

Culture et supervision en milieu clinique : aspects théoriques, enjeux et perspectives[★]

Culture and supervision in clinical setting: Theoretical aspects, issues and perspectives

Rémi GIRERD^{1,2,*}  et Sophien HORRI³ 

¹ UFR Santé Terre Sainte, Université de la Réunion, 97410 Saint-Pierre, Réunion, France

² Réunionim, Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion, Saint-Pierre, Réunion, France

³ DRCI – Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion, Saint-Pierre, Réunion, France

Manuscrit soumis à la rédaction le 31 octobre 2025 ; accepté pour publication le 31 octobre 2025

Résumé – Contexte et problématique : Les modèles de supervision en milieu clinique ont évolué, avec une approche désormais centrée sur l'étudiant. Au cœur de cette supervision, les interactions psychosociales sont un facteur majeur à prendre en compte pour faciliter et améliorer les apprentissages. **Exégèse :** Les auteurs définissent le cadre théorique de la culture avant d'explicitier les différentes influences socio-culturelles et théories psychosociales en jeu lors de la supervision clinique. **Conclusion :** Dans un contexte francophone baigné par les interactions entre formateurs et supervisés de cultures différentes, la recherche d'une meilleure compréhension de ces enjeux permettra *in fine* de développer la compétence culturelle des différents acteurs que sont les institutions, les formateurs et les apprenants.

Mots clés : culture, supervision, *feedback*

Abstract. Context and issues: Models of supervision in clinical settings have evolved, with the current focus on the student. At the heart of supervision, psycho-social interactions are a major factor in facilitating and enhancing learning. **Analysis:** The authors define the theoretical framework of culture before going on to explain the various socio-cultural influences and psycho-social theories involved in clinical supervision. **Conclusion:** In a French-speaking context embedded in intercultural interactions between trainers and supervisees, the search for a better understanding of these issues will ultimately help to develop the cultural competence of the various players – institutions, trainers and learners.

Keywords: culture, supervision, feedback

Introduction

Des recherches récentes en pédagogie des sciences de la santé soulignent l'importance de prendre en compte la nature socioculturelle des interactions pendant la supervision et le *feedback* [1]. Nous proposons dans cet article de mieux définir le cadre théorique de la culture, d'énoncer les déterminants socio-culturels dans la supervision clinique et de souligner les enjeux et perspectives en éducation médicale.

[★] Cet article a été élaboré à partir d'une présentation effectuée par les auteurs en session plénière lors du Congrès international francophone de pédagogie en sciences de la santé, qui s'est tenu à Orléans du 26 au 28 mai 2025.

*Correspondance et offprints: Rémi Girerd, Université de la Réunion, UFR Santé Terre Sainte, 97410 Saint-Pierre, France. Mailto: remi.girerd@chu-reunion.fr

Culture : définitions et cadre théorique

La culture a fait l'objet de nombreux travaux et il existe différents modèles la représentant. Dans le milieu du travail, le cadre théorique le plus couramment adopté est celui de Geert Hofstede, avec le « *Modèle de l'oignon* », permettant de mieux comprendre la culture au niveau d'une nation [2]. Définissant la culture comme « la programmation collective de l'esprit qui distingue les membres d'un groupe ou d'une catégorie de personnes par rapport à un autre », ce modèle comporte différentes notions décrites en couches allant de l'intérieur (difficilement visualisables directement) vers l'extérieur (visibles et connues de tous) en commençant par les valeurs, les rituels, les héros et les symboles, ces trois dernières notions représentant les pratiques d'une population [3]. La culture s'acquiert, se nourrit de l'environnement social et des expériences vécues tout au long de la vie de l'individu.

Fondés sur les trois aspects que sont le degré de satisfaction au travail, la perception d'un aspect ou d'un problème au travail et les buts personnels et croyances, six dimensions culturelles sont proposées dans le cadre théorique d'Hofstede [4] :

1. L'indice de distance au pouvoir : représente le gradient de la distance par rapport au pouvoir et montre la tolérance des individus face à une répartition inégale et hiérarchique du pouvoir ;

2. Le collectivisme *versus* l'individualisme : indique le niveau d'intégration des individus dans un groupe, accordant une plus grande importance aux objectifs et au bien-être du groupe, ainsi que sur les relations et la loyauté (collectivisme) ou bien mettant l'accent sur les besoins individuels, la réussite et les droits individuels (individualisme) ;

