

**Stratégies utilisées en supervision directe
par des superviseurs experts : une recherche qualitative.**

Bernard Martineau*, MD, M.A., Gilles Girard*, M.Ps., Richard Boulé*, MD, M.A.

*Département de médecine de famille, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

Correspondance : Bernard Martineau – Département de médecine de famille, Faculté de médecine,
Université de Sherbrooke, 3001 12^e Avenue Nord, Sherbrooke, Québec, Canada J1H 5N4.
Téléphone : (819) 346-1110, extension 14273 – Télécopieur : (819) 564-5386.
Mail to : Bernard.Martineau@USherbrooke.ca

Résumé

Contexte : La littérature médicale sur la supervision directe a davantage exploré les contenus abordés en supervision que les stratégies utilisées par les superviseurs pour atteindre les objectifs pédagogiques. St-Arnaud (1995, 2001) a proposé diverses stratégies pour développer et maintenir la coopération en relation d'aide. **Objectif :** Cet article vise à identifier les stratégies utilisées par des superviseurs experts en supervision directe pour créer et maintenir une relation de coopération et faciliter les apprentissages professionnels de résidents de première année en médecine de famille. **Méthode :** Ces stratégies ont été identifiées à l'aide d'une recherche exploratoire qualitative basée sur une série d'études de cas. Trois superviseurs experts, reconnus par leurs pairs, ont été observés durant trois demi-journées de supervision avec trois résidents chacun. Le verbatim des entretiens a été codé et analysé par deux chercheurs selon le schéma développé par St-Arnaud. Après chaque session, le superviseur et le résident ont été interviewés sur les stratégies du superviseur. **Résultats :** Quatre niveaux complémentaires d'interventions sont mis en évidence durant la supervision directe : 1. Gestion du processus de supervision, 2. Résolution du problème à travers la compétence du résident, 3. Résolution du problème selon l'expertise du superviseur, 4. Démarche réflexive du résident. Diverses stratégies sont utilisées à chaque niveau d'intervention et aux différentes étapes de la supervision. **Conclusion :** Les niveaux d'interventions et les stratégies aident les superviseurs à favoriser la collaboration avec le supervisé. L'identification de cet éventail de stratégies facilitera la formation des superviseurs.

Mots clés : Éducation médicale, stratégies d'interventions, supervision directe.

Abstract

Context : Medical literature on direct supervision explore more the content than the strategies used by supervisor to arrive to their educational objectives. In the context of psychotherapy, St-Arnaud (2001) proposed a set of strategies to enhance collaboration. **Methodology.** Our research objective is to identify strategical interventions used by expert supervisors to create and maintain a cooperative relationship with first year residents in family medicine to facilitate his professional development. The identification of these strategies will determine the competences which should be acquired by the supervisors. In order to identify an inventory of strategies, this explorative research used a qualitative method based on a serial case study. Three expert supervisors, acknowledged by their pairs, were observed during three half day sessions of direct supervision with three residents each. After each session, the supervisor and the resident were interviewed to discuss the supervisor's strategies. The supervisor's interventions were coded and analysed by two researchers according to a schema of interactive strategies developed by St-Arnaud. **Results.** Four complementary levels of intervention are identified during the direct supervision sessions : 1. Management of the supervision process, 2. Patient's problem solving through the resident's competence, 3. Patient's problem solving based on the supervisor's expertise and 4. Resident's reflexive analysis. Different strategies were used at each level of interventions. **Conclusion.** Intervention levels and strategies help supervisors to structure the collaboration with supervisee. We utilise our strategies'set for supervisor formation.

Key words : Medical education, strategical interventions, direct supervision.

