

Réflexion sur une expérience de supervision clinique sous l'angle de l'alliance pédagogique

Reflecting on an experience of clinical supervision through the lens of the educational alliance

Luc CÔTÉ¹

¹ Professeur titulaire au département de médecine familiale et de médecine d'urgence, superviseur dans les programmes de résidence de médecine familiale et de radiologie-oncologie, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada

Manuscrit soumis le 12 mai 2015 ; commentaires éditoriaux formulés à l'auteur le 25 mai, le 4 et le 22 juin 2015 ; accepté pour publication le 22 juin 2015.

Mots-clés

supervision ; alliance pédagogique ; résidence ; médecine familiale

Keywords

supervision; educational alliance; internship; family medicine

Résumé – Contexte : Dans le cadre d'une supervision par observation directe des consultations d'une résidente en médecine familiale, les superviseurs se sont retrouvés dans une impasse pédagogique. **Objectif :** Ce texte décrit et analyse cette situation selon le cadre conceptuel émergent de l'alliance pédagogique.

Abstract – Context: Within the context of clinical supervision by direct observation of a resident in family medicine, the preceptors faced an educational deadlock. **Objective:** This paper describes and analyses this situation from the perspective of the educational alliance, an emerging conceptual framework.

Introduction

Plusieurs écrits sur le développement de l'expertise^[1-2] et sur l'autoévaluation^[3-4] font état du rôle essentiel de la rétroaction en soutien à l'apprentissage, dans une perspective de développement des compétences professionnelles. En effet, la rétroaction est d'autant plus utile que les apprentissages à faire sont plus difficiles. Ainsi, les superviseurs stimulent les étudiants

à se dépasser, en les aidant à identifier les difficultés qu'ils rencontrent ainsi que diverses stratégies pour les résoudre, démarche que l'étudiant n'aurait pas pu ou aurait difficilement pu faire seul. Récemment, des auteurs^[5-7] ont souligné l'importance de concevoir la rétroaction non pas comme un processus unidirectionnel de transmission d'information du superviseur à l'étudiant mais comme un dialogue reposant sur la confiance mutuelle entre les partenaires. Plus facile à dire qu'à faire...

Dans le cadre d'une supervision par observation directe (SPOD) des consultations d'une résidente en médecine familiale, les superviseurs se sont retrouvés dans une impasse pédagogique et ce, malgré leurs nombreuses années d'expérience en supervision. Cette brève contribution vise à décrire et analyser cette situation selon le cadre conceptuel émergent de l'alliance pédagogique.

Résumé du contexte et de la situation

Dans les programmes de médecine familiale (ou médecine générale) au Québec, la SPOD figure parmi les activités obligatoires de formation. Souvent, ces supervisions sont réalisées conjointement par deux cliniciens enseignants : un médecin, et un psychologue ou un travailleur social. Ceux-ci observent les consultations via un moniteur vidéo ou derrière un miroir sans tain. Habituellement, ils échangent une courte rétroaction avec le résident entre les consultations, alors qu'à la fin de la période d'observation, ils approfondissent un ou des aspects jugés d'intérêt en vue de d'aider le résident à développer ses compétences professionnelles.

Ce matin-là, nous débutons la SPOD avec Laurence (prénom fictif), résidente en début de deuxième année de formation en médecine familiale (la résidence dure 24 mois). Avant sa formation en médecine, Laurence avait exercé comme clinicienne pendant quelques années dans une autre discipline des sciences de la santé. Elle était plus âgée que les autres résidents. C'était la première fois que nous la supervisions. Avant d'observer la première consultation, nous avons pris quelques minutes pour faire connaissance et pour établir un « contrat pédagogique » avec elle, en rappelant les objectifs de l'activité, en clarifiant ses objectifs d'apprentissage et la procédure de supervision. Lorsque nous l'avons questionnée sur ses objectifs, Laurence a répondu qu'elle voulait devenir un bon médecin de famille, tout en précisant qu'elle n'avait pas d'objectifs spécifiques en tête. Malgré nos questions de clarification sur les forces et les difficultés qu'elle percevait à ce jour dans l'exercice de son rôle de médecin de famille, elle s'est limitée à exprimer des réponses générales, telle que

« continuer à bien faire mon travail, être efficace ». Elle n'anticipait pas non plus de difficultés en lien avec les patients ayant rendez-vous lors de la session de SPOD. À un moment, elle a regardé sa montre et a dit qu'elle aimerait commencer sa première consultation sans tarder car nous étions en retard de quelques minutes sur l'horaire prévu et elle ne voulait pas prendre davantage de retard, ce que nous avons accepté. Mon collègue et moi avions l'impression que cette résidente semblait peu motivée par la SPOD, mais nous nous sommes abstenus d'intervenir, préférant voir le déroulement de cette première supervision pour vérifier cette impression.