3. L'indice d'évitement de l'incertitude : réfère à la tolérance d'une société à faire face à l'incertitude ou à l'ambiguïté ; un indice élevé traduit une société intolérante à l'incertitude, cherchant à contrôler et minimiser son impact avec des règlements stricts ou des lois. À l'inverse, un indice faible indique une société acceptant l'incertitude, à l'aise et plus tolérante avec des environnements changeants se traduisant par des règles moins strictes ;

4. La motivation envers la réussite et le succès (anciennement masculinité *versus* féminité) : il s'agit de la différenciation des rôles attribués au genre, au sens des rôles traditionnellement masculins (affirmation de soi, courage, force et compétition) ou féminins (coopération, éducation, qualité de vie) ;

5. L'orientation à court terme *versus* l'orientation à long terme : se réfère à la mesure dans laquelle une société encourage (vision à long terme) ou non (vision à court terme) le report de la gratification ou des besoins matériels, sociaux ou émotionnels de leurs membres ;

6. La restriction *versus* l'indulgence : en lien avec les désirs et les impulsions d'une société liés au fait de profiter de la vie et de s'amuser, une culture dite indulgente satisfait les désirs et pulsions humaines des membres de la société. À l'inverse, la régulation, le report ou la suppression de ces désirs représentent une culture dite restreinte.

Contextualisées à l'enseignement et la formation, ces différentes dimensions culturelles sont éclairantes ; ainsi par exemple dans le cadre d'une culture « féminine », l'apprenant « moyen » est considéré comme la norme, alors que dans une culture plus « masculine » c'est-à-dire tournée vers la réussite, les apprenants s'efforçant d'obtenir les meilleurs résultats sont encouragés. Également, alors que l'enseignement médical dans la plupart des pays anglo-saxons se caractérise plutôt par une faible distance de pouvoir, ce qui induit une tendance à l'apprentissage centré sur l'apprenant, dans la plupart des pays où la distance hiérarchique est grande, l'enseignement reste un processus plus traditionnel centré sur l'enseignant.

La prise en compte de la culture apparaît en éducation médicale au début des années 2000, avec la définition de Betancourt : « un modèle intégré de croyances et de comportements appris qui peuvent être partagés par des

groupes et qui comprennent des pensées, des styles de communication, des façons d'interagir, des visions des rôles et des relations, des valeurs, des pratiques et des coutumes » [5].

Supervision clinique, influences culturelles et théories psycho-sociales

La supervision formative se définit comme un « processus de guidance et de *feedback* » privilégié pour faire progresser le supervisé dans ses apprentissages, et d'autant plus efficace qu'il a lieu fréquemment et de manière constructive [6]. Le *feedback* (ou la rétroaction en français) est la pierre angulaire de l'enseignement clinique et des supervisions, permettant de fournir des informations aux apprenants dans le but de réduire l'écart entre la performance réelle et la performance souhaitée en favorisant l'auto-évaluation et la réflexivité [7]. Par simplicité dans la suite du texte, nous employons le terme de *feedback*. Les modèles actuels de *feedback* se centrent sur l'apprenant en mettant l'accent sur leur position centrale avec pour objectif final l'amélioration des performances [8].

Différentes théories psycho-sociales permettent d'apporter un éclairage sur certains enjeux de la supervision. Ainsi, Ramani *et al.* [9] postulent que dans une perspective socio-culturelle, l'apprentissage se fait par l'interaction, la négociation et la collaboration. Les enseignants devraient ainsi s'engager dans un *feedback* prenant en compte la culture, avec une régulation de la relation entre apprenants et enseignants.

Aussi, cette approche socio-culturelle plaide pour une clarification des objectifs d'apprentissage, une définition claire de ces objectifs pour les deux parties et l'explicitation formelle de l'écart entre la performance observée et l'attendu d'apprentissage. Une autre perspective prenant en compte l'importance de la motivation intrinsèque souligne l'importance de favoriser la recherche de solutions par l'apprenant, plutôt que les directives données par l'enseignant, et de soutenir l'autonomie dans la prise en charge des différentes situations cliniques. Enfin, une dernière perspective souligne la difficulté des enseignants à donner un *feedback* ciblé constructif, relevant tant les actions appropriées que les axes d'amélioration à considérer : l'authenticité est au cœur d'un *feedback* constructif. Le [Tableau 1](#) illustre ces différentes approches avec les principes clefs qui les sous-tendent et des recommandations pour les formateurs et institutions. Il est important de noter que ce tableau, issu de la traduction des travaux de Ramani [8,9], est contextualisé à une culture donnée et devrait être adapté dans un milieu culturellement différent.

