

La supervision directe en médecine familiale... l'expérience d'une résidente

Jean TURGEON** , Suzanne ST-HILAIRE*

Résumé *Contexte* : Malgré une littérature relativement abondante sur la supervision directe dans la formation médicale, peu d'articles se sont intéressés au point de vue de l'étudiant. **Objectif** : L'étude vise à mieux comprendre l'expérience de la supervision directe en médecine familiale à partir des perceptions d'une résidente. **Méthode** : Il s'agit d'une étude descriptive et qualitative, de nature phénoménologique ayant comme sujets une résidente de deuxième année qui, au moment de la recherche, avait débuté sa pratique médicale et un groupe de discussion formé de huit résidents. Le recueil des données s'est effectué à partir de six entrevues non structurées avec la résidente et d'une rencontre du groupe de discussion des résidents. La méthode d'analyse utilisée pour les documents écrits a été celle de l'analyse de contenu thématique. **Résultats** : Les perceptions de la résidente sur son expérience en supervision directe se concentrent autour de sept thèmes : l'apprentissage des habiletés professionnelles, le développement de l'identité professionnelle, l'expérience relationnelle avec les superviseurs, l'évolution de l'attitude envers la supervision directe, les facteurs influençant sa perception de celle-ci, l'appréciation globale et les impacts à long terme. Les mêmes thèmes furent retrouvés à des degrés variables dans le groupe de discussion. **Conclusion** : À travers l'expérience rapportée par le sujet observé, la supervision directe apparaît comme une expérience intense et enrichissante tant au plan professionnel que personnel.

Mots clés supervision directe ; relation médecin-patient ; études médicales ; résidence ; phénoménologie.

Summary *Context*: In spite of many articles on the use of direct observation in medical education, very few focused on the student's point of view. **Objective**: On the basis of a resident's perceptions, the present study is meant to better understand the experience of direct observation in family medicine. **Method**: This is a descriptive, qualitative and phenomenological study in which the subjects involved were a second-year resident who, at the time of the research, had begun her medical practice and a focus group composed of eight residents. The data were gathered from six unstructured interviews with the resident and from one meeting with the resident focus group. A thematic analysis was used for the written documents. **Results** : The resident's perceptions of her direct observation experience revolve around seven main topics : the learning of professional skills, the development of professional identity, the relationship with the supervisors, the evolution of her attitude toward direct observation, the perception of the nature of direct observation, the global assessment and long-term impacts. With various degrees, the same topics were found in the comments of the focus group. **Conclusion**: Through the experience reported by the resident, direct observation appears to be an intense and rewarding activity both from the professional and personal aspects.

Keywords direct observation ; phenomenology ; doctor-patient relationship ; medical education ; residency.

Pédagogie Médicale 2001 ; 2 : 199-205

* Suzanne St-Hilaire, psychologue - Unité de médecine familiale - Hôpital Laval.

** Jean Turgeon, médecin - Unité de médecine familiale - Hôpital Laval - 2725 chemin Ste-Foy - Ste-Foy, (Qué) G1V 4G5 - Tel : (418) 656-4795 - Fax : (418) 656-4503 - mailto:jean.turgeon@mfa.ulaval.ca

Introduction

La supervision directe (SD) est maintenant couramment utilisée comme outil d'enseignement dans les milieux de médecine familiale québécois. Depuis plus de vingt-cinq ans, l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Laval (UMF-HL) à Québec utilise ce moyen pour enseigner les habiletés requises à l'établissement d'une relation médecin-patient de qualité auprès des résidents de deuxième année (R11). Boucher, Cayer et St-Hilaire¹ ont décrit le mode de SD développé à l'UMF-Laval faisant appel à la similitude entre la relation médecin-patient et la relation superviseur-supervisé. Ils y abordent le déroulement de la supervision du R11, l'application de certaines qualités aidantes dans la relation médecin-patient et l'intégration de celles-ci dans la relation superviseur-résident.

