

# Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants

*How to be a role model in clinical training: the contribution of a community of practice of clinical teachers*

Luc CÔTÉ<sup>1</sup>, Geneviève PERRY<sup>2</sup>, Paul-Henri CLOUTIER<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval ;  
Clinicien enseignant à l'Unité de médecine familiale, Hôpital St-François-d'Assise, Québec

<sup>2</sup> Centre de santé et de services sociaux de-la-Vieille-Capitale, Québec

<sup>3</sup> Programme Famille-Enfance-Jeunesse, Centre de santé et de services sociaux de-la-Vieille-Capitale, Québec

Manuscrit soumis à la rédaction le 18 août 2013 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 30 septembre et le 4 novembre 2013 ; accepté pour publication le 6 novembre 2013

## Mots-clés

Modèle de rôle ;  
communauté  
de pratique ;  
supervision clinique ;  
cliniciens enseignants

**Résumé – Contexte et problématique :** Lors de la formation en contexte clinique, le clinicien enseignant joue plusieurs rôles parmi lesquels celui de modèle de rôle inspirant. Or, bien qu'on recommande d'exercer ce rôle de manière intentionnelle et explicite auprès des étudiants, aucune étude ne s'est intéressée aux manières d'aider le clinicien enseignant à le faire. **Objectif :** Décrire les impacts de la participation, pendant près d'une année, de cliniciens enseignants à une forme de communauté de pratique portant sur le thème de l'exercice du modèle de rôle en formation pratique. **Matériel et méthodes :** Une recherche-action à visée formative a été réalisée auprès d'une communauté de pratique de 10 cliniciens enseignants provenant de divers programmes des sciences sociales et des sciences de la santé affiliés à l'Université Laval. L'enregistrement audio des rencontres, ainsi que des questionnaires auprès des cliniciens enseignants et de leurs étudiants ont servi au recueil et à l'analyse qualitative des informations. **Résultats :** Cette communauté a eu des retombées très positives, autant pour les cliniciens enseignants que pour leurs étudiants. Les cliniciens ont démontré qu'ils comprenaient mieux le sens d'être un modèle de rôle explicite et qu'ils s'étaient approprié cette notion en l'intégrant à leur bagage de connaissances et de savoirs pratiques en supervision. De plus, ils ont consolidé leur répertoire de stratégies pédagogiques, dont une utilisation accrue de la démonstration pratique auprès des étudiants. Ces derniers ont constaté les retombées rapportées. **Conclusion :** Cette étude aura permis de documenter les impacts positifs d'une communauté de pratique pluridisciplinaire de cliniciens enseignants quant à leur manière d'agir en tant que modèles de rôle. Les résultats guideront la conduite d'autres communautés de pratique et l'élaboration d'activités de formation pédagogique pour la supervision en contexte clinique.

**Keywords**

Role model;  
community  
of practice;  
clinical supervision;  
clinical teacher

**Abstract – Background and problems:** During clinical training, including clinical supervision, preceptors play many roles, including positive role modeling. Although it is important for preceptors to be aware of the messages they explicitly convey to students, there are no studies that show how they can broaden this awareness. **Purpose:** Describe the impact of participating, over a period of one year, in a preceptor community of practice on role modeling in clinical supervision. **Methods:** A formative action research study was conducted within an interdisciplinary community of practice consisting of 10 preceptors in health and social sciences at Université Laval. Data collected included transcripts of the meetings and questionnaires completed by both preceptors and students. The data were analyzed qualitatively. **Results:** Participation in the community of practice had a positive impact for both participants and their students. Preceptors reported having a better understanding of the concept of explicit role-modeling in clinical supervision, and were better able to integrate the role into their knowledge and practical know-how during supervision. Preceptors reported that participation also strengthened their educational strategies, including demonstrations to students, a finding that was confirmed by students. **Conclusion:** The study helped identify many positive impacts of preceptor participation in an interdisciplinary community of practice on role-modeling in a clinical setting. Results of the study will guide the management of other preceptor communities of practice, and will help set up faculty development activities on role-modeling during clinical supervision.

## Introduction

### Contexte

Le Centre de santé et de services sociaux de-la-Vieille-Capitale (Québec, Canada) est un organisme affilié à l'Université Laval qui regroupe plusieurs types d'établissements de soins et de services sociaux en milieu de première ligne. Il a notamment pour mandat de former à la pratique clinique les futurs professionnels provenant de divers programmes universitaires en sciences de la santé et en sciences sociales. Plus de 200 cliniciens enseignants supervisent des étudiants de niveau universitaire. Dans le but de soutenir ces cliniciens dans le développement et le maintien de pratiques pédagogiques exemplaires, nous avons implanté en septembre 2011 une forme de communauté de pratique auprès d'eux. Elle avait pour thème « Être un modèle de rôle en formation pratique, en particulier lors de la supervision clinique ». Une recherche-action à visée formative a été associée à cette démarche innovante dans ce milieu. Cet article décrit l'implantation et le déroulement de cette communauté, ainsi que ses retombées.

### Cadres conceptuels

Nous ferons d'abord un survol des principales connaissances dans trois domaines en lien avec ce projet : 1) le rôle de la supervision clinique dans le développement des compétences professionnelles ; 2) l'apprentissage au contact de modèles de rôle et 3) la contribution de communautés de pratique au développement des pratiques professionnelles. Par la suite, nous décrirons la composition et le fonctionnement de la communauté mise en place, la méthodologie de recherche utilisée, puis présenterons et discuterons les résultats.

### ***De novice à expert : une démarche intentionnelle favorisée par la supervision clinique***

Le développement des compétences professionnelles est le but principal des programmes de formation professionnelle de niveau universitaire. Pour soutenir le développement de ces compétences, les programmes qualifiés d'innovants<sup>[1, 2]</sup> privilégient de plus en plus l'approche par compétences. Selon cette approche, il est préconisé que le développement et l'évaluation des compétences soient organisés en accord avec plusieurs principes pédagogiques spécifiques, inspirés

eux-mêmes par le paradigme socio-constructiviste en éducation, par exemple en exposant précocement et progressivement l'étudiant à des situations variées et représentatives de sa future pratique professionnelle.

