

# La minute du superviseur

Jean JOUQUAN

Bureau de pédagogie médicale, Faculté de médecine, Université de Bretagne occidentale, Brest, France

Définition
Procédure de supervision d'un étudiant (interne, externe), visant à concilier les deux objectifs de la supervision clinique en contexte de stage : a) assurer l'efficacité et la sécurité des tâches de soins dispensés au patient (finalité médicale de la supervision); b) faciliter l'apprentissage de l'étudiant à partir de cette tâche professionnelle (finalité pédagogique de la supervision).
Problématique
Deux modalités de supervision sont couramment employées dans le cadre de la formation en contexte de stage. La supervision est dite « directe » lorsque la rétro-action fournie à l'étudiant succède à une phase d'observation directe de l'étudiant dans sa tâche clinique. La supervision est dite « indirecte » lorsque l'interaction avec l'étudiant est développée à partir de la présentation que fait ce dernier de la situation clinique, sans que l'enseignant clinicien l'ait personnellement observé. Plusieurs études indiquent qu'une séquence de supervision indirecte d'un étudiant à propos d'un patient dure approximativement dix minutes. Sur ce temps, environ six minutes sont consacrées à la présentation de la situation clinique par l'étudiant et trois à des questions du superviseur visant à clarifier les données; ainsi, en moyenne, la discussion visant à exploiter pédagogiquement la situation pour faciliter les apprentissages de l'étudiant à partir de sa tâche clinique se limite à une seule minute. Le format dit de « la minute du superviseur » ( <i>the One Minute Preceptor</i> ) a été codifié pour optimiser cette « minute pédagogique », au décours immédiat de la présentation du cas par l'étudiant.
Description
<p><b>Format principes</b></p> <p>Le format principes de la minute du superviseur a été formalisé en 1992 par Neher et al.<sup>[1]</sup>, au Département de médecine de famille de l'Université de Washington, sous la forme d'une séquence de cinq étapes : 1) prise</p>

de position; 2) argumentation; 3) énoncé d'une règle générale; 4) validation des points positifs; 5) correction des erreurs. Ces étapes, complétées par une conclusion, fournissent un cadre opératoire sous-tendu par des principes pédagogiques visant à favoriser des apprentissages transférables. Cette séquence est mise en œuvre après que l'étudiant ait rapporté la situation. Le tableau I indique les objectifs cognitifs de chaque étape, fournit quelques exemples d'interventions types et indique quelques écueils à éviter.
<p><b>Variantes</b></p> <p>Les étapes 3 à 5 peuvent éventuellement être interverties. L'étape 2 (argumentation) peut être exploitée par le superviseur pour effectuer un travail de décontextualisation et de recontextualisation, qui permet de favoriser la construction de connaissances conditionnelles grâce aux stratégies de discrimination (en quoi deux situations apparemment semblables se distinguent-elles en fait?) et de généralisation (en quoi deux situations apparemment différentes sont-elles en fait semblables?) et de préparer le transfert des apprentissages.</p>
Modalités opérationnelles
Plusieurs exemples de mise en œuvre de la minute du superviseur sont disponibles dans la littérature francophone <sup>[2,3]</sup> ou internationale <sup>[4]</sup> . Des séquences vidéo de démonstration sont également disponibles <sup>[5]</sup> .
Conclusion
Le format de « la minute du superviseur » fournit un cadre opératoire de supervision clinique commode à mettre en œuvre. Il est cohérent avec les principes pédagogiques visant à favoriser des apprentissages transférables. Il ne se substitue pas à d'autres modalités plus élaborées d'intervention pédagogique en contexte de stage. À condition de ne pas être utilisé comme une recette technique, il peut apporter des repères utiles aux enseignants cliniciens lorsqu'ils doivent, dans le cadre de contraintes de temps importantes, concilier leur deux rôles professionnels de clinicien et de formateur <sup>[6]</sup> .