Nous avons donc observé trois consultations : 1) suivi avec un patient de 71 ans pour lequel elle voulait amorcer une médication en raison de résultats de glycémies élevées; 2) nouveau patient de 27 ans consultant pour douleurs lombaires, suite à un accident au travail et 3) nouvelle patiente de 52 ans, accompagnée de son conjoint, consultant pour symptômes dépressifs. En résumé, dans ces trois consultations, Laurence avait fait un questionnaire structuré en fonction d'hypothèses diagnostiques pertinentes, réalisé les examens physiques appropriés et identifié des plans de traitement plausibles. Toutefois, à aucun moment, elle n'avait pris le temps de s'enquérir, ni de prendre en compte les inquiétudes et attentes des patients (deux des trois patients les avaient ouvertement manifestées), ni de les associer à ses plans de traitement (un patient avait dit qu'il ne se sentait pas « confortable » avec le plan proposé).

Lors de la période de rétroaction, nous avons d'abord demandé à Laurence de commenter ses consultations (points forts, difficultés, questions). D'emblée, elle a exprimé en être très satisfaite : elle avait généré les bonnes hypothèses diagnostiques, avait pris les bonnes décisions cliniques et avait bien géré son temps d'entrevue. Nous avons renforcé ses bonnes performances pour chaque cas. Puis, nous avons attiré son attention sur deux éléments de l'approche centrée sur le patient que nous jugions avoir été plus problématiques : 1) mieux saisir les indices verbaux et non verbaux émis par les patients en lien avec des inquiétudes à l'égard de leur état de santé et 2) associer ces derniers à la prise de décision thérapeutique afin de maximiser leur adhésion au

traitement qui aura été convenu. Elle a répondu que, bien que d'accord avec les principes de l'approche centrée sur le patient, elle considérait avoir très bien géré les trois situations cliniques et qu'elle se comporterait de la même manière si c'était à refaire. Malgré nos tentatives d'établir avec elle un espace de réflexion sur diverses manières d'opérationnaliser avec réalisme l'approche centrée sur le patient, elle s'est de plus en plus campée dans une « position d'évaluation » plutôt que d'apprentissage^[8], étant en désaccord avec notre jugement sur sa compétence relationnelle avec les patients. Elle ne comprenait pas pourquoi nous discutons de sa relation thérapeutique, alors qu'elle jugeait que cette dimension de sa pratique représentait une de ses forces. Elle considérait que nous mettions trop d'emphase sur cet aspect, au détriment de sa démarche clinique. Dans les supervisions qui ont suivi, bien qu'elle se soit conformée à certaines de nos attentes (par exemple, vérifier si les patients étaient d'accord avec les conduites proposées), nous n'avons pas réussi à établir un véritable dialogue avec elle sur sa relation thérapeutique.

Analyse de la situation et discussion

On sait que le processus de la rétroaction en contexte de supervision clinique est influencé par plusieurs facteurs : les facteurs personnels –par exemple, l'ouverture du résident aux commentaires, les expériences du superviseur ; les facteurs interactionnels – par exemple, la confiance mutuelle, la qualité de la communication superviseur-résident– et les facteurs contextuels –par exemple, le temps disponible, l'observation directe des consultations–.^[5; 9-13] Parmi les facteurs en jeu chez le superviseur, Côté et al.^[14-16] ont démontré que les cadres conceptuels cliniques et pédagogiques plus ou moins explicites qu'ils ont en mémoire influencent le contenu de leur rétroaction aux résidents.

Un cadre conceptuel est une manière de concevoir une situation ou un problème, et d'en expliquer son fonctionnement.^[17] C'est en quelque sorte une « grille de lecture et d'analyse ». Il provient habituellement de théories, approches ou modèles, de recommandations de meilleures pratiques (*guidelines*), etc.

