



La supervision directe, mais pourquoi ?

*Suzanne Laurin, Gilbert Sanche
et Marie-Claude Audétat*

LA RÉSIDENCE vise le développement des compétences cliniques. Pourtant, dans beaucoup de stages, l'enseignement repose principalement sur la discussion de cas et la révision des connaissances¹. Bien que, dans ce contexte, les cliniciens-enseignants et les résidents reconnaissent que la supervision directe constitue un moyen pédagogique très efficace², il n'en demeure pas moins qu'elle n'est pas toujours suffisamment mise à profit³.

Aller au-delà des connaissances

La supervision directe consiste à observer les résidents en consultation et à leur offrir de la rétroaction à propos de leurs habiletés cliniques dans le contexte réel de pratique⁴. Elle permet d'aller au-delà des connaissances et de soutenir l'apprentissage des aspects pratiques de l'exercice de la médecine^{4,5}. Elle donne la possibilité au clinicien-superviseur de centrer ses interventions sur l'intégration des connaissances et sur la mise en œuvre pratique des compétences cliniques d'un résident dans une situation clinique précise. Le superviseur pourra apprécier, par exemple, la capacité d'un résident à conduire un recueil des données à la fois structuré et souple, à faire évoluer son raisonnement clinique en fonction des indices fournis par le patient, à adopter des stratégies de communication respectueuses et efficaces ou encore à agir avec professionnalisme lors de circonstances difficiles ou délicates.

La D^{re} Suzanne Laurin, médecin de famille, est professeure agrégée de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence (DMFMU) de l'Université de Montréal. Le D^r Gilbert Sanche, médecin de famille, est professeur agrégé de clinique au DMFMU de l'Université de Montréal. M^{me} Marie-Claude Audétat, psychologue, est professeure adjointe et responsable du développement professoral au DMFMU de l'Université de Montréal.

Le Collège des médecins de famille du Canada exige que les habiletés cliniques, de même que celles qui sont relatives à la communication avec les patients et leur famille, fassent l'objet d'une supervision directe et que cette supervision soit consignée par écrit.

Évaluer en contexte réel

En plus d'être un outil d'enseignement puissant, la supervision directe est indispensable à la documentation de la performance clinique des résidents et au diagnostic de difficultés qui n'apparaîtraient pas forcément lors des discussions de cas. En effet, ce n'est que par l'observation que le superviseur pourra, par exemple, constater la difficulté d'un résident à conduire une anamnèse structurée avec un patient très anxieux et logorrhéique, découvrir qu'un autre résident ne tient pas compte de certains indices cliniques ou psychosociaux pourtant importants ou encore s'apercevoir qu'un autre ne réalise pas correctement une manœuvre d'examen physique.

Corriger les difficultés

Dans la mesure où elle est utilisée comme une stratégie pédagogique planifiée et ciblée sur des difficultés préalablement établies, la supervision directe permet d'observer et de suivre la progression d'un résident puis d'orienter la rétroaction sur ce qu'il doit améliorer ou corriger. Ainsi, presque tous les plans pédagogiques mis en œuvre pour aider les résidents en difficulté prévoient une supervision directe régulière⁶.

Assurer la sécurité du patient et du résident

L'observation des consultations permet, entre autres, de s'assurer que le patient reçoit des soins de qualité et parfois aussi de veiller sur un résident qui se sent gêné ou intimidé par certains patients.

Encadré

Les enjeux de la supervision directe

- L'influence de l'observation sur la performance du résident
- Les aspects éthiques
 - ◆ confidentialité, respect de l'intimité et de la dignité du patient
 - ◆ climat de confiance et de respect entre le résident et le superviseur
- Les ressources matérielles : équipement audiovisuel, locaux disponibles
- Les aspects organisationnels et le choix d'y accorder une priorité
- Les ressources professorales
- Les compétences pédagogiques des superviseurs

Les conditions gagnantes

Les unités de médecine familiale du Québec profitent d'un environnement qui facilite la supervision directe : les salles de consultation sont équipées de caméras et de micros et les cliniciens-enseignants peuvent observer les consultations en direct ou encore en différé si l'entrevue est enregistrée. Précisons qu'il n'est pas indispensable de posséder un équipement audiovisuel sophistiqué pour faire de la supervision directe. Le superviseur peut aussi assister à l'entrevue en se tenant en retrait dans le cabinet ou au chevet du patient hospitalisé.

Pour être acceptable et enrichissante pour les résidents, la supervision directe exige l'établissement d'un climat de respect et de confiance entre résidents et superviseurs². Elle nécessite aussi une disponibilité de temps et de lieu pour la discussion de même que pour la transmission d'une rétroaction structurée, centrée sur les besoins du résident et sur le processus d'entrevue⁷. S'il se sent soutenu dans son apprentissage plutôt que surveillé et qu'il comprend que l'observation est rigoureuse et respectueuse, le résident sera disposé à recevoir une rétroaction sur sa performance et à intégrer les propositions et recommandations de l'enseignant.

Les enjeux

L'influence de la supervision directe sur la « performance » clinique. Potentiellement génératrice de stress ou d'angoisse de performance, la supervision directe peut parfois déstabiliser le résident et nuire à sa concentration ou à son efficacité clinique^{2,8}. À l'inverse, un résident se sachant observé peut être délibérément plus attentif à la qualité de sa relation avec le patient ou plus rigoureux que lorsqu'il n'est pas observé, ce qui le conduirait à bénéficier d'une

évaluation plus favorable que celle que mériterait son travail habituel. La qualité, de même que la répétition de ces moments de supervision directe et de rétroaction, faciliteront l'adaptation du résident et permettront tant la réalisation que l'appréciation d'une « performance clinique » authentique. Les résidents apprivoisent rapidement ce moyen de supervision et, une fois passé l'inconfort des premières observations, ils apprécient généralement la supervision directe².