INTRODUCTION

On constate une grande disparité dans les manières de superviser. En éducation, plusieurs auteurs parlent de l'importance de l'échange entre les enseignants et les apprenants. Huba and Freed (2000) décrivent plusieurs techniques, dont celle de Christensen (1991) pour favoriser l'apprentissage. Dans la littérature médicale sur la supervision directe, on a surtout exploré les contenus abordés (Saucier 1994, Baumier 1992) plutôt que les stratégies utilisées par les superviseurs pour atteindre leurs objectifs éducatifs. Westberg et Jason (2001) ont synthétisé les évidences à promouvoir la réflexion et à donner un feedback en éducation médicale. La littérature a démontré que l'efficacité de la supervision dépend de la qualité de la coopération entre le superviseur et le résident (Killminster et Jolly 2000, Martineau 1993). Par ailleurs, Irby (1994) renforce l'importance de la collaboration en situation de supervision, démontrant un impact direct sur la capacité de résolution de problème de l'apprenant et la qualité des soins au malade. Comme l'impact de la supervision sur la qualité des soins dépend de la qualité de la supervision, il va sans dire qu'une disparité dans l'utilisation de la supervision directe affecte l'amélioration des compétences professionnelles souhaitée par les programmes de formation. Un éventail des stratégies efficaces d'interventions du superviseur demeure à préciser.

On peut se demander la pertinence de s'intéresser aux dialogues professionnels superviseur-supervisé qui relèvent du particulier, car ils comportent une singularité qu'il est difficile de généraliser. St-Arnaud (1995, 2001) a mis en évidence que l'efficacité de l'interaction professionnelle augmente dans la mesure où le professionnel réussit à établir et à maintenir une relation de coopération avec la personne qui le consulte. En conséquence, la présente étude vise à identifier les stratégies d'interventions utilisées par les superviseurs experts permettant de créer et maintenir une relation de coopération avec le résident et de faciliter les apprentissages professionnels du résident en médecine de famille.

MÉTHODOLOGIE

Comme le domaine de l'interaction superviseur-supervisé a été peu exploré en médecine, nous avons opté pour une recherche qualitative exploratoire sur la base d'une série d'études de cas (Stauss et Corbin, 1998). Avant de développer la méthodologie, il est important de préciser le contexte de l'étude. Au Canada, la formation en médecine familiale dure deux ans. La supervision directe est une méthode d'enseignement utilisée de manière systématique dans les milieux de formation en médecine familiale. Durant leurs consultations avec les patients, les étudiants sont souvent observés, derrière un miroir sans teint, par un

médecin seul ou accompagné d'un intervenant psychosocial. À la fin de la période de consultation ou après chaque patient, les observateurs donnent une rétroaction à l'étudiant pour améliorer sa compétence professionnelle.

Afin d'identifier un éventail de stratégies d'interventions efficaces, les deux premiers chercheurs (BM, GG) ont observé trois superviseurs experts, reconnus par leurs pairs, durant une demi-journée de supervision directe avec au moins trois résidents différents chacun ou jusqu'à saturation des données. Ces trois médecins de famille sont des cliniciens actifs qui enseignent depuis plus de quinze ans. Ils ont aussi été sélectionnés pour leur capacité réflexive et leur habilité à verbaliser leur démarche. Pour des raisons pratiques, les chercheurs (BM, GG) ont choisi les superviseurs experts dans le même milieu où ils travaillent qui comprend une vingtaine de superviseurs. Les notes colligées par le superviseur durant la supervision ont été recueillies. À la fin de la demi-journée, des entrevues semi-structurées de 15-20 minutes ont été effectuées avec le superviseur et le résident pour préciser les stratégies et les messages retenus lors de la supervision. Les étudiants étaient volontaires pour participer à cette recherche. Le comité d'éthique de notre faculté de médecine a entériné notre projet. L'enregistrement audio de la supervision et des entrevues semi-structurées a été transcrit de manière intégrale. Cette transcription a servi pour l'analyse des données. La collecte des données des neuf supervisions étudiées a été complétée entre 2003 et 2005. Les neuf résidents étaient en première année de formation durant leur semestre de médecine familiale. Durant les demi-journées étudiées, les étudiants voyaient en général trois patients.

