



Clinicien et superviseur... même combat!

Marie-Claude Audétat et Suzanne Laurin

Votre résident vient vous voir tout enthousiaste et vous dit : « Je viens de voir un cas facile : un syndrome du canal carpien ! »

Il s'agit d'une femme de 50 ans, suivie pour une hypertension et une hypothyroïdie, qui s'est présentée au service de consultation sans rendez-vous en raison d'une fatigue et d'un engourdissement progressif des mains. Elle prend 0,1 mg de Synthroid par jour et refuse depuis un an tout traitement antihypertenseur, même si sa pression artérielle est élevée à chacune de ses visites. Se méfiant des médicaments, elle boit des tisanes diurétiques, fait du sport et a changé son alimentation, sans effets notables.

Les résultats des analyses sanguines qu'elle a faites récemment ne sont pas encore disponibles. Le résident croit qu'elle souffre d'un syndrome du canal carpien et songe à lui recommander le port d'orthèses. Il reporte l'évaluation de la fatigue, jugeant que ce problème n'est pas urgent.

Superviser la décision médicale dans le contexte clinique... quels enjeux ?

Dès les premières phrases de votre résident, votre raisonnement clinique de professionnel d'expérience s'est mis en route et vous avez commencé à vous faire une idée globale du problème. Vous avez relevé quelques indices qui vous laissent croire que la situation est peut-être un peu plus complexe que l'apparition isolée d'un syndrome du canal carpien. Et votre résident qui ne se rend compte de rien ! Qu'allez-vous faire ?

M^{me} Marie-Claude Audétat, psychologue, travaille dans les UMF de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et du CLSC Bordeaux-Cartierville. Elle est aussi chargée d'enseignement de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal. Elle est titulaire d'une maîtrise en pédagogie médicale. La D^{re} Suzanne Laurin, médecin de famille, exerce à l'UMF de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et est professeure adjointe de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal.

Représentation globale du médecin d'expérience : Femme, 50 ans, préférant les traitements « naturels », souffrant d'hypertension non traitée et présentant un syndrome du canal carpien qui pourrait être attribuable à une hypothyroïdie mal maîtrisée. Une infidélité au traitement est possible. À vérifier. Il faut également voir les résultats des prises de sang, puis ajuster les doses de Synthroid au besoin, négocier la prise de médicaments avec la patiente ou poursuivre l'évaluation par une électromyographie si l'hypothyroïdie n'est pas en cause.

Cette façon de procéder n'a rien d'étonnant. En effet, les recherches sur le raisonnement clinique ont montré que des hypothèses diagnostiques se forment dès les premières minutes de l'entrevue médicale dans l'esprit du clinicien, à partir de la plainte principale, de quelques signes et de la perception du contexte. Ces hypothèses servent de cadre à la collecte d'informations supplémentaires. Le clinicien d'expérience se distingue du débutant par sa capacité d'émettre des hypothèses de qualité, de recueillir des données pertinentes et de mieux interpréter ces données¹. Autant de choses qu'il va falloir apprendre à votre résident !

D'autres recherches ont mis en évidence que la notion d'expertise dans un domaine est en lien avec la façon dont les informations sont organisées. Les signes cliniques d'une situation activent des connaissances, des concepts ou des exemples similaires au sein du réseau cognitif du clinicien. Ce réseau évolue avec l'expérience et s'enrichit constamment. Il est compréhensible dès lors que les experts, dont le savoir est « compilé », aient tendance à ne plus se rappeler exactement par quel « chemin » ils sont passés pour formuler leurs hypothèses¹.

Le contexte de l'enseignement clinique représente un véritable défi dans la mesure où il offre peu de maîtrise sur le débit des cas, la variété des problèmes ou encore l'organisation du temps². Il possède néanmoins un potentiel formidable d'un point de vue pédagogique : l'expérience pratique. En effet, l'expérience joue un rôle central dans l'acquisition des compétences, surtout lorsqu'elle est associée à une réflexion pendant et après l'action afin de favoriser la compréhension et les réajustements nécessaires².

Compte tenu des éléments énumérés jusqu'ici, le clinicien enseignant doit résister à la tentation de « prendre la situation en main », de résoudre le cas en se concentrant sur la patiente et sur les données cliniques, puis de transmettre au résident le résultat de son propre raisonnement clinique, sans s'attarder sur le processus sous-jacent.