Bien que cette activité pédagogique soit de plus en plus utilisée dans les différents milieux d'enseignement, peu d'études rapportent le témoignage des étudiants quant à leurs perceptions de celle-ci. D'ailleurs, dans son mémoire de maîtrise comparant les pratiques en SD, Saucier² souligne la nécessité d'obtenir les perceptions des résidents. Quelques études abordent toutefois la question sous cet angle. Saba³ mentionne que la SD est perçue par les résidents comme étant la meilleure façon d'enseigner les soins ambulatoires car elle leur permet d'avoir une aide immédiate en cas de difficulté, les encourage à s'auto-observer et à essayer de nouveaux comportements et augmente certainement la durée des acquis. Plus récemment, une enquête⁴ réalisée auprès de médecins de famille diplômés de l'Université Laval depuis 2 à 4 ans, celle-ci indique que la SD est l'activité jugée la plus utile pour l'apprentissage de l'entrevue centrée sur le patient. Dans son mémoire sur l'enseignement de la relation médecin-patient en médecine familiale, Martineau⁵ utilise l'approche qualitative avec un devis phénoménologique et cherche « à améliorer la compréhension de la supervision de la relation médecin-malade, l'objet de la supervision et les conditions favorables à cette relation ». L'auteur analyse différentes interactions à partir d'une séance de SD. Une autre étude⁶ de nature qualitative s'est penchée sur les perceptions d'ex-résidents en pratique depuis 2 à 5 ans : la SD est une expérience difficile mais unique qui facilite leur progression aux plans de la relation médecin-patient et de la connaissance de soi ; ces acquis sont toujours présents après quelques années de pratique.

Dans notre étude, nous adoptons une perspective quelque peu différente : nous nous intéressons à tout le processus

de SD d'une seule résidente. Elle vise à obtenir le témoignage approfondi de la résidente afin de mieux comprendre l'expérience globale de la SD.

Méthode

Choix de la méthode

L'approche qualitative de type phénoménologique a été choisie car elle permet l'étude de l'expérience subjective de l'humain. « Elle est une démarche inductive qui vise à décrire la structure d'un phénomène tel qu'il se présente à la conscience d'un sujet et fait appel à des récits d'expérience comme base de données⁷ ». Elle se limite souvent à quelques participants et parfois à un seul.

Déroulement de la supervision directe

Dans le cadre de sa formation à l'UMF-HL, «...le R11 participe à huit demi-journées de supervision directe, à raison d'une fois par semaine, chaque demi-journée lui permettant de rencontrer trois patients. Chaque résident est supervisé par deux personnes de l'équipe ; soit un médecin et une travailleuse sociale ou une psychologue ». Les entrevues sont observées par les superviseurs à l'aide d'un miroir unidirectionnel et enregistrées sur bandes magnétoscopiques. Une fois les entrevues terminées, le R11 rencontre les superviseurs pour une rétroaction¹.

Sujet principal

À l'automne 1995, les auteurs (un médecin de famille et une psychologue) ont supervisé une résidente de deuxième année en médecine familiale. Cette résidente fut choisie pour cette étude en raison de son implication en supervision, de son ouverture et de sa capacité à conceptualiser et à verbaliser ses expériences.

Groupe de discussion

Dans le but de comparer, un groupe de discussion de huit résidents en médecine familiale terminant leur deuxième année à l'UMF-HL fut tenu en juin 1997. Ces résidents, tous francophones, avaient été supervisés en cours d'année par la même équipe pour certains et par une équipe différente du même milieu pour les autres.

Recueil des données

À l'automne 1996, cinq entrevues non structurées d'une durée de trois heures chacune ont été réalisées afin d'obtenir une description détaillée de son expérience. Les entrevues avaient pour but de soutenir la mémoire de la rési-

dente à l'aide si nécessaire des souvenirs des superviseurs et des notes prises par ceux-ci lors des SD. Les rencontres étaient enregistrées sur cassettes audio et laissées à la résidente. Sans délai, elle rédigeait par la suite un rapport écrit de type narratif qu'elle transmettait aux chercheurs. L'enregistrement lui servait d'outil de rappel et de vérification de la présence des éléments discutés. Les auteurs ont constaté que le contenu des rapports écrits était complet et fidèle aux éléments abordés en entrevue. Ces rapports ont servi à l'analyse.

La rencontre auprès des résidents du groupe de discussion a duré deux heures. Elle a porté sur leur expérience de la SD, leurs attentes, leurs appréciations et leurs prises de conscience. La discussion a été enregistrée et retranscrite intégralement et le processus d'analyse des données fut le même que celui utilisé pour la résidente.

