté	1 national et 1 international	2 nationaux et 2 internationaux

Service au département+	Enseignement Soutien aux résidents Participation à des comités Participations aux activités du milieu clinique	 Soutien aux projets d'érudition En lien direct avec le champ d'intérêt Équilibre en fonction du temps protégé pour la recherche	Étudiants gradués

* Pour la carrière de chercheur clinicien autonome il s'agit d'un programme de recherche ciblé indépendant / Pour le clinicien-enseignant-chercheur il s'agit d'un plan de recherche aligné avec les priorités du DMFMU.
** Le support salarial peut-être pour amorcer la programmation de recherche ou pour réaliser un complément de formation comme un fellowship
*** Non exigé pour clinicien-enseignant chercheur
+ À définir selon chaque candidat; attention de ne pas surcharger