Le superviseur, en raison des tâches et des responsabilités inhérentes à son poste, doit assumer deux rôles bien précis : celui de clinicien, responsable du suivi médical de la patiente, et celui de pédagogue, chargé d'aider le résident à accroître ses compétences cliniques, dont le raisonnement³. Dans une démarche de raisonnement pédagogique très semblable à celle qui prévaut en clinique, le superviseur va aller à la recherche d'indices qui vont lui permettre d'établir le niveau de compétence du résident et les besoins de formation de ce dernier. Il pourra alors formuler un diagnostic pédagogique et choisir une méthode de

supervision qui tienne compte de ses conclusions.

La supervision devient alors un processus réfléchi, ciblé et dynamique. Nous pouvons la définir comme une « intervention de guidance et de rétroaction » privilégiée pour faire progresser le résident dans ses apprentissages, à partir du contexte clinique et de ses besoins spécifiques^{4,5}.

Votre raisonnement pédagogique vous amène donc à formuler des hypothèses, qui vont vous guider dans votre supervision sur le thème du raisonnement clinique.

Représentation de la situation clinique par le résident :

Femme de 50 ans, atteinte d'hypertension non traitée et d'hypothyroïdie traitée. Elle souffre d'un syndrome du canal carpien. Sa fatigue est à évaluer, mais ne constitue pas un problème urgent. Il faut lui prescrire des orthèses et l'orienter vers son médecin de famille pour sa fatigue.

Représentation pédagogique du superviseur :

L'anamnèse est bonne. La conduite proposée est adéquate pour un problème de canal carpien, mais ne tient pas compte de la cause sous-jacente possible. Le résident veut traiter la conséquence, avant de savoir s'il peut agir sur la cause. Il ne fait pas le lien entre les différents problèmes médicaux de la patiente, ni avec les caractéristiques personnelles de cette dernière. Sa représentation globale de la situation clinique n'est pas bonne, ce qui se répercute bien sûr sur le plan de traitement.

Hypothèses pédagogiques :

Est-ce un problème de connaissances ? (Le résident ne sait pas que l'hypothyroïdie peut causer un syndrome de canal carpien.) D'activation des connaissances dans un contexte clinique ? (Il ne reconnaît pas les « indices ».) Ou encore une difficulté à faire des liens ?

Comment faire ?

Quelques techniques simples...

Parmi les différentes techniques de supervision existantes, *The One-Minute Preceptor Method* comporte plusieurs étapes qui définissent un processus structuré, simple et efficace⁶. Le *tableau I* présente chaque

Dans une démarche de raisonnement pédagogique très semblable à celle qui prévaut en clinique, le superviseur va aller à la recherche d'indices qui vont lui permettre d'établir le niveau de compétence du résident et les besoins de formation de ce dernier. Il pourra alors formuler un diagnostic pédagogique et choisir une méthode de supervision qui tienne compte de ses conclusions.

Repère

Tableau 1

The One-Minute Preceptor Method: un outil pour soutenir le raisonnement clinique⁶

Étape de la supervision	Objectifs de l'étape	Exemples	Raisonnement pédagogique
1. Demander au résident de se prononcer sur ses hypothèses diagnostiques et sur son plan de traitement	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Amener le résident à compléter son raisonnement et à en exprimer le résultat ☉ Renforcer l'engagement et le sentiment de responsabilité du résident vis-à-vis du patient 	« Peux-tu résumer les éléments les plus importants que tu as recueillis et me dire ce que tu en penses ? »	Recueillir des informations
2. Lui demander d'expliquer sa position	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Connaître la démarche du résident ☉ Repérer ses forces et ses erreurs 	« Quels éléments soutiennent ton diagnostic de syndrome du canal carpien ? »	Élaborer des hypothèses diagnostiques et les vérifier
3. Reconnaître ce qui a été bien fait	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Consolider les forces déjà présentes chez le résident ☉ Nommer spécifiquement les compétences ou habiletés à valoriser ou à renforcer 	« Tu as bien interrogé ta patiente. Tu connais les manœuvres qui permettent de vérifier la présence d'un syndrome du canal carpien. »	
4. Corriger les erreurs et proposer d'autres solutions	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Nommer spécifiquement les connaissances et comportements à améliorer 	« Savais-tu que l'hypothyroïdie pouvait causer un syndrome du canal carpien ? Et si on tentait de relier les différents éléments recueillis entre eux ? »	Intervenir et faire des recommandations pédagogiques
5. Enseigner un principe général à retenir	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Profiter de la situation clinique pour passer un message pertinent (choisi et ciblé) 	« L'évaluation d'un problème clinique doit tenir compte des particularités du patient. On doit tenter de faire des liens entre les différents éléments pour saisir le patient dans sa globalité. »	
6. Conclure	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Définir les étapes suivantes, les rôles de chacun et les attentes que l'on a envers le résident 	« Il faudrait vérifier notre hypothèse d'hypothyroïdie mal maîtrisée et d'infidélité au traitement. Une fois que tu auras terminé avec la patiente, j'aimerais que l'on reprenne les différents liens à faire entre les éléments pertinents de ce cas. »	Faire l'intégration et les liens avec le suivi pédagogique du résident