Les stages en milieu de pratique constituent ainsi des opportunités à privilégier pour le développement des compétences professionnelles<sup>[3]</sup>. En effet, ils offrent un contexte d'enseignement et d'apprentissage qui permet théoriquement de viser plusieurs objectifs essentiels : mettre l'étudiant en contact avec la réalité de sa profession ; connaître les clientèles et les contextes de sa pratique ; apprécier les différents modèles et styles de pratiques observés chez les superviseurs et les autres professionnels du milieu ; exercer sa pratique professionnelle en intégrant toutes les compétences requises et en analysant de manière critique ses interventions professionnelles. Pour autant, si les compétences et l'identité professionnelles se développent surtout pendant les stages en milieu de pratique, on considère généralement que des conditions doivent être réunies pour que ce développement soit optimal ; l'une des plus importantes est que les étudiants soient guidés par des cliniciens-enseignants chevronnés<sup>[4-9]</sup>.

La théorie du développement de l'expertise<sup>[10, 11]</sup> stipule ainsi que, quelle que soit la discipline, l'expertise ne peut se développer qu'au prix d'une pratique intense, variée (*mixed practice*) et intentionnelle (*deliberate*), au cours de laquelle l'étudiant ou le professionnel en exercice est cognitivement très actif. De plus, l'échange régulier d'une rétroaction constructive avec l'étudiant joue un rôle majeur au plan de l'apprentissage, surtout lorsque les apprentissages à faire sont plus difficiles ou les défis plus importants, en raison de la complexité des situations cliniques. Ainsi, selon cette théorie, face aux défis d'apprentissages qu'ils ont à relever, les étudiants développent des processus cognitifs d'autant plus élaborés et efficaces qu'ils sont adéquatement guidés par leurs professeurs à l'université et par leurs superviseurs en milieu clinique. Ceci est d'autant plus vrai si ces professeurs et cliniciens enseignants possèdent un riche répertoire de stratégies pédagogiques, reposant non pas sur un seul cadre conceptuel mais sur une variété de cadres leur permettant de choisir les interventions jugées les plus appropriées<sup>[12, 13]</sup>. En étant ainsi bien

guidés, les étudiants sont incités à consolider leurs forces mais également à se dépasser en utilisant diverses stratégies pour relever des défis, voire résoudre leurs difficultés, démarche qu'ils auraient plus difficilement pu faire seuls. À ce sujet, dans leur récente méta-analyse en psychopédagogie, Rohrer et Pashler<sup>[14]</sup> ont montré que le fait d'avoir accès à des contenus riches et variés, à une pratique mixte, ainsi que de recevoir de la rétroaction constructive de façon régulière maximisait les apprentissages des étudiants.

### ***Apprendre sa profession au contact de cliniciens enseignants modèles de rôle***

La supervision clinique est une modalité spécifique de l'enseignement et de l'apprentissage lors de la formation en contexte clinique<sup>[15]</sup>. En effet, la supervision désigne l'intervention pédagogique d'un enseignant clinicien lorsque celui-ci fournit une rétroaction à un étudiant après l'avoir directement observé dans une tâche professionnelle, par exemple auprès d'un patient, d'une famille ou d'une équipe de soins (supervision « directe »), ou à partir d'un résumé de la situation qu'en fait l'étudiant (supervision « indirecte »). Quels que soient les modèles ou approches de supervision clinique présentés dans la littérature, un consensus se dégage : une supervision de qualité est la pierre angulaire de l'apprentissage en contexte de formation pratique<sup>[6, 16]</sup>. Elle inclut l'art d'échanger de la rétroaction constructive<sup>[17]</sup> et de favoriser la pratique réflexive, c'est-à-dire la réflexion sur sa propre manière d'agir, dans une perspective critique et évolutive<sup>[18-20]</sup>. L'exercice de cette fonction exige donc une double expertise : clinique et pédagogique<sup>[15]</sup>.

L'autre modalité d'intervention pédagogique importante en formation clinique est celle qui s'exerce lorsque le clinicien enseignant se comporte en tant que modèle de rôle<sup>[2]</sup>. Le modèle de rôle positif est défini comme une personne représentant une source d'inspiration et d'émulation en raison de sa manière d'être et de faire au plan professionnel<sup>[22-24]</sup>. Ainsi, le fait que le clinicien soit observé par l'étudiant au contact de patients, de familles ou d'équipes de soins influence les apprentissages de l'étudiant. C'est au contact de plusieurs modèles que s'effectue, chez

l'étudiant, une construction cognitive basée sur les perceptions des attributs des modèles qu'il a choisis. Cet amalgame d'influences contribue, à divers degrés, au développement de ses compétences et de son identité professionnelle.

Selon la théorie de l'apprentissage social<sup>[25]</sup>, l'observation de personnes modèles et contre-modèles (ceux à qui on ne veut pas ressembler) jouerait un rôle déterminant dans l'acquisition des connaissances, habiletés et attitudes professionnelles. Même si les caractéristiques des modèles de rôle sont connues et font consensus<sup>[26, 27]</sup>, il y a peu d'écrits sur les manières d'exercer ce rôle auprès des étudiants. Quelques auteurs suggèrent que l'exercice du modèle de rôle en supervision se réalise souvent de manière inconsciente ou implicite de la part du clinicien enseignant<sup>[15, 22, 28, 29]</sup>. Ce fonctionnement que nous qualifions de « pilotage automatique » limite l'apprentissage des étudiants à leur contact parce qu'il prive les stagiaires de l'accès aux savoirs d'expérience ou savoirs tacites que détiennent ces professionnels, qui sont une richesse qu'on ne retrouve pas forcément dans les théories. Pour paraphraser Schön<sup>[19]</sup>, ils demeurent « cachés dans l'agir ». Quant aux cliniciens enseignants, en agissant de manière inconsciente ou implicite, ils peuvent difficilement expliquer aux étudiants leurs processus cognitifs et leurs stratégies d'action avec la clientèle et les collègues. Afin de maximiser le potentiel d'apprentissage que constitue le contact avec des cliniciens enseignants modèles, ces auteurs recommandent d'aider ces cliniciens à exercer ce rôle de manière plus intentionnelle et explicite.