Analyse

Nous avons utilisé la méthode décrite par Bachelor et Joshi⁸ qui repose sur une « série d'opérations réduisant successivement les données brutes jusqu'à l'identification des caractéristiques structurales générales du phénomène à l'étude ». Nous avons suivi rigoureusement les 5 étapes du processus :

- la perception du sens global du texte ;
- la délimitation des unités de signification naturelles ;
- la délimitation du thème central ;
- l'analyse des thèmes centraux en fonction des objectifs spécifiques de la recherche ;
- la définition de la structure fondamentale du phénomène étudié.

Au début de chaque étape, les auteurs travaillaient de façon individuelle et se rencontraient ensuite pour établir un consensus sur les thèmes à retenir et sur le sens à leur donner. En fin d'analyse, les résultats ont été validés par la résidente.

Résultats

Les commentaires de la résidente ont été regroupés selon sept thèmes, les deux premiers étant les plus importants : l'apprentissage des habiletés professionnelles, le développement de l'identité professionnelle, l'expérience relationnelle avec les superviseurs, l'évolution de l'attitude envers la SD, les facteurs influençant sa perception de la SD, l'appréciation globale de la SD et enfin les impacts à long terme. Ces thèmes contiennent plusieurs éléments (sous-thèmes) dont certains seront illustrés par les propos de la résidente.

Apprentissage des habiletés professionnelles

L'apprentissage des habiletés professionnelles s'est effectué principalement au plan de la relation avec le patient incluant certaines techniques d'entrevue et au plan de l'intégration de l'approche biopsychosociale. Pour ce qui est des habiletés relationnelles, la découverte du sens et de l'efficacité de l'écoute ont été les éléments déterminants :

« Quand je disais que je me sentais comme une grosse oreille, ça voulait dire que je ne voyais pas ce qu'il y avait d'aidant, de productif ou de proactif dans ce que je faisais. Je peux faire ça, écouter, mais après qu'est-ce qu'on fait avec ça ? Pour moi cela été une des preuves les plus convaincantes qu'écouter ça donne quelque chose. Écouter c'est très actif, thérapeutique, cela a une valeur intrinsèque ».

D'autres apprentissages d'ordre relationnel se sont produits en regard de la compréhension de l'approche centrée sur le patient, de l'expression des sentiments du patient et du médecin, de certains principes de relation d'aide, de la distance émotionnelle dans la relation avec les patients, de différentes techniques d'entrevue dont l'établissement du contrat initial et l'ajustement aux réactions du patient.

« Encore une fois, les rencontres suivantes m'ont prouvé qu'il est payant de refléter ses émotions au patient... J'ai aussi fait l'expérience que faire part de son vécu, de son senti pendant l'entrevue est très payant pour les deux parties ».

La résidente nous dit, de plus, avoir effectué un véritable exercice d'intégration des différents aspects de l'approche globale : le biologique, le psychologique et le social.

« L'approche biopsychosociale, il faut l'intégrer sur le terrain pour se rendre compte que ce n'est pas trois champs où il faut intervenir de façon successive mais bien une approche globale, une philosophie qui s'applique simultanément tout au long de l'entrevue ».

Développement de l'identité professionnelle

Les commentaires reliés à ce thème sont regroupés en cinq éléments : la connaissance d'elle-même, le développement de son style personnel au niveau de la relation avec le patient, une réflexion sur son choix de pratique, une connaissance des rôles du médecin de famille et la délimitation de la place des autres soignants dans le système de soins.

La connaissance d'elle-même s'est avéré être un élément important pour la résidente. Elle dit avoir appris sur son rythme de changement, ses limites et ses sentiments vis-à-vis de certaines situations dont ses réactions face à la souffrance.

« Je me rends compte que c'est important de bien se connaître »

comme personne car il sera plus facile d'identifier les situations à problèmes potentiels si on prend conscience de ses limites. »

Le développement de son style personnel d'intervention s'est produit grâce à l'intégration progressive de certaines caractéristiques personnelles, à l'application des habiletés relationnelles sur le plan personnel, à la délimitation de ses zones de confort et de malaise dans la relation avec les patients et à l'affirmation de ses limites. Ces prises de conscience ont été déterminantes sur sa façon d'être dans le bureau c'est-à-dire sur son moi professionnel. Une des difficultés rencontrées par la résidente s'est située dans l'intégration de certains traits personnels avec l'image qu'elle se faisait du bon médecin :

« Etre un bon docteur pour moi ça a longtemps voulu dire être quelqu'un d'objectif, de pondéré, cérébral. Je faisais un effort conscient pour séparer ma personnalité de tous les jours de cette personnalité de docteur correct que je m'étais représentée. Je suis quelqu'un d'assez spontanée, volubile et je ris souvent. Tout ça fait moins sérieux et ça me semblait nuisible à un bon docteur... » Après cette discussion, j'ai réalisé que je ne peux pas laisser tout ce que je suis à la porte quand je travaille... J'imagine que l'essentiel c'est l'authenticité...

