



*Innovater dans nos pratiques de supervision :
regard d'un enseignant, superviseur
et chercheur en sciences de la santé*

Luc CÔTÉ, M.S.S., Ph.D. (éd.), F (Rech. éd. méd.)

Professeur titulaire

Département de médecine familiale et de médecine d'urgence

Clinicien enseignant et chercheur en éducation des sciences de la santé

Faculté de médecine



« Quand on se compare, on se console ! »



« La poudrerie »





Nous sommes comme des nains assis sur des épaules de géants. Si nous voyons plus de choses et plus loin qu'eux, ce n'est pas en raison de la perspicacité de notre vue ni de notre grandeur. C'est parce que nous sommes élevés par eux.

Bernard de Chartres

Objectifs

- Clarifier la notion d'innovation pédagogique
- Réfléchir - aux conditions de réalisation d'une innovation
- à quelques enjeux sur les pratiques innovantes
- Analyser sommairement deux innovations pédagogiques appliquées à la supervision clinique en sciences de la santé à l'Université Laval
- Faire le lien avec vos expériences / vos projets d'innovation

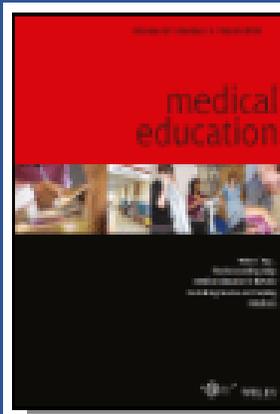


Innovation Report



Encouraging Reflexivity in a Residency Leadership Development Program: Expanding Outside the Competency Approach

Justin T. Clapp, PhD, MPH, Emily K.B. Gordon, MD, MEd, Dimitry Y. Baranov, MD, Beulah Trey, PhD, Felice J. Tilin, PhD, and Lee A. Fleisher, MD



Really Good Stuff



Lessons learned through innovation in medical education

A peer-reviewed collection of short reports from around the world on innovative approaches to medical education



CONCEPTS ET INNOVATIONS



Pédagogie Médicale 2015; 16(4): 233-249
DOI: 10.1051/pmed/2016009

© 2016 EDP Sciences / Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale

De la nécessaire articulation entre une formation théorique et une formation pratique. Présentation d'un dispositif pédagogique réflexif en contexte de stages cliniques

Linking theoretical education and practical training. Presentation of reflexive pedagogical device in clinical settings

Viviane VIERSET¹, Mariane FRENAY², Denis BEDARD³, Didier GIET⁴

Innovation



Pédagogie

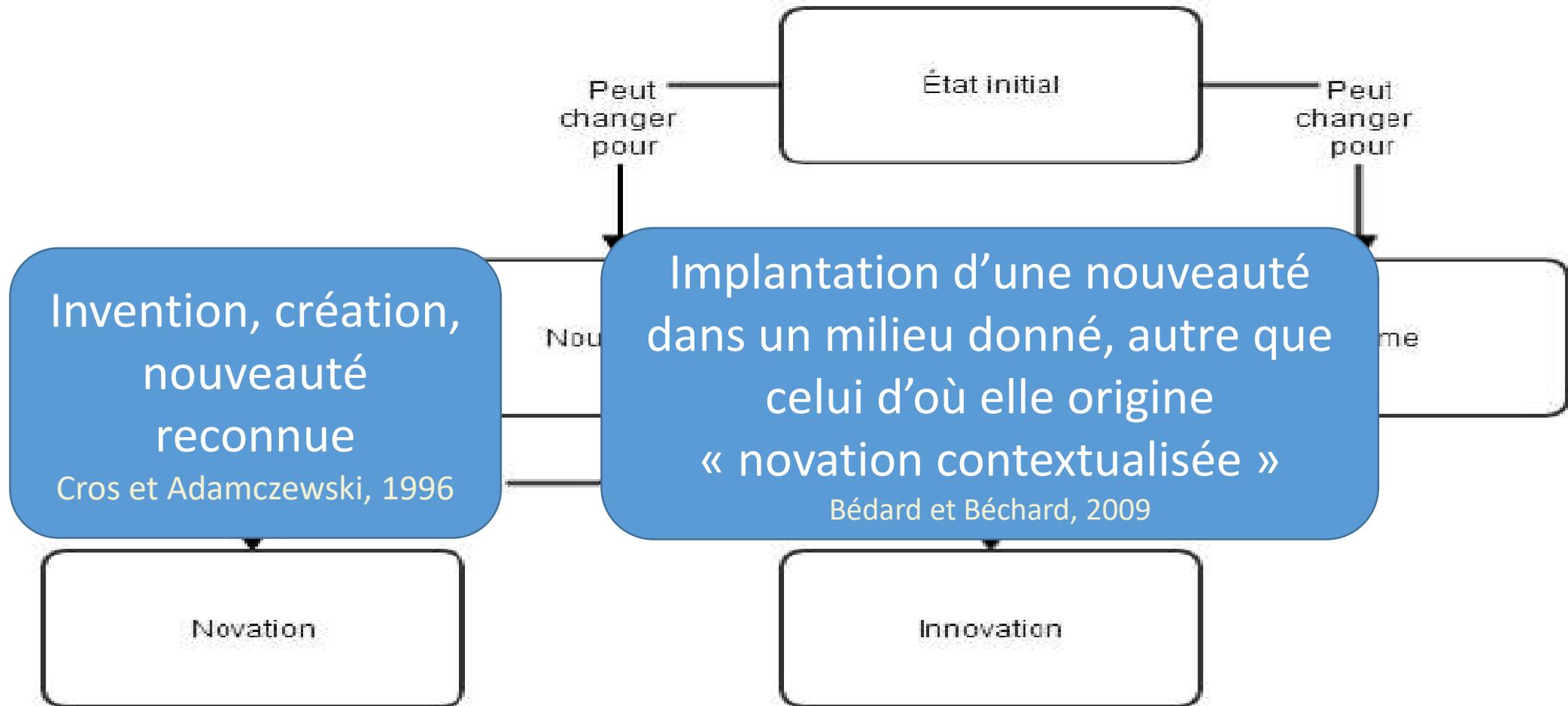
- *Art d'enseigner ou méthodes d'enseignement propres à une discipline, à une matière, à un ordre d'enseignement, à un établissement d'enseignement ou à une philosophie de l'éducation*