### **La communauté de pratique : un moyen privilégié de développement pédagogique des superviseurs**

Une des obligations d'un enseignant clinicien est qu'il se donne les moyens appropriés pour développer ses compétences, clinique et pédagogique. Depuis quelques années, plusieurs écrits ont paru sur la théorie de l'apprentissage contextualisé<sup>[30-32]</sup>. Cette théorie met l'accent sur l'importance de développer les compétences professionnelles en tenant compte des dimensions socioculturelles du milieu professionnel. Un des moyens recommandés est la mise en place de

groupes d'appartenance que sont les communautés de pratique. D'ailleurs, diverses études font état des effets positifs de la participation à des communautés de pratique en milieu de travail sur le développement des compétences cliniques<sup>[33-35]</sup>.

La locution communauté de pratique -la littérature emploie aussi, de façon synonyme, la notion de « communauté de praticiens » - désigne un regroupement de personnes (membres d'un service ou d'une équipe de soins) ayant en commun un domaine d'expertise ou une pratique professionnelle, et qui décident de s'engager de façon régulière dans des activités de partage des connaissances et d'expériences. Ces personnes, assistées ou non d'une personne-ressource, mettent en commun leurs savoirs théoriques et d'expérience dans une optique d'enrichissement de leur pratique (ici les différents aspects de la formation clinique, dont la supervision), de valorisation et de transfert des connaissances. Selon le contexte, certaines communautés visent aussi à faciliter l'insertion professionnelle dans un milieu. Une communauté de pratique n'est donc pas une équipe de travail ou un regroupement de personnes qui assument les mêmes fonctions. Elle est un lieu de mobilisation et de consolidation des savoirs (surtout les savoirs d'expérience), un lieu de démonstration d'expérimentation et de partage. Par conséquent, l'engagement actif et continu des participants est essentiel car il s'agit d'une démarche itérative réflexion-action-réflexion, qui se réalise en groupe pendant plusieurs mois ou années le cas échéant.

Même s'il existe diverses formes de communauté de pratique (par exemple, plus ou moins longues et structurées, avec ou sans animateur) et que leur degré d'évolution varie considérablement en fonction de plusieurs facteurs<sup>[36]</sup>, Wenger *et al.*<sup>[32]</sup> proposent cinq étapes de développement. Au début, à partir d'un réseau plus ou moins formel de personnes, il y a « potentiel » d'une communauté (*potential*) : les personnes commencent à explorer l'idée de se regrouper en fonction de tel(s) objectif(s). Vient ensuite l'étape d'unification (*coalescing*), au cours de laquelle il y a véritablement regroupement et démarrage. La communauté évolue pour atteindre sa maturité (*maturity*), par exemple, par l'approfondissement de thématiques, l'ajout de membres. La quatrième étape qu'est

celle du momentum (*stewardship*) consiste à saisir les opportunités pour garder la communauté active, par exemple en ajoutant de nouvelles thématiques, en se préoccupant du transfert des apprentissages dans le milieu, etc. Finalement, l'étape de la transformation (*transformation*) consiste à décider de l'avenir de la communauté : dissolution ou réaménagement.

## Objectifs de l'étude

Au cours de l'automne 2011, nous avons implanté au Centre de santé et de services sociaux de-la-Vieille-Capitale une forme de communauté de pratique de cliniciens enseignants provenant de six disciplines en sciences de la santé et en sciences sociales, ayant pour thème « Être un clinicien enseignant modèle de rôle auprès des étudiants ». Cette modalité pédagogique d'apprentissage était une innovation dans ce milieu. Elle visait deux objectifs principaux : 1) définir ce que signifie pour soi « être un clinicien enseignant modèle de rôle auprès des étudiants » ; 2) s'approprier des stratégies pédagogiques afin d'agir de manière intentionnelle et explicite en tant que modèle de rôle auprès d'eux. Ces deux objectifs traduisent bien la visée formative de cette communauté.

À notre connaissance, aucune publication n'a décrit les impacts de la participation de cliniciens enseignants à une communauté de pratique dans la formation en contexte clinique. De plus, puisqu'il s'agissait d'une innovation pédagogique dans ce milieu, nous avons intégré une démarche de recherche-action dédiée à l'implantation de cette communauté (voir la section « Méthodes »). La recherche visait deux objectifs : 1) identifier et décrire les impacts de la participation à cette communauté, selon le point de vue des cliniciens enseignants. Ici, nous étions particulièrement intéressés par les impacts se rapportant aux deux objectifs de la communauté précédemment mentionnés ; 2) déterminer si les étudiants (dont leurs cliniciens enseignants avaient participé à la communauté) les avaient ou non perçus comme des modèles de rôle et, le cas échéant, identifier les retombées à leur niveau.

## Méthodes

### Choix du type de recherche

Nous avons choisi de réaliser une recherche-action-formation car celle-ci est un moyen privilégié d'acquisition et de partage de connaissances, de pratique réflexive et de transfert des connaissances. Une telle approche nous a semblé la plus appropriée pour explorer la problématique identifiée. En effet, la recherche-action est, de par sa nature, une méthode de recherche participative qui évolue dans un contexte naturel. Elle se caractérise par l'implication et la collaboration des intervenants du milieu, par le va-et-vient entre l'action, la réflexion et l'ajustement des interventions au fur et à mesure de l'évolution du processus<sup>[37-39]</sup>. À titre d'exemple, dans notre projet, des actions (nouvelles connaissances ou stratégies d'intervention) étaient discutées, souvent à partir des questions que les participants généraient pendant leurs supervisions (ou autres expériences vécues en formation clinique) et lors des rencontres de groupe. Des mises à l'essai étaient faites auprès des étudiants et rediscutées par la suite afin d'enrichir la réflexion sur le thème du modèle de rôle et sur le répertoire d'interventions pédagogiques s'y rapportant. Cette méthode repose donc sur une co-construction des connaissances par l'échange réciproque entre les différents types de savoirs : cliniques, expérientiels, scientifiques et organisationnels. Enfin, ce type de recherche facilite le transfert des connaissances en raison de sa portée formative très ancrée dans la pratique.