Analyser les *feedbacks* à la lumière de théories socio-culturelles permet d'améliorer la crédibilité de ces *feedbacks* vers les étudiants et de soutenir une culture du *feedback* au sein des institutions. Il est donc important de comprendre les facteurs culturels liés aux apprenants, aux enseignants et à l'institution pour promouvoir une culture du *feedback* pertinente.

Tableau 1. Approches psycho-sociales, principes de base et proposition de stratégies (d'après Ramani [8,9]).

Approche proposée	Principes clés	Implications pour les stratégies de feedback
Socio-culturelle	Apprentissage par interactions sociales ; Transformation au sein de communautés de pratique ; Communauté influencée par croyances et valeurs culturelles	Formateurs : - Identifier les capacités de l'apprenant avec une approche réflexive - Évaluer les écarts entre performance actuelle et attendue - Fournir un feedback formatif pour une pratique autonome - Utiliser des compétences de mentorat pour le développement de l'apprenant Institutions : - Assurer une culture d'équipe sûre et authentique - Établir des relations de confiance enseignant-apprenant - Encourager les communautés de pratique au sein des équipes cliniques et des programmes de formation
L'authenticité du feedback	Sentiment d'efficacité personnelle / image de soi ; Autonomisation / liberté vis-à-vis du formateur	Formateurs : - Commencer le feedback par des exemples de performance attendues - Recueillir les objectifs de l'apprenant et orienter le feedback - Faciliter la réflexion de l'apprenant pour évaluer l'écart entre performance observée et attendue - Co-construire des plans d'action pour l'amélioration et de nouvelles opportunités d'apprentissage - Mettre l'accent sur le développement professionnel des compétences et les résultats pour les patients Institutions : - Faciliter les relations enseignant-apprenant - Encourager l'observation directe de la performance - Former les enseignants à fournir un feedback constructif basé sur des comportements observés - Former les apprenants à rechercher, accepter et intégrer le feedback - Créer un environnement favorisant une autonomie progressive et adaptée - Passer d'un objectif de performance à un objectif d'apprentissage
La motivation intrinsèque	Autonomie ; Lien social	Formateurs : - Déplacer l'accent de l'individu vers le contexte - Passer de messages directifs à l'autorégulation - Changer de perspective : du formateur vers l'apprenant - Observer directement la performance - Encourager l'auto-évaluation et la réflexion - Mettre l'apprenant au défi dans un environnement bienveillant Institutions : - Instaurer une culture sûre et juste - Définir des attentes pour un feedback formatif continu - Encourager l'amélioration continue - Favoriser une orientation vers l'apprentissage - Mettre l'accent sur l'excellence et la sécurité des soins aux patients

Pour autant, nous nous questionnons sur la prise en compte explicite de la culture dans le *feedback* ou la supervision du raisonnement clinique au regard des théories psycho-sociales énoncées précédemment. Par exemple, Ulmer [10] a montré que les interactions entre superviseurs et supervisés lors d'une activité de débriefing d'une séance de simulation sont nettement plus nombreuses dans un groupe d'un pays de culture à faible indice de distance du pouvoir (La Suisse par exemple) comparé à un pays de culture à fort indice de distance au pouvoir (La Thaïlande par exemple). Une autre étude de Findyartini [11] a mis en avant que les étudiants en médecine d'Indonésie (avec un indice de distance au pouvoir élevé et une faible tolérance à l'incertitude) obtiennent des résultats moins bons que les étudiants d'Australie dans l'apprentissage du raisonnement clinique ; le modèle

anglo-saxon de l'apprentissage du raisonnement clinique mettant davantage l'accent sur le processus de raisonnement et son explicitation que sur la seule démonstration de l'acquisition des connaissances [11].

En conséquence, une formation avec *feedback* dans une culture donnée ne semble pas aisément transposable à une autre et de manière plus générale, un *feedback* authentique dans un milieu peut ne pas l'être dans un autre. La culture, bien que largement mentionnée, est probablement mal comprise et encore trop peu prise en compte, et les enjeux pas assez identifiés dans les programmes de formation [12]. À l'heure des coopérations internationales, des partages et des programmes d'échanges notamment en francophonie, il est temps de s'approprier fermement ce cadre et ces concepts pour un développement et une mise en pratique opérationnelle et effective.