Legendre, *Dictionnaire de l'Éducation*, 2005

- *Réflexion appliquée méthodiquement à l'éducation*

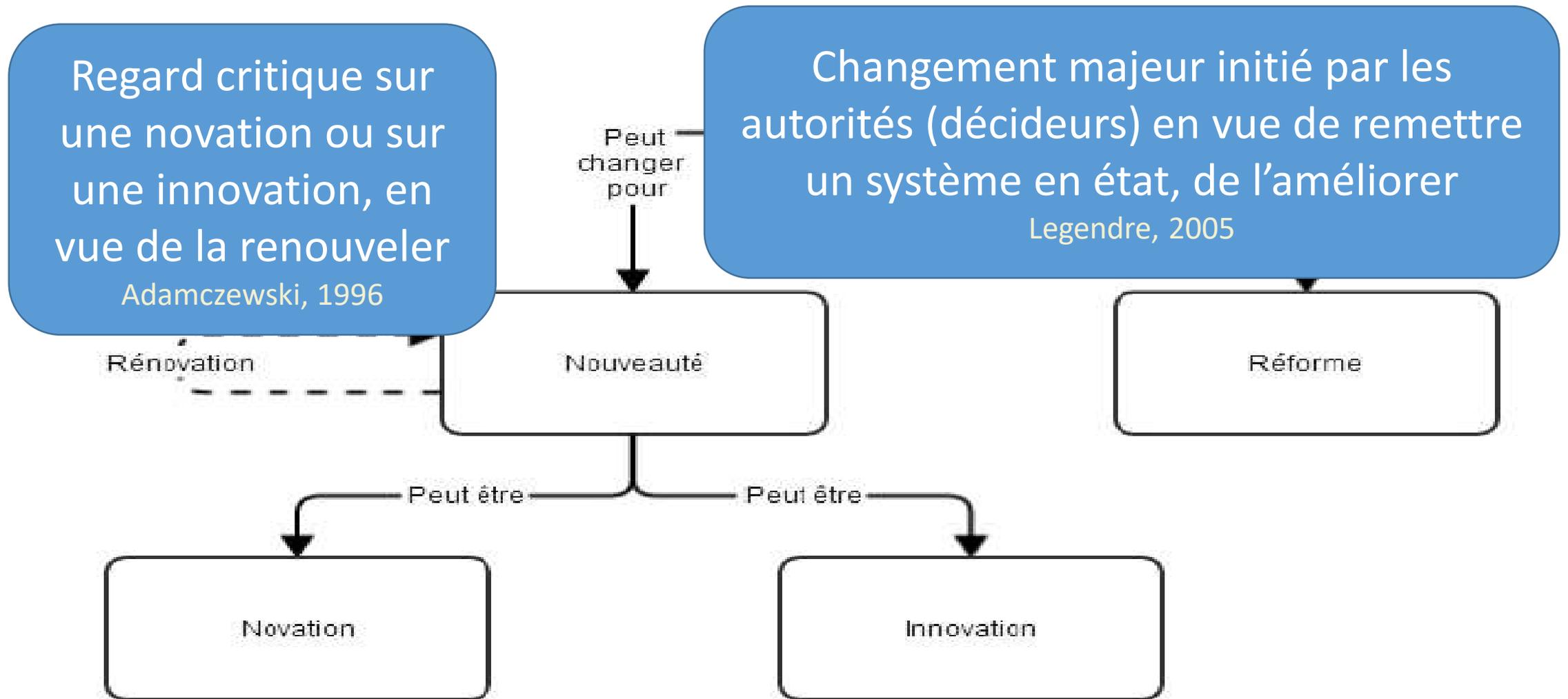
Durkheim, *Éducation et sociologie*, 1922