### Participants

À la suite d'un appel à participation, neuf cliniciens enseignants ont manifesté leur intérêt. Nous avons retenu toutes ces personnes en raison de la diversité de leur formation disciplinaire et de leur expérience en supervision. Le fait de travailler avec des cliniciens ayant des formations différentes correspond à la réalité de la pratique multidisciplinaire du Centre de santé et de services sociaux de-la-Vieille-Capitale. Il s'agissait de trois hommes et six femmes, avec des expériences de supervision variées (de trois à



34 années) et provenant des disciplines suivantes : service social ( $n = 3$ ), kinésiologie ( $n = 1$ ), médecine familiale ( $n = 1$ ), pharmacie ( $n = 1$ ), psychoéducation ( $n = 1$ ) et sciences infirmières ( $n = 2$ ). Les participants devaient signer un formulaire de consentement décrivant les modalités de participation (dont le respect de la confidentialité des échanges et l'engagement de chaque superviseur à filmer au moins une rencontre de supervision avec son stagiaire et à la présenter au groupe). Le formulaire indiquait aussi que l'étude était approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'organisme.

Par ailleurs, les étudiants dont les superviseurs avaient participé au projet ( $n = 15$ ) ont été sollicités en fin de stage pour compléter, individuellement et par écrit, un questionnaire portant sur l'apprentissage via le modèle de rôle en supervision. Les réponses des étudiants étaient confidentielles. Seules les données regroupées et non nominatives ont été partagées avec les membres de la communauté de pratique. Les stagiaires avaient signé au préalable un formulaire de consentement de participation.

#### Recueil et analyse des données

Le recueil des données a été réalisé lors de huit rencontres, d'une durée de deux heures trente chacune, entre septembre 2011 et avril 2012. Ces rencontres, animées par l'auteur principal, comportaient de courtes « capsules » pédagogiques sur la supervision et sur la notion de modèle de rôle, l'analyse de vidéos de situations de modèles de rôle en clinique, ainsi que des exercices de réflexion individuelle et en groupe. De courts textes complémentaires d'intérêt étaient aussi utilisés ; ceux-ci étaient proposés par l'animateur ou les participants. Lors de la première rencontre, la définition du modèle de rôle rappelée en section introductive de cet article a été proposée comme amorce de discussion. C'est à partir de cette définition que les participants ont progressivement personnalisé leur représentation du modèle de rôle qu'ils voulaient démontrer auprès de leurs étudiants et qu'ils se sont approprié des moyens d'y parvenir.

Toutes les rencontres ont été filmées par vidéo en circuit fermé. Suite au visionnement de chaque rencontre, un résumé des discussions était d'abord

rédigé par l'animateur puis soumis à l'ensemble des membres du groupe pour validation et ce, avant la rencontre suivante. Cette forme d'analyse de contenu<sup>[40]</sup> était d'abord validée par deux participants (co-auteurs), puis présentée et discutée avec tous les participants au début de la rencontre suivante. Finalement, pendant tout le projet, l'animateur a rédigé un journal de bord dans lequel étaient consignées les idées échangées, les incidents critiques positifs ou négatifs, les forces et les limites de chaque rencontre, etc.

Chaque rencontre a été évaluée individuellement et par écrit par les participants, à partir d'une fiche élaborée à cet effet. Ils devaient notamment identifier un aspect qu'ils allaient tenter de mettre en pratique d'ici la prochaine rencontre quant à l'exercice du modèle de rôle en contexte de formation clinique. Cette question traduisait notre préoccupation à l'égard du transfert des connaissances. En plus des huit rencontres régulières, il y a eu trois rencontres formelles d'évaluation du projet : la première, à la mi-parcours (décembre 2011), la seconde, à la fin du projet (avril 2012) et la troisième, sept mois après la fin du projet (novembre 2012). Au cours de chacune de ces rencontres, nous avons apporté une attention spéciale aux retombées concrètes de la communauté de pratique auprès des participants. Une synthèse de chaque rencontre d'évaluation a été faite par l'animateur et remise aux participants pour validation. Dans le questionnaire destiné aux étudiants, on leur demandait si leur clinicien enseignant avait été ou pas un modèle de rôle pour eux et pourquoi, s'ils l'avaient observé intervenir auprès de la clientèle ou d'autres collègues et le cas échéant, ce qu'ils avaient appris de ces observations.

## Résultats

Les impacts de la participation à la communauté de pratique, selon les superviseurs

### ***Une meilleure compréhension et appropriation de la notion de modèle de rôle***

Tous les participants rapportent avoir développé une meilleure compréhension de cette notion et se l'être

appropriée au fil des rencontres. Au début, la majorité des participants avait une représentation très générale de cette notion ; elle signifiait être un bon clinicien, viser l'excellence, donner l'exemple, faire de son mieux. Pour certains, être un clinicien enseignant modèle de rôle représentait au départ une illusion parce que cette notion était associée à l'atteinte de la perfection. La représentation qu'en avaient les participants est devenue plus réaliste, plus spécifique et surtout plus personnalisée. En voici des exemples :

- « Maintenant, je peux expliquer ce que ça signifie être un modèle de rôle explicite en supervision ; je prends plus le temps de parler, d'expliquer à mes stagiaires ce que je juge important dans ma pratique, mes ancrages... Avant je ne savais pas trop ce que voulait dire cette expression-là. »
- « Je suis plus conscient du modèle de rôle que j'essaie d'être, de ce qui me distingue de mes collègues. Avant, j'étais comme sur le pilote automatique... j'ai pu identifier plus concrètement ce que je veux que mes stagiaires retiennent de moi. »
- « Avant, être un modèle de rôle signifiait essayer d'être parfait et je me disais que je n'y arriverais évidemment jamais. Alors que maintenant, je sais que ça n'a rien à voir avec la perfection : je suis un superviseur avec mes forces et mes limites et c'est ça qui fait la beauté de la chose. Donner le goût de la profession aux stagiaires à partir de ce que je suis, avec mes qualités et mes limites, y compris mes défauts. C'est à eux de faire le tri dans tout ça et de prendre le meilleur de moi-même. »

### ***Un répertoire de stratégies pédagogiques plus riche, intégré à leur style de supervision***

Les rencontres ont aussi aidé les participants à identifier, analyser et enrichir leurs savoirs théoriques et d'expérience visant à aider leurs stagiaires à devenir des professionnels compétents. En ce sens, les cliniciens enseignants sont non seulement devenus plus conscients du répertoire de stratégies qu'ils utilisaient mais ils en ont aussi acquis de nouvelles et les ont intégrées à leur style de supervision. Un clinicien a mentionné que le fait de participer à cette communauté

l'avait aidé à situer la notion de modèle de rôle parmi les divers cadres conceptuels cliniques et pédagogiques qu'il avait intégrés à sa pratique au fil des années.