Un cadre conceptuel peut avoir une application clinique (par exemple, l'approche centrée sur le patient) ou pédagogique (par exemple, l'approche centrée sur le résident). D'ailleurs, Jouquan et al.^[18] ont fort bien analysé, par une démarche analogique, les similitudes et les différences entre le monde de la santé et le monde de l'éducation, plus particulièrement entre le raisonnement médical et l'évaluation formative (ou la supervision) des apprentissages. Ces auteurs se sont notamment inspirés des travaux de Irby^[19-20] qui a montré la similarité entre le raisonnement clinique et le raisonnement pédagogique du superviseur.

Un article récent de Telio et al.^[21] met en avant la notion d'alliance pédagogique (*educational alliance*) comme concept structurant pour penser la supervision formative.

À partir d'une analogie avec la notion de l'alliance thérapeutique (*therapeutic alliance*), les auteurs proposent de réinterpréter la rétroaction –et en particulier l'ouverture à la rétroaction– en utilisant celle de l'alliance pédagogique comme cadre conceptuel. Bien qu'il s'agisse d'une proposition conceptuelle spéculative ne reposant pas sur des données issues de la recherche ou de la pratique en supervision, cette idée est suffisamment intéressante pour être explorée. Voici quelques éléments clés de cet article.

En psychothérapie (quelle que soit l'approche), l'alliance de travail (*working alliance*), ou l'alliance thérapeutique, fait référence à la qualité de la relation thérapeute-patient ou client. Elle repose sur trois caractéristiques principales telles que perçues par le patient et non par le thérapeute :

- la confiance mutuelle thérapeute-patient ;
- l'entente partagée entre le thérapeute et le patient quant aux buts de la thérapie (ou du traitement) ;
- l'entente partagée quant aux moyens d'y parvenir.

Par analogie, l'alliance pédagogique impliquerait que le résident perçoive :

- une confiance mutuelle entre le superviseur et le résident ;
- une compréhension partagée quant aux objectifs d'apprentissage visés par la supervision et
- un partage, voire une négociation, quant aux moyens de les réaliser.

Pour Telio et al.^[21], la qualité de l'alliance pédagogique serait à la base du processus de rétroaction vu comme un dialogue et un déterminant de l'ouverture du résident à recevoir la rétroaction. Bien que la nature respective de la relation psychothérapeute-patient et superviseur-résident soit très différente (pensons notamment aux finalités et durées de ces types de relations), les auteurs croient que l'analogie est utile à la réflexion sur la rétroaction, et nous partageons ce point de vue. Toutefois, ils se limitent à une proposition conceptuelle et ne suggèrent pas de stratégies pour développer cette alliance en supervision. L'idée de construire une alliance avec le résident plaît certes à l'esprit, mais concrètement, comment y parvenir lorsque le superviseur et le résident ne partagent pas forcément le même point de vue sur les manières d'être et de faire avec les patients ?

Ce cadre conceptuel en émergence fournit des pistes tout à fait fécondes pour réfléchir à cette expérience difficile de supervision vécue avec Laurence. En réalité, ces sessions de supervision difficiles que mon collègue et moi avons eues avec Laurence furent difficiles essentiellement parce nous n'avons pas réussi à construire cette alliance pédagogique. L'analyse plus attentive du processus de supervision conduit à admettre que les superviseurs étaient conscients de l'importance de créer une relation d'apprentissage, c'est-à-dire une relation qui motive et aide à apprendre. Cette relation est synonyme d'alliance pédagogique, car elle comporte les mêmes caractéristiques : confiance mutuelle, objectifs et moyens d'apprentissage partagés. Toutefois, malgré nos bonnes intentions pour développer cette relation, nos tentatives pour y parvenir restèrent relativement infructueuses.

Voici deux exemples de tentatives que nous avons faites lors de la première session de supervision et d'alternatives d'intervention, qui pourraient être développées à une autre occasion.