Figure 1. Différentes formes du changement en éducation



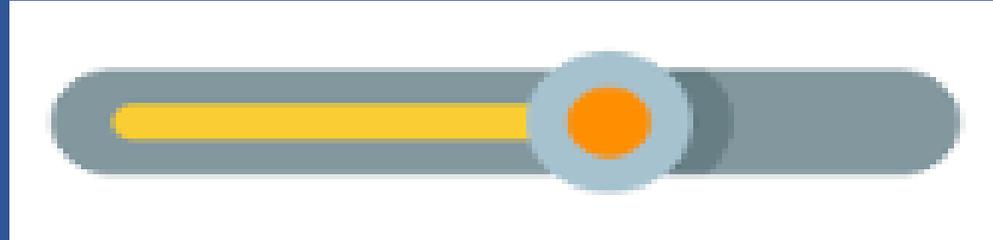
Tiré de: Lison, C, Bédard, D, Beaucher, C, Trudelle, D. De l'innovation à un modèle de dynamique innovationnelle en enseignement supérieur. *RIPES* 2014; <http://ripes.revues.org/771>: 1-20.

Figure 1. Différentes formes du changement en éducation



Tiré de: Lison, C, Bédard, D, Beaucher, C, Trudelle, D. De l'innovation à un modèle de dynamique innovationnelle en enseignement supérieur. *RIPES* 2014; <http://ripes.revues.org/771>: 1-20.

Les innovations pédagogiques : transformations de nature et d'envergure différentes



- Migrer d'un programme par objectifs vers un programme par compétences
- Introduire la classe inversée dans un cours
- Transformer une classe en présentiel en une classe virtuelle avec forum de discussion
- Implanter le portfolio numérique dans un programme
- Introduire une méthode d'explicitation du raisonnement clinique en stage
- Implanter un système facultaire de soutien pédagogique des enseignants

Innovation pédagogique

Souvent une évolution est une révolution sans en avoir l'R

Pierre-Henri Cami
(1884-1958)

L'importance du contexte

- Processus d'agrément des facultés de médecine obligatoire en Amérique du Nord (CACMS-LCME)
- Buts: - Assurer la qualité de l'éducation médicale / sciences de la santé
- Promouvoir la qualité des améliorations / innovations
- Agrément - complet
- provisoire avec suivi

Blouin, D, Tekian, A, Kamin, C, Harris, IB. The impact of accreditation on medical schools' processes. *Med Educ* 2018; 52: 182-191.

Pour que l'innovation naisse et survive

- Identification d'un (réel) besoin pédagogique
- Sensibilisation des acteurs-clés aux avantages d'innover
- Choix de collaborateurs crédibles et motivés (l'équipe innovante)
- Élaboration du projet
- Expérimentation(s) pilote(s)
- Analyse critique et ajustements
- Implantation formelle et développement dans le milieu (apprentissage organisationnel)
- Mise à jour (rénovation)

Pour que l'innovation naisse et survive

- Identification d'un (réel) besoin pédagogique

Acquisition et développement **collectif** et **organisé** de compétences au sein d'une organisation en fonction de finalités **explicitées** et **partagées**.

Cet apprentissage passe par **individus** et les **collectifs** qui composent l'organisation et la font vivre **par leurs interactions**.

Letor, C. Développer des dynamiques d'apprentissage organisationnel au sein des organisations de santé. Dans: Parent, F, Jouquan, J, (éds). *Penser la formation des professionnels de la santé*. Bruxelles, DeBoeck, 2013

(apprentissage organisationnel)

- Mise à jour (rénovation)

Quelques enjeux d'intérêt

- Résister à la boulimie innovationnelle
- Le format: au service du contenu
- La pérennité du changement: un noble objectif
- Des pratiques innovantes à des pratiques exemplaires diffusées



Quelques enjeux d'intérêt

- Résister à la boulimie innovationnelle
- Le format: au service du contenu
- La pérennité du changement: un noble objectif