Les trois chercheurs (deux médecins de famille détenteurs d'une maîtrise en pédagogie et un psychologue) sont des formateurs impliqués en médecine de famille depuis plus de vingt ans. Le troisième chercheur (RB) est l'un de nos trois superviseurs experts qui s'est joint aux deux premiers auteurs, la cotation et l'analyse de ses supervisions terminées. Par ailleurs, il n'a pas participé au recueil des données des autres superviseurs. Le cadre d'analyse choisi s'inscrit dans une démarche praxéologique (cf encadré 1) inspirée d'Argyris et Schön (1974), Schön (1983) et St-Arnaud (1995, 2001). C'est une démarche de recherche-action où les interventions des superviseurs experts de même que leurs réflexions sur leurs actions pédagogiques sont confrontées aux observations des chercheurs. La grille d'interaction professionnelle de St-Arnaud (2001) a servi de base à l'analyse pour rechercher les stratégies spécifiques utilisées par les superviseurs experts durant la supervision directe. Chaque intervention des superviseurs était cotée et catégorisée indépendamment par deux chercheurs qui discutaient au besoin leurs cotations pour arriver au consensus. Le Dr St-Arnaud a agi comme expert externe pour valider les cotations et catégorisations des chercheurs. À l'aide du

logiciel INVIVO, on a procédé à l'identification des stratégies qui ont été regroupées en catégories d'interventions. Les entrevues semi-structurées de même que les notes du superviseur ont été classifiées de la même manière. À l'aide du test personnel d'efficacité (St-Arnaud, 1995), les réponses des supervisés ont été considérées pour déterminer le niveau d'accord et de collaboration avec les interventions du superviseur. Les chercheurs ont pu ainsi déterminer l'efficacité des stratégies utilisées par les superviseurs et le niveau de collaboration atteint dans la supervision. Pour s'assurer que l'analyse représentait bien le vécu des superviseurs experts et dans un objectif de triangulation des données, les résultats ont été présentés aux superviseurs experts, une fois l'analyse terminée, pour savoir s'ils se reconnaissaient dans la description de leurs stratégies formulée par les chercheurs.

RÉSULTATS

Trois axes ressortent de l'analyse: les niveaux d'interventions choisis par le superviseur, les champs d'interventions fortement imprégnés de la démarche médicale et les stratégies utilisées pour mettre en oeuvre les objectifs d'interventions des superviseurs. De courts segments d'interventions du superviseur illustreront les différents concepts. Enfin, les constats sur les niveaux de collaboration seront détaillés.

Niveaux d'interventions (tableau 1)

Quatre niveaux complémentaires d'interventions sont identifiés durant la supervision directe. Le plus souvent, le superviseur expert les utilise de façon itérative dans la séquence décrite. Il commence la supervision par des interventions au niveau de la gestion du processus (niveau 1) qu'il réitère chaque fois qu'il réoriente le dialogue par une signalisation des prochains segments de la supervision. Avant les rencontres avec les patients, il précise avec le supervisé des objectifs d'apprentissage et propose un déroulement pour maximiser la supervision. D'emblée, après chaque entrevue, il questionne d'abord le résident sur son point de vue et son fonctionnement (niveau 2) en portant attention à la cohérence de son raisonnement. Il favorise une position de facilitation dans le développement de la compétence des résidents avant de suppléer à ses déficiences. Toutefois, au besoin, le superviseur complète, les éléments manquants (niveau 3) grâce à son expertise à la fois clinique et pédagogique. Il incite alors le supervisé à se les approprier. Finalement, selon les difficultés rencontrées et le temps disponible, il offre au résident d'amorcer une démarche réflexive (niveau 4), qui va au-delà du contexte de la consultation, pour que ce dernier puisse évoluer dans sa résolution des problèmes au prix d'une remise en question dans ses façons de voir.