En plus de favoriser le partage des expériences et des divers types de savoirs (théoriques et d'action), les rencontres ont aussi contribué à découvrir ou à varier l'utilisation d'outils de travail jugés particulièrement utiles en supervision. Ainsi, nous avons discuté des principes d'apprentissage essentiels en supervision, tels qu'aider le stagiaire à faire des liens entre les nouvelles informations et ses connaissances antérieures, l'aider à être un apprenant actif et critique. De plus, des moyens d'appliquer ces principes ont été abondamment discutés et expérimentés :

- « Je suis passé de l'implicite à l'explicite, dans le sens où les principes sur lesquels j'appuie mes interventions en supervision sont devenus beaucoup plus clairs dans ma tête ; je suis maintenant capable de les nommer et je sais mieux comment les appliquer. »
- « Je précise davantage mes objectifs, mes intentions pédagogiques avec mon stagiaire, ce que je ne faisais pas avant. »
- « Avant de commencer à discuter un cas, je demande maintenant à mon stagiaire quelles sont ses questions et avant de terminer la discussion, je lui demande ce qu'il retient de notre échange et comment il prévoit appliquer ses apprentissages. »
- « Ça fait plus de 25 ans que je supervise et je me sens meilleur en supervision... En discutant avec les autres, mais surtout en voyant leurs vidéos, j'ai ajouté des outils à mon coffre... Je me disais souvent « tiens, je vais essayer ça avec mon stagiaire ». D'autre fois, ce n'était pas tant l'outil qui était nouveau mais la manière de s'en servir. »

Une des stratégies pédagogiques importante associée à l'explicitation du modèle de rôle, dont les participants ont beaucoup discuté, a été la démonstration auprès de l'étudiant de manières d'être et de faire en tant que clinicien enseignant. Bien que la démonstration se fasse souvent de manière informelle « dans le feu de l'action » au quotidien, les participants ont convenu qu'il était important de planifier, à diverses occasions pendant le stage, des périodes de

**Tableau I.** Démarche structurée d'observation du clinicien enseignant auprès d'un client/patient.

<p>Trois étapes pour stimuler l'apprentissage de l'étudiant :</p> <p>1) <b>Avant</b> l'observation :</p> <p><input type="checkbox"/> Je décris à l'étudiant ce que j'ai l'intention de faire en nommant la compétence ou les dimensions spécifiques qui sera/seront démontrée(s) ;</p> <p><input type="checkbox"/> Je fais le lien entre les besoins de l'étudiant et ce que je vais démontrer ;</p> <p><input type="checkbox"/> J'attire l'attention de l'étudiant sur les connaissances, habiletés et attitudes utiles en lien avec ce que je vais démontrer ;</p> <p><input type="checkbox"/> Je donne à l'étudiant des consignes précises d'observation (ex. : noter les interventions jugées utiles, les autres options, les questions que certaines interventions soulèvent).</p> <p>2) <b>Pendant</b> l'observation :</p> <p><input type="checkbox"/> Je mets en évidence la compétence (ou les dimensions) à démontrer en attirant l'attention, démontrant plus lentement, etc. ;</p> <p><input type="checkbox"/> Je note les interventions que j'ai réussies et, s'il y a lieu, celles qui ont été plus problématiques ou qui n'ont pas eu les effets escomptés.</p> <p>3) <b>Après</b> l'observation :</p> <p><input type="checkbox"/> J'amorce la discussion à partir des observations du stagiaire et ce qu'il en a compris ;</p> <p><input type="checkbox"/> J'analyse avec l'étudiant ce qui a été démontré, les impacts et, s'il y a lieu, les difficultés rencontrées ;</p> <p><input type="checkbox"/> Je discute avec l'étudiant de moyens concrets pour qu'il s'approprié et intègre ce que j'ai démontré dans sa pratique future ;</p> <p><input type="checkbox"/> Je vérifie si l'étudiant a des questions en suspens et y réponds, le cas échéant ;</p> <p><input type="checkbox"/> Je demande à l'étudiant 1-2 messages-clés qu'il retient de cette observation.</p>
---

démonstration plus formelles en fonction d'objectifs d'apprentissage spécifiques :

- « Depuis que je fais partie du groupe, j'essaie différentes choses avec mon stagiaire comme me faire observer plus souvent lorsque j'interviens avec la clientèle. »
- « Avant, c'est rare que je me faisais observer, probablement par pudeur et par manque d'expérience. Le groupe m'a convaincu de la valeur pédagogique et je le fais plus régulièrement. Mais j'avoue que je trouve ça toujours un peu stressant; ça me permet de mieux comprendre la réaction de mes stagiaires quand je leur dis que je vais les observer. »
- « Maintenant, j'ai affiché au mur de mon bureau la fiche synthèse qui porte sur la démonstration formelle au stagiaire. C'est un aide-mémoire que je vois et que mes stagiaires voient aussi. Je m'y réfère souvent. »

Le tableau I présente la fiche synthèse à laquelle réfère le superviseur précédent, fiche initialement proposée par l'animateur, puis améliorée par les membres de la communauté de pratique :

### **Un lieu de mémoire**

Avant de terminer cette section, il importe de préciser que la communauté de pratique a non seulement été un lieu de partage et d'expérimentation mais, pour certains, un lieu de mémoire, une sorte de repère auquel ils se réfèrent, tel que l'indiquent les propos suivants :

- « Pendant le projet, je pensais souvent aux collègues, à nos discussions, aux vidéos. Depuis que les rencontres sont terminées, le groupe me passe souvent dans la tête... Il est là, à quelque part dans ma tête et j'y réfère régulièrement. »