Une pratique devient exemplaire lorsqu'elle a été évaluée selon les règles de l'art



recherche

« Scholarship »

- Produit tangible
- Sur une « nouveauté » : concept ou manière de l'appliquer
- Évalué par les pairs
- Diffusé publiquement

Diamond, RM, Bronwyn, A, eds. *The disciplines speak: Rewarding the scholarly professional and creative work of faculty.* Washington, D.C., American Association for Higher Education, 1995

Critères d'évaluation de projets « scholarship »

- *Buts importants*, clairement énoncés et réalistes
- *Préparation adéquate*
- *Choix appropriés* } contenu, processus et ressources
- *Résultats significatifs* (valeur ajoutée)
- *Diffusion efficace* (moyens et auditoire)
- *Réflexion critique* (analyse critique des forces, des limites et des suites)

Tiré de: Glassick, CE, Huber, MT, Maeroff, GI. *Scholarship assessed evaluation of the professorate*. San Francisco, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Jossey-Bass, 1997.

Bref

- *Représentation claire* de la nature de l'innovation et de son potentiel au plan pédagogique (pas d'improvisation aveugle)
- *Relie* les acteurs-clé (gestionnaires, enseignants, étudiants, etc.)
- *Les rallient* (développer un «chantier» rassembleur)
- *Les outille* et les soutient
- *Stimule la réflexion pédagogique* dans le milieu (autant contenu que processus)
- *Donne le goût de continuer* à innover, à évaluer et à diffuser

Quelques innovations pédagogiques à l'UL

Programme de médecine familiale (PMF)

- Élaboration, implantation et évaluation d'activités formelles d'observation de médecins de famille lors de consultations avec les patients
- Élaboration, implantation et évaluation d'un outil critérié informatisé d'évaluation des compétences des résidents du PMF

Facultaire

- Élaboration, implantation et direction du *Centre de développement pédagogique*
- Élaboration, implantation et direction du *Centre de recherche en pédagogie des sciences de la santé*

Facultaire (suite)

- Implantation de la *Journée annuelle de l'enseignement*
- Implantation et coordination des *Échanges en pédagogie des sciences de la santé*
- Révision du programme de médecine

Collaborations Réseau

- Élaboration, implantation et animation de *communautés de pratique de superviseurs de stage en sciences de la santé (CIUSSS-CN)*
- Élaboration, implantation et évaluation du *Programme de mentorat des médecins de famille en début de pratique (CQMF)*

Quelques innovations pédagogiques à l'UL

Programme de médecine familiale

- Élaboration, implantation et évaluation d'activités formelles d'observation de médecins de famille lors de consultations avec les patients
- Élaboration, implantation et évaluation d'un outil critérié informatisé d'évaluation des compétences des résidents en MF
- *Facultaire*
- Élaboration, implantation et direction du *Centre de développement pédagogique*
- Élaboration, implantation et direction du *Centre de recherche en pédagogie des sciences de la santé*

Facultaire (suite)

- Implantation de la *Journée annuelle de l'enseignement*
- Implantation et coordination des *Échanges en pédagogie des sciences de la santé*
- Révision du programme de médecine

Collaborations Réseau

- Élaboration, implantation et animation de *communautés de pratique de superviseurs de stage en sciences de la santé*
- Élaboration, implantation et évaluation du *Programme de mentorat des médecins de famille en début de pratique (CQMF)*

1- Activités formelles d'observation de médecins de famille

Compagnonnage cognitif

- Soutien que le superviseur fournit au stagiaire dans l'utilisation des processus cognitifs et meta cognitifs (réfléchir à comment on pense) qu'il utilise lorsqu'il est en situation de résolution de problème clinique.
-
-

Vanpee et al., *Péd Méd*, 2010

Une des étapes : «Modelling»

Observation du superviseur + discussion

Impact optimal du modèle de rôle



- Conscience du modèle de rôle qu'on aspire à être : notre « signature »
- Cohérence entre le dire et le faire : crédibilité
- Avec les étudiants : utilisation de stratégies pédagogiques telles que:
 - ✓ raisonnement à voix haute
 - ✓ démonstrations informelles **et** formelles

Impacts pédagogiques d'être plus explicite

- ↑ crédibilité + efficacité
- Aide l'étudiant à développer son identité et son agir professionnel, notamment dans les situations « complexes »: avec les pts, les collègues, les autres professionnels, etc.
 - ✓ les « bons » exemples enrichissent le répertoire d'actions
 - ✓ double encodage: cognitif et affectif
 - ✓ valeur ajoutée si explicite et discuté: prévient / corrige les erreurs d'interprétation

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

Trois étapes pour stimuler l'apprentissage de l'étudiant :

1) Avant l'observation :

- 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) ;
- Je fais le lien entre les besoins de l'étudiant et ce que je vais démontrer ;
- J'attire l'attention de l'étudiant sur les connaissances, habiletés et attitudes utiles en lien avec ce que je vais démontrer ;
- 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).