étape de cette méthode, leurs objectifs spécifiques ainsi que le lien avec le cas qui nous concerne et la démarche de raisonnement pédagogique.

Dans ce contexte, le superviseur va chercher à comprendre pourquoi le résident n'a pas fait le lien entre

l'hypothyroïdie et le syndrome du canal carpien. Il vérifiera d'abord s'il s'agit d'un manque de connaissances ou d'une difficulté à faire des liens entre les différents éléments recueillis. Dans la première hypothèse, il lui proposera de lire sur la question. Dans le deuxième cas,

Les stratégies de supervision centrées sur le raisonnement clinique reposent sur la verbalisation des raisonnements du résident et du superviseur.

Repère

Tableau II

Stratégies pédagogiques : faire expliciter et expliciter^{1,7}

Faire expliciter

- ④ Demander au résident d'exprimer le raisonnement qui sous-tend sa récolte de données, la formulation de ses hypothèses et son diagnostic.
- ④ Lui demander de présenter en deux ou trois phrases la situation clinique.
- ④ Lui demander de prioriser les diagnostics possibles ou les plans de traitement proposés et lui faire expliquer son choix.

Expliciter

- ④ Expliciter son propre raisonnement clinique dans le cas discuté et la façon dont il s'articule.
- ④ Retourner auprès du patient au besoin (jouer le rôle de modèle) et expliciter le raisonnement sous-jacent à la démarche effectuée.
- ④ Nommer et expliciter le processus de raisonnement clinique lui-même.

il reprendra avec lui les liens à faire ou explicitera son propre raisonnement clinique s'il s'agit d'une difficulté à intégrer les éléments obtenus et à les relier entre eux.

Les stratégies de supervision centrées sur le raisonnement clinique reposent sur la verbalisation des raisonnements du résident et du superviseur (tableau II)^{1,7}.

Comment accompagner le résident dans sa prise de décision sans tout contrôler ?

L'approche centrée sur le résident

Une question vous préoccupe encore. Comment s'assurer que la patiente reçoit les meilleurs soins, tout en laissant au résident la possibilité de prendre des initiatives ? Avec votre expérience, vous auriez abordé les choses différemment.

Tel que le rappelle McWhinney, la médecine familiale est, de toutes les disciplines cliniques, celle qui com-

porte le plus haut degré de complexité et engendre, par conséquent, un sentiment d'insécurité plus élevé⁸.

Chaque personne a une manière qui lui est propre de réagir à l'incertitude, que ce soit en ne la tolérant pas ou au contraire en la tolérant trop. L'incertitude a souvent des conséquences sur la relation du médecin avec le patient (voir l'article des D^{rs} Gilbert Sanche et Nathalie Caire Fon intitulé : « Quand l'incertitude s'en mêle – Travailler sans filet », dans le présent numéro), mais aussi sur celle du superviseur avec le résident. Ainsi, le superviseur qui tolère mal l'incertitude aura tendance à être directif et à laisser peu de place à l'autonomie du résident, réduisant les possibilités d'apprentissage par l'expérience. Celui qui la tolère trop laissera le résident gérer seul la situation, sans lui offrir l'encadrement clinique et pédagogique nécessaire à l'apprentissage.