- « Depuis que le projet est terminé, je pense souvent à la communauté. Quand je doute, je me dis : qu'est-ce qu'ils me diraient eux si je leur présentais les situations où je doute de moi comme superviseur ? »

#### Des retombées selon le point de vue des étudiants

Au total, 13 étudiants sur 15 ont complété le questionnaire écrit. Douze étudiants sur treize ont rapporté que leur clinicien enseignant avait significativement contribué à ce qu'ils consolident leurs compétences et leur identité professionnelle pendant leur stage. Ils ont rapporté l'avoir observé intervenir avec la clientèle à plusieurs reprises et dans d'autres contextes comme les rencontres d'équipe. Voici quelques raisons pour lesquelles ces cliniciens ont été perçus comme des modèles de rôle :

- « Je considère que mon superviseur a été un modèle de rôle pour moi. En effet, le stage m'a permis d'observer sa pratique quotidienne : entrevue, rencontres d'équipe, communication avec les autres professionnels, etc. Il a été une source d'inspiration pour moi sur plusieurs aspects : son savoir-être, son savoir-dire, son savoir-faire et ses connaissances. Cette source d'inspiration m'a donné le goût d'apprendre, de faire des recherches sur les approches et de me développer professionnellement, pas juste pour les connaissances mais sur le plan personnel aussi. Je suis persuadée que ce modèle professionnel influencera la professionnelle que je serai bientôt. »
- « Je crois que mon superviseur a bel et bien été un modèle de rôle. En fait, il m'a transmis dans un premier temps sa passion pour la profession. Ses expériences très variées m'ont permis de constater la diversité de notre profession. J'ai pu le voir agir souvent et discuter avec lui ; ça m'a aidé à comprendre ses hypothèses d'intervention et à faire des liens théorie-pratique. C'est aussi un modèle de rôle dans le sens où il a toujours su reconnaître les forces des clients et des stagiaires et les aider à faire un cheminement personnel et professionnel. »
- « C'est clair que mon superviseur a été un bon modèle pour moi. Je l'ai observée à plusieurs reprises.

Elle a toujours pris le temps de m'expliquer le pourquoi des choses, sans m'imposer quoi que ce soit. J'essaie d'appliquer ça avec ma clientèle. »

- « Mon superviseur m'a souvent parlé de l'importance de discuter, de réfléchir avec d'autres superviseurs. Ça, c'est une des choses que je vais retenir de lui : l'importance de l'échange dans les équipes de travail. »
- « Oui, je considère que ma superviseuse de stage a été un modèle de rôle pour moi pour plusieurs raisons. En tant que maître de stage, elle avait d'excellentes connaissances et elle prenait le temps de m'expliquer ce qu'elle faisait ; je ne sentais pas que j'étais « de trop » pour elle. Elle me laissait également beaucoup de liberté et ne me faisait pas sentir « poche » quand je ne savais pas quelque chose... J'ai aussi beaucoup aimé la voir intervenir avec des clients plus difficiles. De plus, je sais que je pourrais recontacter cette personne n'importe quand dans ma carrière pour avoir son avis et je suis certaine qu'elle me répondrait avec plaisir. »

Par ailleurs, un seul stagiaire considérait que son superviseur avait plus ou moins été un modèle pour lui : « Mon superviseur m'a donné beaucoup d'exemples, du *feedback* et de la documentation. J'ai appris à son contact. Ce fut un bon superviseur mais pas vraiment un modèle... parce qu'il manquait une sorte de chimie entre nous deux... Pour différentes raisons, je ne l'ai pas observé intervenir avec la clientèle ; c'est dommage parce que je pense que ça m'aurait été utile ». Mentionnons en terminant que ce superviseur a sollicité les conseils de ses collègues de la communauté de pratique en vue de mieux intervenir auprès de ce stagiaire qu'il considérait être en difficulté académique.

Le fait que tous les étudiants aient rapporté avoir appris au contact des cliniciens enseignants et que tous, sauf un, les aient perçus comme des modèles de rôle nous laisse croire qu'il y a bel et bien eu transfert des apprentissages entre la communauté de pratique et les milieux de stage. Nous ne sommes évidemment pas en mesure d'établir un lien de cause à effet entre la communauté de pratique et la perception positive des étudiants à l'égard de leurs superviseurs puisque le choix des modèles est un processus complexe car multifactoriel. Toutefois, nous avons entendu à

maintes reprises les participants partager des propos inspirants sur cette notion du modèle de rôle, constaté que leurs propos évoluaient d'une rencontre à l'autre et qu'ils étaient en mesure de démontrer diverses manières d'exercer ce rôle lors des vidéos qu'ils présentaient à leurs collègues. D'ailleurs, les propos échangés lors de la rencontre post-projet (novembre 2012) ont confirmé que le transfert des apprentissages s'était progressivement fait pendant les rencontres et que l'intégration se poursuivait encore depuis la fin de la communauté de pratique, tel que l'indique ce témoignage : « Moi, je pensais qu'avec la fin de nos rencontres, j'avais appris ce qu'il y avait à apprendre sur le modèle de rôle en supervision. Je me suis trompée car depuis, j'expérimente plein de choses dont nous avons discuté et je peux dire que je me sens de plus en plus confortable avec ces nouvelles manières de penser et de faire avec mes stagiaires. »

## Discussion

Globalement, les résultats montrent que cette communauté a eu des retombées très positives autant pour les participants que pour leurs étudiants. Au fil des rencontres, les cliniciens ont démontré qu'ils comprenaient mieux le sens d'être un modèle de rôle et qu'ils s'étaient approprié cette notion en l'intégrant à leur bagage de connaissances et d'expériences en supervision. De plus, ils ont consolidé leur répertoire de stratégies pédagogiques, en y intégrant notamment une plus grande utilisation de la démonstration pratique auprès des stagiaires. Ces résultats, associés à ceux d'autres auteurs<sup>[32-34]</sup>, confirment la contribution de cette communauté de pratique : elle a été un lieu de mobilisation et de consolidation des savoirs théoriques et des savoirs d'expérience ou d'actions clinico-pédagogiques, en plus d'être un lieu de démonstration et d'échanges riches et constructifs.