2) Pendant l'observation :

- Je mets en évidence la compétence (ou les dimensions) à démontrer en attirant l'attention, démontrant plus lentement, etc. ;
- 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.

3) Après l'observation :

- J'amorce la discussion à partir des observations du stagiaire et ce qu'il en a compris ;
- J'analyse avec l'étudiant ce qui a été démontré, les impacts et, s'il y a lieu, les difficultés rencontrées ;
- Je discute avec l'étudiant de moyens concrets pour qu'il s'approprié et intègre ce que j'ai démontré dans sa pratique future ;
- Je vérifie si l'étudiant a des questions en suspens et y réponds, le cas échéant ;
- Je demande à l'étudiant 1-2 messages-clés qu'il retient de cette observation.

1- Activités formelles d'observation de médecins de famille

- Unités de Médecine Familiale (UMF)
- Équipe interdisciplinaire de cliniciens enseignants
- L'importance du modeling dans le compagnonnage cognitif
- 1990: demi-journées formelles d'observation: $R-1 = 3$
 $R-2 = 2$
- 2-4 R1-R2 observent en direct, avec un professionnel de la santé-enseignant (psy / ts), les consultations en bureau d'un md de famille-enseignant
- Application d'une démarche structurée d'observation / démonstration avant-pendant-après
- **Projet-pilote dans 1 GMF-U ➡ activité obligatoire dans les 12 GMF-U**

Pour que l'innovation naisse et survive

- Identification d'un besoin pédagogique
- Sensibilisation des acteurs-clés aux avantages d'innover
- Choix de collaborateurs crédibles et motivés
(l'équipe innovante)
- Élaboration du plan d'innovation  Improvisation aveugle
- Expérimentation(s) pilote(s)
- Analyse critique et ajustements
- Implantation formelle et développement dans le milieu
(apprentissage organisationnel)
- Mise à jour (rénovation)



Un caillou dans le soulier

- 2017 Réforme de la santé au Québec (loi 20)
améliorer l'accès aux md de famille : quotas de patients à atteindre
- diminution des heures consacrées à l'enseignement / supervision dans les GMF-U
 - coupures dans les postes de psy. et t.s. dans les GMF-U
- ✓ activité en péril
- ✓ nécessité de « penser autrement », sinon...

2- Communautés de pratique en soutien aux superviseurs de stage

- Superviseurs de stage : rôle essentiel en formation pratique
- Importance du soutien
- Repenser la formation professorale : activités à la faculté + dans les milieux cliniques
Steinert et al., *Med Teach*, 2016
Morris et Swanwick, *Med Teach*, pré-publié, 2018



communautés de pratique interdisciplinaires et interfacultaires

Communauté de pratique

- Théorie de l'apprentissage contextualisé: importance du contexte socio-culturel (Collins et al., 1989)
- Théorie de l'apprentissage social: importance de l'autre (Bandura, 1977)

groupe de personnes ayant en commun un domaine d'expertise / pratique professionnelle et qui travaillent ensemble à réfléchir à des enjeux / trouver des solutions à des problématiques émanant de leurs pratiques en partageant leurs savoirs théoriques et d'expérience.