Enjeux et perspectives

De nombreux aspects et axes de recherche s'ouvrent ainsi, que ce soit au niveau des facultés et instituts de formation, des enseignants et des apprenants, où la culture est non seulement au cœur de nos activités d'enseignement et de supervision clinique mais également dans le soin.

Au niveau institutionnel, pour mieux prendre en compte cet aspect culturel dans les enseignements, l'utilisation d'outils comme le *Tool for Assessing Cultural Competence in Training (TACCT)* permet d'évaluer les connaissances, les compétences et les attitudes du corps professoral et des enseignements dans six domaines différents [13]. Au niveau des enseignants, la compétence culturelle, définie comme « la capacité d'une personne à interagir de manière efficace et appropriée dans des situations interculturelles sur la base de ses attitudes, de ses connaissances et de ses aptitudes » et l'humilité culturelle sont à promouvoir et à soutenir afin d'obtenir un environnement inclusif et équitable, d'améliorer le transfert des apprentissages et d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle des apprenants [14]. Pour les étudiants, la prise en compte de leurs aspects socio-culturels favorise leur engagement dans les études de santé et améliore l'alliance basée sur la communication, le respect et la confiance mutuels, et la collaboration [15].

Pour conclure, une meilleure appropriation des différentes notions relatives à la culture, ses influences et déterminants psychosociaux dans le contexte de la supervision clinique et plus largement dans les enseignements en sciences de la santé, participera à une meilleure formation de nos professionnels de santé de demain.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article.

Approbation éthique

Non applicable.

Références

1. Sari SM, Suhoyo Y, Mulyana D, Claramita M. The interactional communication of feedback in clinical education: A focused ethnographic study in a hierarchical and collectivist culture. *Heliyon* 2023;9(3):e14263.
2. Hofstede G, Hofstede GJ, Minkov M. *Cultures and Organizations: Software of the Mind. Intercultural Cooperation and Its Importance for Survival*. Édition McGraw Hill; 2010.
3. Bollinger D, Hofstede G. *Les différences culturelles dans le management : comment chaque pays gère-t-il ses hommes ?* Les Éditions d'Organisation; 1987.
4. Hofstede G. *Culture's consequences. Comparing values, behaviors, institutions, and organisations across nations*. New York: Sage Publications; 2001.
5. Betancourt JR. Cross-cultural medical education: Conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med* 2003;78(6):560-9.
6. Kilminster SM, Cottrell D, Grant J, Jolly BC. AMEE Guide N° 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007;29(1):2-19.
7. Cantillon P, Sargeant J. Giving feedback in clinical settings. *BMJ* 2008;337(1):1292-94.
8. Ramani S, Könings KD, Ginsburg S, Van Der Vleuten CP. Feedback redefined: Principles and practice. *J Gen Intern Med* 2019;34(5):744-749.
9. Ramani S, Könings KD, Ginsburg S, van der Vleuten CPM. Meaningful feedback through a sociocultural lens. *Med Teach* 2019;41(12):1342-1352.
10. Ulmer FF, Sharara-Chami R, Lakissian Z, Stocker M, Scott E, Dieckmann P. Cultural prototypes and differences in simulation debriefing. *Simul Health* 2018;13(4):239-246.
11. Findyartini A, Hawthorne L, McColl G, Chiavaroli N. How clinical reasoning is taught and learned: Cultural perspectives from the University of Melbourne and Universitas Indonesia. *BMC Med Educ* 2016;16:185.
12. Lewis LD, Steinert Y. How culture is understood in faculty development in the health professions: A scoping review. *Acad Med* 2020;95(2):310-319.
13. Lie DA, Boker J, Crandall S, Degannes CN, Elliott D, Henderson P, *et al*. Revising the Tool for Assessing Cultural Competence Training (TACCT) for curriculum evaluation: Findings derived from seven US schools and expert consensus. *Med Educ Online* 2008;13(1):1-11.
14. Wilcox MM, Farra A, Winkeljohn Black S, Pollard E, Drinane JM, Tao KW, *et al*. Cultural humility and racial microaggressions in cross-racial clinical supervision: A moderated mediation model. *J Couns Psychol* 2024;71(4):304-314.
15. Kassab SE, Taylor D, Hamdy H. Student engagement in health professions education: AMEE Guide No. 152. *Med Teach* 2023;45(9):949-965.

Citation de l'article : Girerd R, Horri S. Culture et supervision en milieu clinique : aspects théoriques, enjeux et perspectives. *Pédagogie Médicale*, 2025;26:19-22, <https://doi.org/10.1051/pmed/2025012>