Au cours des échanges, les participants se sont demandé à quoi bon se préoccuper d'agir explicitement comme modèles de rôle auprès des étudiants car le processus de sélection des modèles et d'identification à ces derniers est une démarche très personnelle. Notre réponse est la suivante : comme cliniciens

enseignants, nous avons la responsabilité non seulement de démontrer de bonnes pratiques, voire des pratiques exemplaires, mais surtout d'être des sources de motivation et d'inspiration pour les futurs professionnels que nous formons : donner l'exemple, avec nos forces et nos limites et réfléchir à ce que nous faisons et enseignons comme cliniciens enseignants. Dès lors, pour passer de l'implicite à l'explicite, il importe d'être conscient de ce que nous voulons projeter (connaissances, valeurs, attitudes, etc.), étant entendu que la manière d'être modèle de rôle est un processus dynamique multiforme.

Lors de la rencontre post-projet, les participants ont individuellement identifié par écrit quatre facteurs ayant plus particulièrement contribué à la réussite du projet : 1) la composition interdisciplinaire de la communauté de pratique a permis d'être exposé à divers styles, formes et cultures de supervision ; 2) la démarche longitudinale structurée et ancrée dans les pratiques des participants (notamment l'analyse de vidéos) a permis de garder le cap sur les objectifs de ce projet en faisant toujours les liens théorie-pratique, en plus de favoriser l'intégration des apprentissages ; 3) le climat d'ouverture et de respect a favorisé la richesse des échanges et l'expression d'une pluralité de points de vue, incluant les désaccords ; 4) l'appui de la coordination de l'enseignement et des gestionnaires du Centre de santé et de services sociaux de la-Vieille-Capitale a été un facteur essentiel à cette démarche car les participants ont été libérés de leurs tâches habituelles pour s'impliquer dans cette innovation pédagogique. Enfin, nous ajoutons un autre facteur déterminant : la démarche de recherche-action. En effet, nous pensons que, par sa nature participative et itérative, la recherche-action a positivement contribué à la réussite du projet. Le fait d'inscrire la démarche dans le cadre d'une recherche nous a incités à démontrer encore plus de rigueur, notamment dans la planification des rencontres, dans le recueil et l'analyse des résultats.

Par ailleurs, lors de la rencontre post-projet, un superviseur a souligné à quel point sa présence dans cette communauté de pratique l'avait sorti de l'isolement vécu dans son milieu de travail. Il a raconté qu'il partageait maintenant avec les collègues de son équipe les réflexions faites dans la communauté de

pratique. Ainsi, son expérience de la communauté de pratique lui a été utile à la fois comme superviseur et comme membre d'une équipe d'intervenants.

Au niveau des contraintes, cette démarche a été exigeante parce que réfléchir à sa pratique clinico-pédagogique nécessite de s'y investir de manière significative, ce qui n'est pas facile dans un contexte où la charge de travail clinique est importante et où le temps est limité, d'où l'importance qu'un tel projet se réalise en étroite collaboration avec la direction des établissements et les gestionnaires des équipes.

Même si ce projet original a été mené de manière rigoureuse, il comporte des limites. Il s'agit d'une seule expérience qui a été réalisée auprès de participants volontaires provenant d'une même organisation en contexte québécois. Il faudra certes répéter d'autres initiatives ici et ailleurs pour enrichir ces données de recherche. De plus, pour des raisons de faisabilité, nous n'avons pas réalisé une analyse de contenu systématique des verbatim des rencontres, alors que cette démarche est recommandée en recherche qualitative. Par contre, les processus de triangulation des données et des chercheurs ont été appliqués, en plus de la vérification des données par les membres, ce qui représente des critères de scientificité en recherche qualitative<sup>[41]</sup>. Troisièmement, la mesure des impacts repose sur des observations faites pendant les rencontres et sur des informations que les participants et leurs étudiants ont fournies pendant la durée du projet. Bien qu'il y ait eu une rencontre post-projet dans laquelle les participants ont manifesté qu'ils continuaient de s'approprier plusieurs apprentissages, nous n'avons pas assuré de suivi à ce niveau. Un des défis pour l'institution sera de mettre en place des moyens de maintenir, voire d'accentuer le transfert des connaissances dans la pratique de supervision des cliniciens enseignants.

Par ailleurs, il convient de discuter si l'expérience d'interaction pédagogique rapportée correspond authentiquement au cadre conceptuel et opérationnel d'une communauté de pratique. Certes, il ne s'agissait pas d'une communauté spontanée comme c'est habituellement le cas. Certains diront qu'il s'agissait plutôt d'un groupe d'intérêt partagé. Nous croyons que cela a été une véritable communauté pour les raisons suivantes : outre la présence des caractéristiques

de base précédemment rappelées, l'initiative de cette communauté est venue d'un des cliniciens enseignants du Centre de santé et de services sociaux de la-Vieille-Capital (l'animateur) qui a sollicité des collègues pour y participer. De plus, la démarche, certes structurée à partir de propositions de l'animateur, reposait sur l'explicitation des savoirs d'expérience des participants en vue du développement et du transfert des connaissances dans ce milieu. De même, il y a bel et bien eu recherche-action au sens où la démarche reposait sur la participation active des membres qui ont en toute liberté et collégialité pris les décisions du début à la fin du processus.

## Conclusion

L'innovation pédagogique qu'a constitué cette communauté de pratique de cliniciens enseignants au Centre de santé et de services sociaux de-la-Vieille-Capitale a eu des retombées très positives du point de vue des participants et de leurs étudiants. En raison de ces retombées, la coordination de l'enseignement de cet établissement a décidé de répéter l'expérience : entre septembre 2012 et juin 2013, une nouvelle communauté de pratique interdisciplinaire a été implantée auprès de neuf autres superviseurs. L'analyse préliminaire des données concorde tout à fait avec celles recueillies auprès du premier groupe. Les participants à cette communauté ont d'ailleurs décidé d'ajouter quelques rencontres en 2013-2014 afin de consolider leurs apprentissages. La communauté va donc se transformer et il sera assurément fructueux d'en assurer un suivi méthodique.