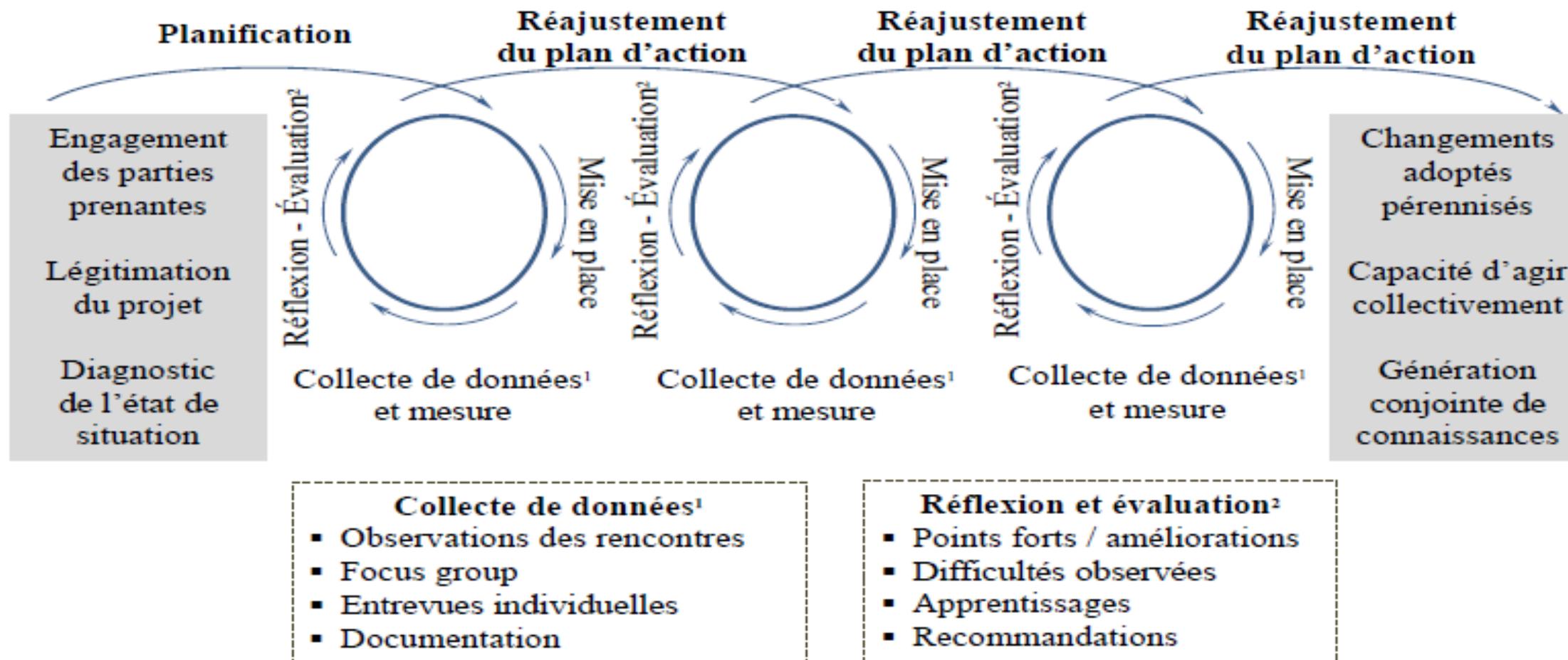
Lave et Wenger, 1991

- ✓ Domaine commun d'expertise / expérience
- ✓ But commun explicite
- ✓ Engagement mutuel à apprendre les uns des autres
- ✓ Valeur ajoutée individuelle et collective

Pourquoi réfléchir ensemble à nos pratiques de supervision ?

- Théorie du développement de l'expertise
 - ✓ *Pratique + + +*
 - ✓ *Pratique intentionnelle* (objectifs précis)
 - ✓ *Rétroaction explicite* qui aide à atteindre les objectifs visés (enrichir le répertoire d'intervention), surtout quand
 - + complexe
 - + difficile
- Le soutien continue: favorise la confiance mutuelle

Faits saillants



But

Comment favoriser l'apprentissage chez nos stagiaires lors des supervisions en particulier lorsque nous sommes confrontés à des situations pédagogiques plus difficiles

- ✓ informer le stagiaire sur sa performance et sa progression
- ✓ l'aider à identifier ses besoins d'apprentissage
- ✓ le guider vers les stratégies et ressources adéquates pour poursuivre son apprentissage
- ✓ le motiver à s'engager dans des activités d'apprentissage appropriées

(Norcini et Burch, *Med Teach* 2007)

Modalités pédagogiques

- Discussion de cas
- Présentations courtes de type capsules
- Analyse de vidéos de supervision
- Jeux de rôle
- Fiches de supervision

Exemple de fiche



Votre stagiaire a des problèmes de raisonnement clinique. Lors des supervisions, vous devez régulièrement l'amener à modifier son impression diagnostique. Pourtant, au moment de l'évaluation formative, quand vous lui demandez de s'auto-évaluer, il vous dit qu'il est plutôt satisfait de sa performance clinique. Non seulement il ne croit pas avoir de problèmes, mais il est même étonné quand vous évoquez ses difficultés. Vous n'arrivez pas à comprendre comment quelqu'un peut manquer d'autocritique à ce point et, surtout, comment vous allez pouvoir l'aider s'il ne reconnaît pas devoir corriger quoi que ce soit.

Cette première de deux chroniques abordera les concepts d'autoévaluation et d'autocritique et les principaux constats issus des recherches dans ce domaine. La prochaine proposera des stratégies pédagogiques à adopter par les cliniciens enseignants lorsqu'ils sont aux prises avec un stagiaire qui ne reconnaît pas ses difficultés.