## Références

1. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A five-step "microskills" model of clinical teaching. *J Am Board Fam Pract* 1992;5:419-24.
2. Audetat M-C, Laurin S. Clinicien et superviseur... Même combat ! *Le Médecin du Québec* 2010;45:53-7.
3. Belleflamme M, Boulouffe C, Gérard V, de Cannière L, Vanpee D. Comment développer le raisonnement clinique des étudiants en stage à l'hôpital quand on dispose de peu de temps ? "The One-Minute Preceptor". *Louvain Médical* 2009;128:165-9.
4. Sarkin R. The One-Minute preceptor. *Microskills of clinical teaching*. [On-line]. Disponible sur : <http://www.im.org/Resources/FacultyDev/GIMFDP/Documents/Strategies%20Tampa%20Sarkin.htm>.
5. Promoting effective clinical teaching. One Minute Preceptor in action. [On-Line] Disponible sur : [http://www.practicalprof.ab.ca/teaching\\_nuts\\_bolts/one\\_minute\\_preceptor.html#](http://www.practicalprof.ab.ca/teaching_nuts_bolts/one_minute_preceptor.html#).
6. Aagaard E, Teherani A, Irby D. Effectiveness of the One-Minute Preceptor Model for diagnosing the patient and the learner: proof of concept. *Acad Med* 2004;79:42-9.

**Tableau I.** Les cinq étapes du format princeps de « la minute du superviseur ».

Étapes de la supervision	Objectifs de l'étape	Exemples d'intervention	Écueils à éviter
1. Inviter l'étudiant à prendre position (en formulant une hypothèse diagnostique, en proposant une démarche d'investigation ou une décision thérapeutique)	Solliciter les connaissances antérieures de l'étudiant et notamment ses connaissances d'action (conditionnelles et procédurales)	Quelle est ta compréhension du problème de santé de ce patient ? Que proposes-tu de faire ? De quel examen complémentaire penses-tu que nous ayons besoin ?	Fournir d'emblée à l'étudiant la solution du problème, sans solliciter préalablement sa propre représentation et ses propres hypothèses
2. Demander à l'étudiant d'argumenter sa position	Rendre explicite le processus de raisonnement clinique développé par l'étudiant	Qu'est-ce qui te permet d'arriver à cette conclusion ? Pourrait-il y avoir une autre explication ?	Faire réciter des connaissances déclaratives de manière décontextualisée
3. Énoncer une règle générale	Décontextualiser les connaissances mobilisées	Dans un contexte de faible présomption clinique, ce diagnostic peut être écarté lorsque tel signe est absent, compte tenu de son excellente valeur prédictive négative	Délivrer des messages anecdotiques ou fondés sur des habitudes idiosyncrasiques
4. Valider les éléments pertinents de la prise en charge proposée par l'étudiant	Renforcer les apprentissages viables	Ton inventaire des facteurs de gravité est tout à fait pertinent et complet ; tu n'as rien oublié	Fournir une rétro-action générale, non spécifique (« OK, c'est bien ! »)
5. Identifier les erreurs et suggérer des solutions alternatives	Déconstruire les conceptions erronées Recontextualiser les connaissances mobilisées	Ne penses-tu pas que tu as pris un risque excessif en ne demandant pas tel examen complémentaire en urgence ? Comment pourrais-tu procéder une autre fois dans un cas semblable ?	Se limiter à un jugement négatif et dévalorisant sans rendre explicite les représentations qui ont sous-tendues l'action (« Comment, tu as fait cela ! C'est nul ! »)
Conclusion	Planifier les étapes ultérieures Identifier les rôles respectifs Identifier les indicateurs de suivi ou d'alerte	Recontacte-moi dès que tu auras le résultat de tel examen et après avoir appelé le médecin traitant. On réévaluera nos hypothèses. Précise bien les consignes de surveillance pour l'interne de garde cette nuit	

Correspondance et offprints : Jean Jouquan, Bureau de pédagogie médicale, Faculté de médecine, Université de Bretagne occidentale, Brest, France.

Mailto : [jean.jouquan@chu-brest.fr](mailto:jean.jouquan@chu-brest.fr)