Le processus d'intégration des éléments personnels à ses attitudes professionnelles s'est effectué aussi, de façon étonnante, en sens inverse. En effet, la résidente témoigne de l'application, dans sa vie personnelle, des habiletés relationnelles nouvellement acquises :

« La supervision directe et tout ce questionnement, ça aide dans sa vie personnelle. On essaie tout ça avec les proches et ça donne de bons résultats ».

Le choix du type de pratique était une préoccupation pour la résidente. La supervision directe lui a permis d'en discuter et de cheminer dans sa réflexion. Elle était aussi interpellée par l'équilibre à trouver entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle, voulant concilier à la fois son rôle de médecin, d'épouse et de future mère.

Expérience relationnelle avec ses superviseurs

Elle a perçu le rôle des superviseurs comme facilitant et sécurisant, et la présence de deux enseignants de formation différente a été vécue comme un facteur d'enrichissement. Elle a décrit le contenu de leurs remarques comme étant varié, allant du support à la confrontation. Les commentaires perçus comme rassurants ont suscité des réactions positives. D'autres fois, les réactions ont d'abord été négatives, avec une tendance à retenir de façon sélective les aspects les plus difficiles. Souvent, l'impact d'un com-

mentaire se prolongeait bien au-delà de la période de supervision.

Évolution de son attitude envers la supervision directe (SD)

Cette évolution se manifeste aux plans de ses objectifs de supervision, de la perception qu'elle avait de celle-ci, de son attitude en supervision et de l'anxiété qu'elle y vivait. Au début de la période d'observation, l'objectif de la résidente visait une bonne préparation aux examens de certification ; par la suite, il est devenu plus personnel.

« J'ai commencé les supervisions directes en bonne écolière, i.e. en voyant cela comme un outil pour m'assurer la réussite aux examens du Collège. Je dirais qu'après 2 ou 3 supervisions, j'ai complètement changé mon « focus » pour avoir des objectifs à plus long terme, ceux de mieux me connaître ».

Le changement porte aussi sur son attitude en supervision : plutôt passive au départ, elle est devenue de plus en plus active.

« A prime abord, je pensais que la supervision directe serait plus didactique, c'est-à-dire que tu vas là comme élève avec les deux professeurs qui vont te regarder et te dire si tu fais bien ça et te donner des recettes pour que ça aille mieux. Quelle erreur ! Maintenant je réalise qu'un des facteurs qui fait que j'ai tant profité des supervisions directes c'est que j'ai embarqué de façon active. Après la première fois, je me suis rendue compte que c'était moi le moteur ».

L'activité perçue comme menaçante au début s'est avérée enrichissante une fois apprivoisée. Le souci initial de bien paraître face aux superviseurs s'est alors transformé en un réel désir d'apprendre. Ceci s'est traduit par la décision d'amener en supervision ses patients jugés plus difficiles.

Facteurs influençant sa perception de la SD

La résidente mentionne plusieurs facteurs influençant sa perception de la supervision directe. Dans un premier temps, elle identifie certaines conditions facilitantes : le climat de confiance initié par la participation à la semaine d'accueil, la gradation des objectifs de supervision de la résidence I à la résidence II et le mode d'attribution au hasard des superviseurs. D'autres facteurs dont le contexte de vie du moment, la proximité des examens, ses objectifs individuels et ses idées préconçues ont aussi teinté son expérience de supervision.

Appréciation globale de la SD

Cette appréciation par la résidente est positive car elle éva-

lue que cette expérience lui a permis une validation venue de l'extérieur, l'application *in vivo* des apprentissages, l'atteinte des objectifs du programme et le développement d'une attitude d'introspection. De plus, elle a apprécié que l'approche utilisée favorise ses apprentissages à partir de sa propre expérience. Elle y a vu un parallèle entre l'approche clinique centrée sur le patient et l'approche pédagogique centrée sur l'étudiant⁹.