**Tableau 1 - Illustration des niveaux et des champs d'interventions -
CHAMPS D'INTERVENTION**

		Formulation du Problème	Choix d'Objectifs	Moyens d'investigation ou d'intervention	
NIVEAUX D'INTERVENTION	1	Gestion du processus de supervision	"Je te propose de régler le cas clinique. Quand tu auras libéré ton patient, nous discuterons de l'entrevue."	"Je te propose de modifier notre cible initiale..."	"Je te propose un mini jeu de rôle où je jouerai le rôle de ton patient."
	2	Résolution du problème à travers la compétence du résident	«Selon toi, quels sont les problèmes du patient? « Quelles sont tes hypothèses diagnostiques? »	« Quel est ton objectif avec ce patient? »	« Qu'est-ce que tu comptes faire avec ce patient? »
	3	Résolution du problème selon l'expertise du superviseur	«Selon moi, le patient présente...	« Selon moi, le prochain pas avec ce patient est... »	« Selon moi, tu devrais faire tel examen ou tel test... et envisager tel traitement. »
	4	Démarche réflexive du résident	« Qu'est-ce qui motive tes hypothèses diagnostiques? » « Qu'est-ce qui t'empêche d'envisager telle hypothèse? »	« Qu'est-ce qui fait que tu n'as pas parlé d'objectif avec ce patient? »	« Comment expliques-tu que tu hésites à prescrire tel traitement pour ce patient? »

Champs d'interventions (tableau 1)

Par champs d'interventions, on réfère aux contenus des interventions du superviseur pour favoriser le développement de la compétence du supervisé, indépendamment du niveau choisi. Trois types de contenus sont ciblés tant au plan clinique que pédagogique: A.) la formulation du problème présenté par le patient ou le supervisé, B.) le choix des objectifs d'intervention par rapport aux problèmes soulevés et C.) les moyens d'investigation ou d'intervention qui seront privilégiés pour le patient ou la formation du supervisé. Ces champs d'interventions s'apparentent aux étapes de la démarche clinique qui sont de poser un

diagnostic, d'opter pour des objectifs d'intervention et finalement de choisir et de mettre en oeuvre des moyens d'investigation et de traitement. On constate que le champ du choix des objectifs est moins exploité par nos superviseurs aux niveaux "résolution de problème à travers la compétence du résident et démarche réflexive" (tableau 2). À ces niveaux, les superviseurs passent directement du problème aux solutions. Par ailleurs, c'est lorsqu'ils utilisent leur expertise pour résoudre les problèmes que les superviseurs investissent le plus au niveau des objectifs en transmettant de nombreuses connaissances pour orienter les résidents. Ce sont en général les interventions les plus longues.

Stratégies utilisées (tableau 2)

Les stratégies utilisées par les superviseurs pour potentialiser la supervision tiennent compte à la fois du niveau et du champ d'intervention choisi. St-Arnaud (2003) a décrit douze grandes stratégies dans le cadre de la relation d'aide. Ces douze grandes stratégies (fond vert dans le tableau), trois par niveau d'intervention, se retrouvent dans les interventions des superviseurs experts. C'est au niveau des vingt-deux (22) modalités d'application de ces stratégies (fond bleu) que l'on note des particularités en supervision.

La stratégie la plus fréquemment utilisée par nos superviseurs experts est la "réception manifeste" de ce que dit le supervisé (accueillir sa réponse), soit aux niveaux 2 et 4, lorsque le superviseur cherche à développer la compétence du supervisé, en l'interrogeant sur les faits, son raisonnement et son expérience. La réception manifeste se traduit par un silence attentif du superviseur au moment où le résident fait une pause, et par des facilitateurs du type "hum-hum, ok, oui, j'écoute" qui invitent le résident à poursuivre son élaboration. Par ailleurs, au niveau de la résolution du problème selon l'expertise du superviseur, "renseigner" ou transmettre des informations médicales manquantes pour résoudre le problème du patient, "donner un feedback spécifique" au supervisé et "émettre une opinion d'expert, suggérer des diagnostics différentiels et approuver ou donner son accord" sont également parmi les stratégies les plus utilisées. Bien que moins fréquentes, d'autres stratégies telles que la "structuration de la démarche, l'encadrement du dialogue et l'invitation à l'auto-critique" sont présentes à chaque supervision. Enfin, d'autres stratégies telles que "l'instrumentation dans la relation à l'aide d'exercices, l'anticipation et la planification des interventions et la stimulation de la créativité à travers l'exploration des impacts de divers choix thérapeutiques"

sont utilisées occasionnellement selon la nécessité de résoudre le problème du patient, les besoins manifestés par le résident, le temps disponible et le style du superviseur.