1) Au début de cette session, nous avons pris le temps de rencontrer Laurence pour faire connaissance (rappelons que nous n'avons jamais travaillé avec elle) et pour établir un « contrat pédagogique ». Les caractéristiques de l'alliance pédagogique présentées précédemment correspondaient aux objectifs que nous visions par cette démarche. Cependant,

nous n'aurions pas dû acquiescer à la demande de la résidente de mettre fin à notre échange, alors que certains éléments de ce « contrat » n'avaient pas été discutés ou restaient imprécis. Par exemple, nous ne savions pas comment elle se représentait la SPOD ; comment elle percevait son rôle de médecin de famille ; ce que signifiait pour elle « être efficace » ; quelles étaient ses attentes à notre endroit comme superviseurs. Il est possible qu'elle se soit sentie mal à l'aise avec le type de questions que nous lui posions et que cet inconfort ait contribué à sa demande de débiter ses consultations sans délai. De même, il est possible que ses réponses vagues aient créé un inconfort, voire un contretransfert négatif chez les superviseurs, ce qui nous aurait inconsciemment incités à débiter l'observation des consultations alors que le travail préalable était inachevé.

Ce ne sont là que des hypothèses. Fort de cette expérience et au regard du cadre de l'alliance pédagogique, il paraît très pertinent de considérer que la supervision aurait pu se dérouler différemment. Il aurait été préférable de prendre le temps nécessaire pour mieux « asseoir » ce début d'alliance et compléter le « contrat », malgré le retard sur l'horaire prévu. De même, il aurait été souhaitable de souligner à Laurence le fait qu'elle avait acquis une précieuse expérience clinique en dehors de la médecine et que son expérience serait mise à contribution lors de nos échanges en supervision. Ceci aurait peut-être contribué à la valoriser et la sécuriser.

2) Lors du retour sur ses trois consultations, nous avons à nouveau tenté de créer cette alliance en valorisant les bonnes décisions prises avec ses patients et en discutant leurs impacts. Nous jugions important de souligner les forces de la résidente (sans complaisance évidemment) car l'apprentissage repose autant sur la prise de conscience des « bonnes performances » que des difficultés en lien avec les objectifs d'apprentissage. De plus, entendre les superviseurs confirmer les « bonnes performances » est un facteur contribuant à l'ouverture du résident à la rétroaction. Ce faisant, nous véhiculions aussi le message que la supervision est un lieu de réflexion et de dialogue autant sur les « bons coups » de la résidente, que sur les zones plus difficiles, voire problématiques. Dans les faits, tant que nous avons échangé avec

Laurence sur ses forces, nous avons partagé un terrain d'entente!

C'est à partir du moment où nous avons levé le voile sur ce que nous considérons être des éléments sous-optimaux de l'application de l'approche centrée sur le patient que nous avons « posé les pieds sur une mine ». Une des explications aux résistances de Laurence est qu'elle percevait nos commentaires comme des manifestations d'incompétence sur le plan relationnel avec ses patients, ce à quoi elle argumentait en disant qu'elle avait de l'expérience et que la qualité de sa relation avec les patients était une de ses forces.

À nouveau, fort de cette expérience et au regard du cadre de l'alliance pédagogique, il paraît très pertinent de considérer que nous aurions pu sans doute discuter davantage avec elle de sa perception de cette approche et de ses applications lors des consultations que nous avons observées. Le fait que la résidente ait eu une activité clinique dans une autre discipline n'est peut-être pas sans relation avec cette vision différente. Cette discussion aurait probablement aidé à mieux expliciter nos points de vue respectifs et à recadrer le sens de nos interventions comme superviseurs : notre travail consistait à l'aider à développer l'ensemble des compétences pour devenir un « bon » médecin de famille et non à « chercher les puces » et encore moins à la dévaloriser. Finalement, nous parlerions ouvertement et plus précocement du problème d'alliance pédagogique, en faisant un lien avec l'alliance thérapeutique.

Conclusion

L'article de Telio et al.^[21] rappelle l'importance de toujours porter une attention particulière à la qualité de l'alliance pédagogique en supervision clinique, puisqu'elle est un des fondements de l'apprentissage. Mais qu'on le veuille ou pas, construire une alliance thérapeutique ou pédagogique requiert du temps, et composer avec le temps souvent restreint en supervision clinique est et restera un défi de taille. De même, il faut être conscient que le développement d'une alliance puisse être difficile, voire impossible en

certaines circonstances, notamment parce qu'il implique la capacité de poser un regard sur soi et la capacité d'engagement à l'autre. Ceci est vrai, qu'on soit thérapeute, patient, superviseur ou résident.

Déclaration d'intérêt

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en lien avec le contenu de cet article.