Impacts à long terme

L'activité a été perçue essentiellement par la résidente comme une expérience longitudinale à partir de laquelle elle continue à approfondir ses acquis. Elle décrit plusieurs impacts qui sont encore présents. Elle a appris à se remettre en question et cela l'a conduite à une ouverture sur la formation continue et sur la discussion de cas avec les autres professionnels de la santé. La pratique médicale est venue appuyer ses découvertes sur le sens de l'écoute et sur ce qu'elle peut en attendre. Elle peut mieux ajuster ses interventions sur les particularités des composantes biopsychosociales toujours présentes dans les situations cliniques. De plus, elle mentionne que la connaissance d'elle-même acquise en SD lui a permis de mieux s'orienter dans son choix de pratique.

Comparaison de l'expérience de la résidente à celle de ses pairs

Cette comparaison démontre que les principaux thèmes soulevés par la résidente observée sont présents dans l'expérience de ses collègues. Cependant, l'importance qui leur est accordée varie. Au plan des habiletés professionnelles, la résidente a mis l'accent sur la prise de conscience du sens de l'écoute et l'intégration de l'approche biopsychosociale. Le groupe a témoigné plutôt des acquis au niveau de la gestion de l'entrevue médicale, du management de « patients difficiles » et de l'amélioration de plusieurs habiletés relationnelles. Le thème du développement de l'identité professionnelle se retrouve aussi dans le témoignage des pairs ; ils ont dit avoir acquis une connaissance accrue d'eux-mêmes, de leurs forces et faiblesses, et une capacité plus grande à poser leurs limites et à gérer leur incertitude. Ils ont témoigné aussi de l'impact des apprentissages dans leur vie personnelle résultant en un enrichissement de leurs relations avec leurs proches. Par contre, l'intégration de certaines caractéristiques personnelles aux habiletés professionnelles est plus manifeste chez la résidente observée. La perception du rôle des

superviseurs a été à peu près similaire dans les deux cas et a trait au respect et à l'attitude supportante de ceux-ci. Le groupe de discussion a mis toutefois une emphase particulière sur les efforts des superviseurs à ne pas les mouler dans un modèle unique. On retrouve de part et d'autre une évolution remarquable dans les attitudes envers la SD. Globalement, les résidents passent d'une certaine crainte d'être observés à la satisfaction d'être aidés. Dans les deux cas, les perceptions des critères facilitant la SD ont pointé principalement le climat de confiance, la relation avec les superviseurs et l'attitude de réceptivité de l'apprenant. On ne peut comparer les répercussions à long terme car le groupe de discussion a eu lieu avant la fin des deux années de formation ; les résidents ont noté cependant des effets dans leurs relations interpersonnelles pendant et après la période de SD.

Discussion

Notre étude et les différentes recherches^{3,4,5,6} ayant trait aux perceptions de la SD par les résidents mettent en évidence certaines constantes : elle est souvent perçue comme la meilleure activité d'enseignement pour le développement des habiletés relationnelles et la persistance des acquis ; elle est jugée par plusieurs comme étant une expérience difficile qui génère souvent une certaine anxiété de performance et qui bénéficie de conditions facilitantes ; elle donne l'occasion d'acquérir des attitudes favorables à une