Les aspects éthiques de l'observation. Le respect de la confidentialité de la consultation et celui de l'intimité et de la dignité du patient sont aussi essentiels à la réalisation de la supervision directe. Dans les unités de médecine familiale, les patients sont avisés que les consultations pourront être observées par un professionnel de la santé aux fins d'enseignement. Pour l'enregistrement des entrevues médicales, l'autorisation écrite du patient est requise. Bien que la supervision directe puisse être perçue comme indiscreète et provoquer un malaise chez les patients, ceux-ci acceptent volontiers que la consultation soit observée et que leur médecin fasse l'objet de supervisions.

Les ressources matérielles. L'équipement audiovisuel rend la supervision directe plus aisée, mais il est coûteux et peu accessible. Les cliniciens-enseignants qui ne disposent pas de cette technologie doivent faire preuve de détermination et de créativité pour observer les consultations des résidents.

Les ressources professorales et les compétences pédagogiques. Pour pouvoir utiliser cette méthode à bon escient et de façon régulière, les équipes doivent compter suffisamment de cliniciens-enseignants. Il est aussi déterminant, afin de pouvoir aller au-delà d'une supervision centrée exclusivement sur la résolution du problème médical du patient, de posséder des compétences pédagogiques qui permettront d'aborder adéquatement les forces et les difficultés du résident sur tous les champs de compétences requises pour devenir médecin, notamment la communication, le raisonnement clinique et le professionnalisme.

La conviction de l'importance de cette méthode et le choix de s'en donner les moyens. Les multiples tâches et la surcharge des cliniciens ne favorisent pas la concentration lors des activités d'enseignement. Il est, en effet, tentant de s'organiser de façon à pouvoir faire autre chose « en même temps » que la supervision directe : rappeler des patients, réviser des dossiers ou consulter les résultats d'examen paracliniques. La supervision directe a alors tendance à se focaliser sur les seuls aspects médicaux de la situation et à se centrer sur les connaissances et la résolution du problème

du patient plutôt que sur les habiletés du résident. Elle devient donc nettement moins profitable, tant pour le résident qui aurait pu en apprendre davantage que pour le clinicien-enseignant qui n'en retire pas forcément une grande satisfaction pédagogique. Pour profiter des bienfaits d'une telle méthode de supervision, il est nécessaire d'être convaincu de son utilité et de se donner les moyens de l'appliquer dans les meilleures conditions possibles. Les départements universitaires, mais aussi les cliniciens-enseignants, ont un rôle clé à jouer dans la mise en œuvre d'une culture d'enseignement clinique qui valorise la supervision directe^{3,7}.

LA SUPERVISION DIRECTE est une méthode d'enseignement très efficace dans le contexte clinique. Les résidents, les cliniciens-enseignants et même les patients s'y adaptent facilement pour autant qu'elle soit appliquée de façon régulière, rigoureuse et respectueuse dans un but d'apprentissage.

Bien qu'elle nécessite une organisation et un engagement de la part des superviseurs, il n'y a pas de doute que cette méthode contribue à renforcer la relation de confiance et d'apprentissage entre résidents et enseignants. Nous croyons aussi, parce qu'elle encourage le clinicien-enseignant à sortir de sa routine clinique, qu'elle est susceptible de dynamiser ou de revitaliser la motivation du clinicien et du pédagogue ! 🍷

Bibliographie

1. Howley LD, Wilson WG. Direct observation of students during clerkship rotations: a multi-year descriptive study. *Acad Med* 2004 ; 79 (3) : 276-80.
2. Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G et coll. La supervision directe : Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. *Can Fam Physician* 2001 ; 47 (12) : 2494-9.
3. Hauer KE, Holmboe ES, Kogan JR. Twelve tips for implementing tools for direct observation of medical trainees' clinical skills during patient encounters. *Med Teach* 2011 ; 33 (1) : 27-33.
4. Hinz C. Direct observation as a means of teaching and evaluating clinical skills. *J Med Educ* 1966 ; 41 (2) : 150-61.
5. Fromme HB, Karani R, Downing SN. Direct observation in medical education: Review of evidence for validity. *Mt Sin J Med* 2009 ; 76 (4) : 365-71.
6. Laurin S, Audétat M, Sanche G. Soutenir activement l'apprentissage des résidents. *Le Médecin du Québec* 2012 ; 47 (6) : 103-5.
7. Russell G, Ng A. Taking time to watch: observation and learning in family practice. *Can Fam Physician* 2009 ; 55 (9) : 948-50.
8. Zuzelo P. Clinical probation: supporting the at-risk student. *Nurse Educ* 2000 ; 25 (5) : 216-8.



Congrès de formation médicale continue FMOQ

14 et 15 février 2013

La thérapie

Centre des congrès de Québec, Québec

14 et 15 mars 2013

L'appareil locomoteur

Hôtel Delta Centre-Ville, Montréal

11 et 12 avril 2013

L'endocrinologie et le métabolisme

Hôtel Delta Québec, Québec

9 et 10 mai 2013

La pédiatrie

Centre Mont-Royal, Montréal

6 et 7 juin 2013

La néphrologie et la rhumatologie

Hôtel Delta Québec, Québec

12 et 13 septembre 2013

La neurologie

Centre Mont-Royal, Montréal