Approbation éthique

Non sollicitée

Références

1. Ericsson KA. Deliberate Practice and the Acquisition and Maintenance of Expert Performance in Medicine and Related Domains. *Acad Med* 2004;79(10 suppl): S70-S81.
2. Ericsson KA, Charness N, Feltovich PJ, Hoffman RR (Eds.). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. New York: Cambridge University Press, 2006.
3. Eva KW, Regehr G, Gruppen L. Blinded by "insight". Self-assessment and its role in performance improvement. In BD Hodges and L Lingard (Ed.) *The question of competence*. London: Cornell University Press, 2012.
4. Sargeant J, Bruce, D, Campbell, CM. Practicing Physicians' Needs for Assessment and Feedback as Part of Professional Development. *J Cont Educ Health Prof* 2013;33:S54-S62.
5. Archer, J. State of the Science in Health Professional Education: Effective Feedback. *Med Educ* 2010;44: 101-8.
6. Eva KW, Regehr G. Effective Feedback for Maintenance of Competence: From Data Delivery to Trusting Dialogues. *CMAJ* 2013;185:463-4.
7. Bing-You RG, Trowbridge RL. Why medical educators may be failing at feedback. *JAMA* 2009;302: 1330-1.

8. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale* 2009;10:193-210.
9. Eva KW, Armson H, Holmboe E, Lockyer J, Loney E, Sargeant J. Factors Influencing Responsiveness to Feedback: on the Interplay Between Fear, Confidence, and Reasoning Processes. *Adv in Health Sci Educ* 2012;17:15-26.
10. Bok GJ, Teunissen PW, Spruijt A, Fokkema JPI, Van Beukelen P, Jaarsma ADC, Van der Vleuten CPM: Clarifying Students' Feedback-Seeking Behaviour in Clinical Clerkships. *Med Educ* 2013;47:282-91.
11. Kogan JR, Conforti LN, Bernagbeo EC, Durning SJ, Hauer KE, Holmboe ES. Faculty Staff Perceptions of Feedback to Residents after Direct Observation of Clinical Skills. *Med Educ* 2012;46:201-15.
12. Pelgrim E, Kramer AWM, Mokkink HGA, van der Vleuten, CPM. Factors Influencing Trainers' Feedback-Giving Behavior: a Cross-Sectional Survey. *BMC Medical Education* 2014, 14: 65 [On-line] Disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/65>
13. Sargeant J, Mann KV, Van der Vleuten CP, Metsemakers JF: Reflection: a Link Between Receiving and Using Assessment Feedback. *Adv Health Sci Educ* 2009;14:399-410.
14. Côté L, Bordage G, Content and Conceptual Frameworks of Preceptor Feedback Related to Residents' Educational Needs. *Acad Med* 2012;87:1274-81.
15. Côté L, Gingras N. Réponses et cadres conceptuels des cliniciens enseignants lors de discussions de cas avec des internes en psychiatrie. *Pédagogie Médicale* 2013;14:169-86.
16. Côté L, Gromaire P, Bordage G. Content and Rationale of Junior and Senior Preceptors Responding to Residents' Educational Needs Revisited. *Teach Learn Med*, sous presse.
17. Bordage G. Conceptual Frameworks to Illuminate and Magnify. *Med Educ* 2009;43:312-9.
18. Jouquan J, Parent F, Audétat MC. Des analogies entre le raisonnement médical et l'évaluation formative. *Revue française de linguistique appliquée* 2013; XVIII(1):93-106.
19. Irby, D. How Attending Physicians Make Instructional Decisions When Conducting Teaching Round. *Acad Med* 1992;67:630-8.
20. Irby, D. What Clinical Teachers Need to Know. *Acad Med* 1994;69:333-42.
21. Telio S, Ajjawi R, Regehr G. The "Educational Alliance" as a Framework for Reconceptualizing Feedback in Medical Education. *Acad Med* 2015;90: 609-14.

Correspondance et offprints : Luc Côté, Université Laval, Secteur de la recherche, Vice-décanat à la pédagogie, Faculté de médecine, Pavillon Ferdinand-Vandry, bureau 2881E, Université Laval G1K 7P4 Québec, Canada. Téléphone : 418 656 2131, poste 5963. Mailto : luc.cote@fmed.ulaval.ca