Figure 1 : Axes sur lesquels évoluent les perceptions de la résidente

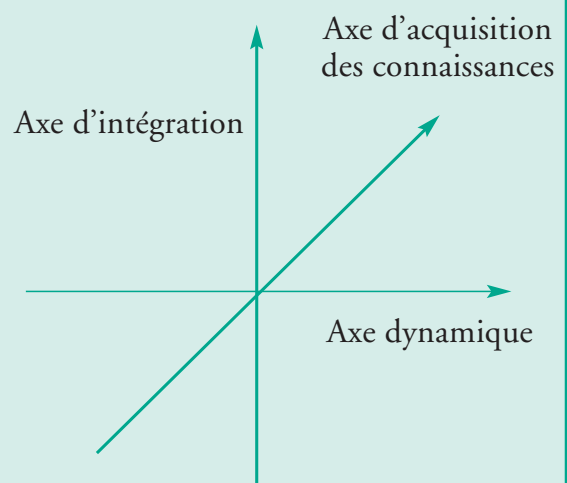
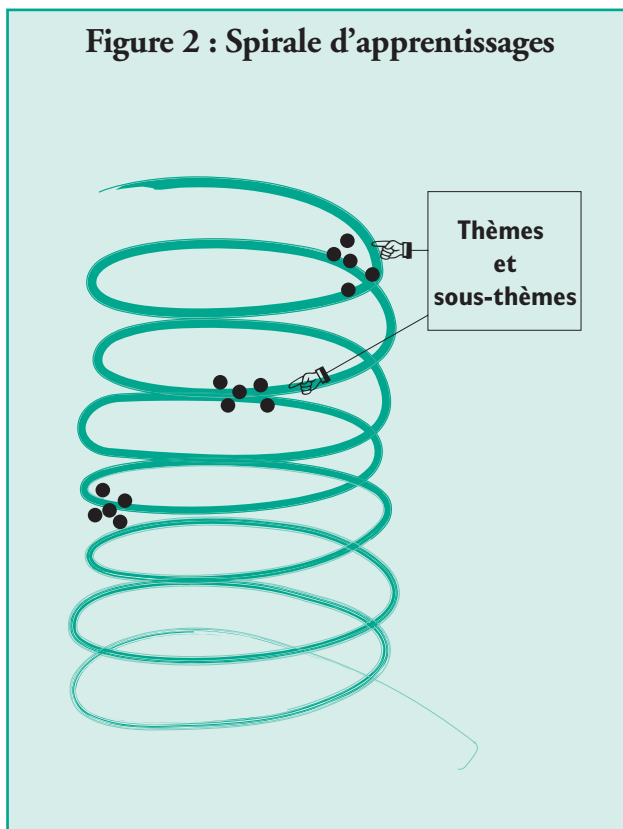


Figure 2 : Spirale d'apprentissages



bonne relation médecin-patient et de développer l'outil important qu'est la connaissance de soi.

L'étude approfondie d'un seul sujet nous a permis de mieux cerner les effets de la supervision sur le développement de l'identité et du moi professionnel, concepts déjà abordés dans d'autres publications^{5,10,11,12}. En effet, la résidente a fait un exercice très important de différenciation et d'intégration de ses caractéristiques personnelles et des habiletés professionnelles nouvellement acquises.

Notre analyse nous a permis aussi de constater l'évolution de l'attitude de l'étudiante envers la SD. Cet élément explique peut-être certains changements survenus en cours de supervision comme une participation de plus en plus active de la résidente.

De plus en nous donnant accès aux sept thèmes déjà décrits, l'analyse de cette expérience de SD suggère trois axes qui se retrouvent dans la plupart des thèmes : un axe dynamique, un axe d'intégration et un axe d'acquisition des connaissances (figure 1).

Ce dernier se distingue surtout par la grande variété des apprentissages cognitifs. L'axe dynamique reflète quant à lui le mouvement de la résidente et son évolution principalement sur le plan des attitudes. Enfin, l'intégration se

fait surtout au niveau des aspects biopsychosociaux et du « moi » professionnel.

La perception des thèmes et des sous-thèmes par la résidente en situation de SD a évolué simultanément sur ces trois axes. De plus, le même sous-thème, peut se situer à la fois sur les trois axes selon des points de vue différents. Ainsi, la représentation de cette dynamique peut se transformer en une spirale d'apprentissages où la résidente se déplace en quête d'une amélioration de sa relation avec les patients. La figure 2 illustre bien qu'un sous-thème peut avoir une certaine signification au début de la période de SD et évoluer vers un concept plus complexe au moment où la résidente se trouve à un autre endroit sur la spirale. Les concepts d'axes et de spirale nous aident à mieux comprendre le processus d'évolution de la résidente et peuvent être considérés comme le début de l'élaboration d'un réseau sémantique de la SD.

Le fait que les superviseurs et les auteurs de la recherche soient les mêmes personnes comporte, à la fois, des avantages et des limites. Selon notre perception et celle de la résidente, le climat de confiance instauré en supervision a favorisé l'ouverture de la résidente dans son témoignage au cours des entrevues et l'introspection nécessaire à ce type de recherche. De plus, la connaissance réciproque des cadres de références des auteurs a facilité les différentes étapes de la recherche, particulièrement lors de l'analyse des données. En revanche, une interrogation subsiste à savoir si cette particularité n'aurait pas limité l'expression d'éléments négatifs par la résidente.