## Contributions

Les trois auteurs ont participé à toutes les étapes de la conception et de la réalisation de l'étude, ainsi qu'à celles de la rédaction et de la révision de cette publication.

## Remerciements

Nous tenons à remercier les cliniciens enseignants du Centre de santé et de services sociaux

de-la-Vieille-Capitale (Québec, Canada) qui ont participé à la communauté de pratique décrite dans ce manuscrit, ainsi que la coordination de l'enseignement de cet établissement qui a soutenu la réalisation de ce projet.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêt en lien avec le contenu de cet article.

## Approbation éthique

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de-la-Vieille-Capitale en mai 2011 (délibération n°/2010-2011-36).

## Références

- Bédard D, Béchard, JP. Innover dans l'enseignement supérieur. Paris : Presses Universitaires de France, 2009.
- Vanpee D, Frenay M, Godin V, Bédard D. Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des stages d'externat. *Pédagogie Médicale* 2010;10:253-66.
- Rousseau N. L'apport de l'activité de supervision à la formation pratique. In : Rousseau N. (Dir.), *Se former pour mieux superviser*. Montréal : Guérin, 2005: 1-11.
- Beckers J. Compétences et identité professionnelles. L'enseignement des autres métiers de l'interaction humaine. Bruxelles : De Boeck, 2007.
- Benner P. Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bul Sci Tech Soc* 2004;24:188-99.
- Field DE. Moving from novice to expert. The value of learning in clinical practice. A literature review. *Nurs Educ Today* 2004;24:560-5.
- Kilminster SM, Cottrell D, Grant J, Jolly B. Effective educational and clinical supervision. *Association of Medical Education in Europe (AMEE) Education Guide*. *Med Teach* 2007;29:2-19.
- Irby DM, Papadakis M. Does good clinical teaching really make a difference ? *Am J Med* 2001;110: 231-2.
- St-Pierre L. *Se former pour mieux superviser en sciences infirmières*. Montréal : Beauchemin Chenevière Éducation, 2004.
- Ericsson KA, Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Acad Med* 2004;79:S70-S81.
- Ericsson KA, Charness N, Feltovich PJ, Hoffman RR (Eds.). *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. New York: Cambridge University Press, 2006.
- Bordage G. Conceptual frameworks to illuminate and magnify. *Med Educ* 2009;43:312-19.
- Côté L, Bordage G. Content and conceptual frameworks of preceptor feedback related to residents' educational needs. *Acad Med* 2012;87:1-8.
- Rohrer D, Pashler H. Recent Research on Human Learning Challenges Conventional Instructional Strategies. *Educ Res* 2010;39:406-12.
- Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005;6:98-111.
- Dolmans DHJM, Wolfhagen HAP, Essed GGM, Scherpbier AJJA, Van der Vleuten CPM. Students' perceptions of relationships between some educational variables in the out-patient setting. *Med Educ* 2002;36:735-41.
- Archer JC. State of the science in health professional education: effective feedback. *Med Educ* 2010;44: 101-108.
- Epstein R. Mindful practice. *JAMA* 1999;282:833-9.
- Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv in Health Sci Educ* 2009;14: 595-621.
- Schön DA. *Le praticien réflexif : À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques, 1994.

21. Ramani S, Leinster S. AMEE Guide No. 34: Teaching in the clinical environment. *Med Teach* 2008;30:347-64.
22. Côté L, Leclère H. How Clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. *Acad Med* 2000;75:1117-24.
23. Tiberius RG, Sinai J, Flak EA. The Role of teacher-learner relationships in medical education. In: Norman GR, Van der Vleuten CPM, Newble DI (Eds.). *International Handbook of research in Medical Education*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2002:463-97.
24. Wright SM, Kem DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending-physicians role models. *N Engl J Med* 1998;339:986-1993.
25. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliff (NJ): Prentice Hall, 1977.
26. Jochemsen-van der Leeuw HGA, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS, Wieringa-de Waard M. The attributes of the clinical trainer as a role model: A systematic review. *Acad Med* 2013;88:26-34.
27. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Med Teach* 2013;35:e1422-e1436.
28. Kenny NP, Mann KV, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med* 2003;78:1203-09.
29. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Role modeling. Making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ* 2008;336:718-21.
30. Lave J, Wenger E. *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge, MA: Cambridge University Press 1991;91-117.
31. Wenger E. *Communities of practice. Learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
32. Wenger E, McDermott R, Snyder WM. *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Boston MA: Harvard Business School Press, 2002.
33. Egan T, Jaye C. *Communities of clinical practice: the social organization of clinical learning*. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 2009;13:1107-25.
34. Handley K, Sturdy A, Fincham R, Clark T. Within and beyond communities of practice: Making sense of learning through participation, identity and practice. *J. Manag. Stud* 2006;43:641-53.
35. Kilbride C, Perry L, Flatley M, Turner E, Meyer J. Developing theory and practice: Creation of community of practice through action research produced excellence in stroke care. *J Interprof Care* 2011;25:91-7.
36. Tremblay DG. Les communautés de pratique : quels sont les facteurs de succès ? *Revue internationale sur le travail et la société* 2005;3(2):692-722.
37. Hugues I. Action research in healthcare. In: Reason P, Hilary B. (Eds.). *The Sage handbook of action research: Participative inquiry and practice*. Thousand Oaks (CA): Sage Publ., 2008.
38. Dolbec A. La recherche-action. (2002). In : Gauthier B. (Ed.). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Québec: Presses de l'Université du Québec, 2002:467-496.
39. Meyer J. Qualitative research in health care. Using qualitative methods in health related action research. *BMJ* 2006;320:178-81.
40. L'Ecuyer R. L'analyse de contenu : notions et étapes. In : Deslauriers JP. *Les méthodes de la recherche qualitative*. Sillery : Presses de l'Université du Québec, 1988:49-65.
41. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale* 2002;3:81-90.

---

Correspondance et offprints : Luc Côté. Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Pavillon Ferdinand-Vandry, bureau 2881-E, Université Laval, 1050 avenue de la Médecine, G1V 0A6 Québec, Canada.  
Mailto : luc.cote@fmed.ulaval.ca