AUTOCRITIQUE ET AUTOÉVALUATION

L'autocritique est habituellement définie comme la capacité d'identifier ses forces et ses limites afin de s'améliorer. Cette notion fait généralement référence à une compétence personnelle, à la capacité intrinsèque d'un individu à évaluer correctement sa performance. L'autoévaluation renvoie normalement au fait d'apprécier par soi-même la qualité de sa performance. L'autoévaluation consiste donc une démarche personnelle d'évaluation¹. Elle peut porter sur une performance spécifique, telle que juger qu'on a réussi à poser le bon diagnostic dans la consultation qu'on vient de terminer. Elle peut aussi s'appliquer à une performance plus globale, comme l'habileté à reconnaître qu'on est meilleur dans un domaine (ex. : appareil locomoteur) que dans un autre (ex. : santé mentale). En éducation médicale, ces deux concepts sont fréquemment confondus. En effet, on va souvent conclure

TABLEAU	SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX CONSTATS ISSUS DE LA RECHERCHE SUR L'AUTOÉVALUATION ²
	<ul style="list-style-type: none">• Les individus les moins performants ont tendance à se surévaluer alors que les plus performants ont tendance à se sous-évaluer.• L'autoévaluation n'est pas une capacité stable, ni généralisable. Elle fluctue selon les circonstances.• L'autoévaluation est meilleure sur des aspects où on performe bien et moins bonne sur ceux où on performe moins bien ou mal.• Comparés aux plus performants, les moins performants profitent peu de la rétroaction qui leur est donnée, même si elle montre clairement la divergence entre leurs perceptions et la réalité.• Nous avons tendance à croire que nous nous autoévaluons mieux que les autres.• Personne n'échappe aux limites de l'autoévaluation.³

² Synthèse effectuée par les auteurs à partir de : Eva RK, Rieger G, Gruppen L. Blinded by "insight": Self assessment and its role in performance improvement. Dans : Hodges BD, Lingard L, rédacteurs. The question of competence: Recent developments of education in the twenty-first century. New York: Cornell University Press, 2002. p. 133-54

qu'un stagiaire a une bonne autocritique si, par exemple, il s'est auto-évalué adéquatement après une demi-journée de travail, le jugement d'experts du superviseur représentant alors la norme de référence.

La pratique réflexive, soit la capacité d'analyser sa pratique dans le but de l'améliorer, est valorisée en formation médicale et place l'autoévaluation au cœur de l'apprentissage. La qualité de l'autoévaluation d'un stagiaire consiste donc un

facteur qui contribue à moduler la confiance qu'un superviseur lui accordera et, conséquemment, le degré d'autonomie qu'il lui consentira dans les soins aux patients⁴. Pourtant, si l'on se fie aux résultats de plusieurs études et revues systématiques, force est de constater que, de façon générale, la capacité d'autoévaluation des individus comporte de sérieuses limites^{5,6}.

Le tableau présente une synthèse des éléments les plus pertinents à notre réflexion sur l'autoévaluation.

EST-IL POSSIBLE D'APPRÉCIER CORRECTEMENT SA PERFORMANCE ?

Peut-on vraiment être objectif quant à soi-même alors que, par définition, le regard sur soi est une démarche qui comporte toujours une dimension subjective, un peu comme lorsqu'on se regarde dans un miroir ? Même lorsque nous croyons être objectifs, l'analyse de nos propres performances subit l'influence de divers facteurs cognitifs, affectifs et socioculturels. C'est ce qui fait dire à Eva et ses collègues que nous sommes « aveuglés par notre regard sur nous-mêmes » (blinded by « insights »).

Nous sommes tous sujets aux erreurs ou aux distortions cognitives dans le traitement de l'information. La mémoire que nous avons des événements et de nos actions est loin d'être un enregistrement fidèle de nos expériences. De plus, comme personne n'aime faire d'erreurs, encore moins être incomptent, l'appréciation de nos habiletés est souvent teintée d'indulgence. Des psychologues et psychiâtres ont comparé ce mécanisme inconsistant à un « système immunitaire psychologique »⁷ de protection narcissique qui consiste à surestimer sa performance. Il semble aussi que comme les individus cherchent une cohérence entre leurs amers avis eux-mêmes et la réalité, l'inconfort suscité par leurs succès les conduirait à trier ce qu'ils retiendront d'une expérience pour n'en garder que ce qu'ils trouvent agréable. Ainsi, un stagiaire convaincu de sa compétence pourrait ne pas avoir retenu les nombreuses remises en question de son impression diagnostique et minimiser la portée du message de son superviseur. Il sera alors étonné de recevoir une rétroaction formative faisant état de difficultés à formuler un bon diagnostic.