L'ouverture et le lâcher-prise sont des qualités essentielles pour accroître sa tolérance à l'incertitude : accepter de ne pas tout savoir, tenir compte des valeurs, des opinions et du rythme de l'autre et le voir comme un partenaire dans une prise de décision négociée^{9,10}. Comme le fait le clinicien d'expérience lorsqu'il centre sa démarche sur le patient, le superviseur doit considérer la perspective du résident dans l'élaboration du plan d'évaluation complémentaire et de traitement du patient. Pour aider le résident dans l'acquisition des compétences, le superviseur doit tolérer que ce dernier ne se contente pas d'appliquer les décisions du « patron » et joue un rôle actif dans les soins aux patients. Le contexte d'enseignement clinique modifie la relation thérapeutique patient-médecin pour faire entrer un nouveau protagoniste : le résident. La relation devient ainsi triangulaire, le superviseur étant responsable des soins au patient, mais aussi de l'apprentissage du résident.

Dans cette perspective, la verbalisation du raisonnement clinique appliqué pour arriver à une décision médicale complexe favorise sans nul doute le partage de la décision et la gestion de l'incertitude : celle du résident, mais aussi celle du superviseur !

La verbalisation du raisonnement clinique appliqué pour arriver à une décision médicale complexe favorise sans nul doute le partage de la décision et la gestion de l'incertitude : celle du résident, mais aussi celle du superviseur !

Repère

POUR SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT des compétences du résident, le clinicien d'expérience doit prendre conscience de son propre raisonnement clinique pour être en mesure de le partager et d'explicitier le parcours qu'il choisit pour arriver à une décision médicale. En supervision clinique, le médecin enseignant cherche à comprendre le processus décisionnel du résident pour pouvoir le valoriser ou le corriger et apprend à tolérer que le résident ne procède pas exactement comme il le ferait lui-même.

Comment encadrer et superviser, tout en encourageant l'autonomie, susciter la réflexion et soutenir le raisonnement clinique de manière efficace en contexte clinique? Autant de défis que vous avez tenté de relever au cours de cette journée qui se termine. Vous passez en revue vos moments de supervision et vous ressentez le plaisir d'avoir partagé vos compétences. Vous réalisez aussi que ce processus de supervision dynamique et réflexif renforce votre motivation professionnelle, non seulement parce qu'il vous fait apprécier votre rôle de superviseur, mais aussi parce qu'il enrichit la réflexion sur votre propre pratique clinique! ☺

Date de réception : le 5 novembre 2009

Date d'acceptation : le 6 janvier 2010

M^{me} Marie-Claude Audétat et la D^{re} Suzanne Laurin n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V et coll. Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale* 2005 ; 6 : 235-54.
2. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005 ; 6 : 98-111.
3. Irby D. What clinical teachers need to know. *Acad Med* 1994 ; 69 : 333-42.
4. Kilminster S, Jolly B. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ* 2000 ; 34 : 827-80.
5. Johnson GM. Constructivist remediation: correction in context. *Int J Spec Educ* 2004 ; 19 (1) : 72-88.
6. Sarkin R. The One Minute Preceptor: 5 Microskills for One-On-One Teaching. MAHEC Office of Regional Primary Care Education. Site Internet : www.oucom.ohiou.edu/fid/monographs/microskills.htm (Date de consultation : le 10 février 2010).
7. Bowen J. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. *N Engl J Med* 2006 ; 355 (21) : 2217-25.
8. McWhinney IR. The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996 ; 46 : 433-6.

Summary

Clinician and supervisor... same battle. Resident supervision and knowledge transfer can be highly motivating and enriching for the physician. This article gives an overview of the main ingredients for an effective clinical supervision. A case study helps demonstrate the clinical and educational reasoning of the supervisor. *The One Minute Preceptor Method* and other specific and concrete supervision strategies are introduced, and an approach focused on the resident is presented as a tool to help him develop his clinical reasoning.

A supervisor with a well balanced and healthy tolerance to uncertainty and who encourages verbalisation of clinical reasoning is better able to help the resident develop his autonomy and his reflection process, thus guide him to play an active role in patient's care.

9. Girard G, Grand'maison P. L'approche négociée : modèle de relation médecin-patient. *Le Médecin du Québec* 1993 ; 28 (5) : 31-9.
10. Stewart MA, Brown JB, Donner A et coll. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000 ; 49 (9) : 796-804.