Les résultats de cette étude ont une portée limitée : on perd, en quelque sorte, en largeur ce que l'on gagne en profondeur. Cela tient à la méthode utilisée et au petit nombre de participants. Même si l'on ne peut généraliser les conclusions, il est raisonnable de penser que les résultats sont partiellement applicables dans d'autres contextes de SD¹³. De plus, certains changements notés par la résidente sont sans doute influencés aussi par d'autres éléments dont certaines activités d'enseignement et des expériences personnelles.

Conclusion

Cette étude nous a permis de décrire en détail la perception de la SD par une résidente en médecine familiale. Les retombées se décrivent mal en termes très concrets mais réfèrent surtout à une meilleure compréhension globale de cette activité. Par exemple, la quête d'identité professionnelle se comprend mieux à partir du fait que d'une part la résidente utilise certains acquis dans sa vie personnelle et

que d'autre part elle intègre des caractéristiques personnelles à sa relation avec les patients. Ce type de compréhension aide le superviseur à reconnaître plus facilement ces éléments et à mieux supporter les résidents qu'il supervise.

Par ailleurs, la prise de conscience de la complexité du processus identitaire l'encourage aussi à mieux cibler ses interventions en s'ajustant non seulement aux objectifs des programmes de médecine familiale mais aussi au cheminement particulier de chaque étudiant.

Il serait intéressant de compléter cette étude exploratoire en mettant l'accent sur la compréhension approfondie du moi professionnel, concept intimement relié au dévelop-

pement de l'identité professionnelle. Celui-ci présente plusieurs facettes qui ne sont pas encore bien définies dans les études portant sur la SD. C'est un concept difficile à cerner mais qui pourrait se révéler davantage dans d'autres études qualitatives.

Remerciements

Toute notre gratitude à la résidente qui fut le sujet principal de cette recherche ainsi qu'aux résidentes et résidents faisant partie du groupe de discussion. Merci aussi à Madame A. Bachelor, professeur à l'École de psychologie de l'Université Laval.

Cette recherche n'a pas été supportée financièrement.

Références

1. Boucher G, Cayer S, St-Hilaire S. L'apprentissage de la relation médecin-patient. *Can Fam Physician* 1993 ; 39 : 2006-12.
2. Saucier D. *Direct observation of residents in family medicine : a qualitative study of four practices. Essai de maîtrise ; Québec, Université Laval, 1994.*
3. Saba GH. *Live supervision : lessons learned from behind the mirror. Academic Medicine* 1999 ; 74 (8) : 856-8.
4. Côté L, Bélanger N, Blais J. *La perception qu'ont les médecins de famille de l'entrevue centrée sur le patient et des moyens d'apprentissage s'y rapportant. Manuscrit en préparation.*
5. Martineau B. *L'enseignement de la relation médecin-malade en médecine familiale à l'aide de l'observation directe : Étude de cas d'une interaction superviseur-supervisé. Mémoire de maîtrise, Université Laval, 1993.*
6. Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G, Bujold N. *Perceptions d'exrésidents en médecine familiale concernant la supervision directe à l'UMF de l'Hôpital Laval. Article accepté pour publication dans Le Médecin de famille canadien.*
7. Hamel H, Tremblay D, Turgeon L. *Aux prises avec le contingentement universitaire : une étude phénoménologique. Revue québécoise de psychologie* 1995 ; 16 (1) : 25-37.
8. Bachelor A, Joshi P. *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie. Guide pratique. Québec: Les Presses de l'Université Laval ; 1986.*
9. Weston WW, Brown JB. *Teaching the patient-centered method. In : Stewart M et al. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks, Calif ; Sage Publications Inc ; 1995; 159-67.*
10. Bacal H A. *Balint groups : training or treatment ? Psychiatry in Medicine* 1972 ; 3 : 373-7.
11. Balint E. *Training as an impetus to ego development. Psychoanal Forum* 1967 ; 2 : 55-70.
12. Laperrière S, Turgeon J. *Du changement par la formation Balint : expérience avec des résidents en médecine familiale. Can J Psychiatry* 1993 ; 38 : 507-14.
13. Morse JM. *Qualitative generalizability. Qualitative Health Research* 1999 ; 9 (1) : 5-6.