Il apparaît que les étudiants les plus faibles ont systématiquement tendance à se surévaluer. Cette tendance serait une conséquence de leur « incomptence » plutôt que d'un manque fondamental d'autocritique. Selon Kruger et Dunning, « les habiletés qui sont à l'origine de la compétence dans un domaine sont souvent les mêmes que celles qui sont nécessaires à l'évaluation de la compétence des autres ou de soi-même »⁸. Tout comme une personne qui connaît mal la grammaire aura du mal à rédiger un texte sans fautes et ne pourra reconnaître

les erreurs lorsqu'elle lit, les étudiants qui ont des difficultés n'arrivent pas à percevoir leurs fautes.

En plus des limites cognitives de l'autoévaluation, certains éléments personnels ou contextuels peuvent aussi nuire à l'admission par un stagiaire de ses difficultés. Des éléments de la sphère affective, tels une faible estime de soi, une ardeur ou encore certains éléments de personnalité, peuvent expliquer la résistance d'une personne à reconnaître que sa performance n'est pas du niveau attendu. Des caractéristiques socioculturelles ou encore une culture de formation qui ne permet pas de montrer ses fautes peuvent aussi moduler la disposition d'un stagiaire à accepter une rétroaction négative. Notons enfin que des enjeux liés aux rétroactions d'une évaluation négative sur les perspectives d'avenir d'un stagiaire peuvent influencer sur sa capacité à reconnaître ses difficultés.

Bien que plusieurs études sur l'autoévaluation nous montrent que nous sommes tous de mauvais juges de notre compétence, on comprend aisément pourquoi les cliniciens enseignants sont mal à l'aise quand un stagiaire ne reconnaît pas ses difficultés. Selon les recherches, le manque d'autocritique des stagiaires en difficulté n'est pas une tare à ajouter à leurs lacunes, mais bien souvent plutôt une conséquence de leurs fautes. Elles nous donnent ainsi à réfléchir aux responsabilités des cliniciens enseignants en matière de rétroaction, puisque les stagiaires, qu'ils soient performants ou en difficulté, auront besoin de l'opinion de quelqu'un de compétent et de plus objectif qu'eux pour apprécier correctement leur performance. Les stratégies à adopter par les superviseurs pour aborder ces stagiaires feront l'objet de notre prochaine chronique. //

BIBLIOGRAPHIE

1. Dery V, de Foy T, Degeuse J. L'auto-évaluation : produit prélabile, fruité de la mission éducative ou simple pédagogie ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie médicale* 2008; 10 (1) : 41-53.
2. Haase KE, Ten Cate O, Bascardin C et coll. Understanding trust as an essential element of trainee supervision and learning in the workplace. *Adv Health Sci Educ* 2014; 19 (2) : 405-56.
3. Eva RK, Rieger G, Gruppen L. Blinded by "insight": Self assessment and its role in performance improvement. Dans : Hodges BD, Lingard L, rédacteurs. The question of competence: Reconsidering medical education in the twenty-first century. New York: Cornell University Press, 2002. p. 133-54.
4. Eva RK, Rieger G. « It never plays professional football » and other fallacies of self assessment. *J Gen Intern Med* 2000; 25 (1) : 34-9.
5. Rieger G, Eva K. Self assessment, self-direction, and the self-regulating professional. *Can Orthop Relat Res* 2006; 4:49-34-9.
6. Eva RK, Rieger G. Self assessment in the health professions: a reformulation and research agenda. *Acad Med* 2005; 80 (10 suppl) : 545-554.
7. Gilbert D, Wilson TD. Miswanting. Dans : Higgins JR, rédacteurs. Feeling and thinking: the role of affect in social cognition. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. p. 129-52.
8. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77 (6) : 1121-34.

Règles de participation

- présence
- participation active et constructive
- confidentialité

En rétrospective

- ✓ Reposait sur une *représentation claire de sa valeur ajoutée* au plan pédagogique
- ✓ *A relié* les acteurs-clé
- ✓ Les a *ralliés* (cadres conceptuels et stratégies pédagogiques)
- ✓ *A stimulé la réflexion pédagogique* dans le milieu (autant contenu que démarche)
- ✓ *A valorisé les participants* : on a appris les uns des autres
- ✓ *A démontré sa pertinence*



Mais...

2016: Réforme du Réseau d'enseignement clinique de l'UL
Nouvelle structure, nouveaux dirigeants

Sensibiliser et convaincre les nouveaux gestionnaires
à l'importance du soutien pédagogique
des cliniciens enseignants du réseau

Et vous ?

Discutons de vos expériences / vos projets d'innovation

Pour terminer



Aucune sculpture ne détrône jamais aucune autre. Une sculpture n'est pas un objet, elle est une interrogation, une question, une réponse. Elle ne peut n'être ni finie, ni parfaite.

Alberto Giacometti

Merci !

luc.cote@fmed.ulaval.ca