Tableau 2 - Stratégies utilisées durant la supervision -

		CHAMPS D'INTERVENTIONS		
		A. Formulation du Problème	B. Choix d'Objectifs	C. Moyens d'investigation ou d'intervention
NIVEAUX D'INTERVENTION	1. Gestion du processus de supervision	Structurer la démarche**	Encadrer le dialogue**	Instrumenter dans la relation*
		Introduire la supervision, s'entendre sur une cible, annoncer la méthode de travail.**	Identifier où on en est par rapport à la cible, annoncer ce qui suit.**	Ex. : Proposer un mini jeu de rôle (superviseur dans la position du patient).*
	2. Résolution du problème à travers la compétence du résident	Recueillir les données***	Valider leur pertinence*	Adapter à ce patient*
		Interroger sur les faits, accueillir les réponses, tester les connaissances ***	Faire anticiper à l'aide des « si » *.	Faire planifier l'intervention : « Comment comptes-tu procéder ? » *.
		Vérifier sa compréhension du problème en reformulant ou en le faisant résumer **.	L'inviter à se mettre dans la peau du patient.*	
	3. Résolution du problème selon l'expertise du superviseur	Évaluer***	Orienter***	Habiller***
		Émettre une opinion, un jugement.***	Renseigner, donner des exemples.***	Donner un feed-back.***
		Donner des indices ou élaborer sur le diagnostic différentiel.***	Référer le résident à des ressources.*	Procéder à une démonstration.*
		Approuver, rassurer le résident, donner du sens à ses interventions.***	Le conseiller dans ses choix.*	Prescrire une action.*
	4. Démarche réflexive du résident	Faire élaborer ***	Stimuler la créativité*	Optimiser l'auto-régulation**
		Questionner et refléter l'expérience du résident. Accueillir les réponses.***	L'inviter à faire un choix : « Si tu y allais spontanément, qu'est-ce que tu ferais? ».*	L'inviter à s'auto-critiquer dans l'action.**
		Explorer sa démarche clinique.**		Lui faire verbaliser ce qu'il compte faire « si ça ne marche pas ».*

Légende: Stratégies utilisées très souvent à chaque supervision par nos superviseurs experts***, stratégies présentes à chaque supervision**, stratégies utilisées occasionnellement selon la nécessité de résoudre le problème du patient, les besoins du résident, le temps disponible et le style du superviseur*.

Relation de collaboration

Pour St-Arnaud (2001), la coopération n'est jamais acquise au point de départ d'une relation et relève, dans une relation professionnelle, de la compétence de l'intervenant. Pour y arriver, cinq règles nous permettent de constater l'efficacité de la coopération dans la relation superviseur-supervisé : le partenariat, la concertation, l'alternance, la non-ingérence et la responsabilisation. Les neuf supervisions ont été analysées à la lumière de ces règles. Voici les principaux constats. Pour ce qui est du partenariat qui consiste en la poursuite d'un but commun, on constate que les trois superviseurs prennent un temps en début de demi-journée pour discuter de la cible visée en supervision et de la manière de fonctionner pour l'atteindre. Ils emploient souvent les mots "nous et ensemble" dans leurs échanges avec les supervisés. En lien avec le partenariat, la concertation consiste à s'assurer qu'on poursuit une même cible à chaque moment du dialogue. Durant les échanges, les superviseurs annoncent régulièrement leurs intentions et obtiennent l'accord du supervisé sur le processus. Un des superviseurs experts ne sollicitait pas d'emblée la permission d'ouvrir sur des sujets plus personnels concernant le supervisé; il l'a fait par la suite en constatant les difficultés soulevées chez le supervisé.

L'alternance est une intervention à deux composantes pour faciliter la coopération: d'une part, la réception du message du supervisé par une reformulation, un reflet ou un résumé et, d'autre part, une direction indiquée au supervisé par rapport à ce qu'on attend de lui à ce moment de l'entretien (demande d'élaboration ou de précision, explication, signalisation sur le processus). *Exemple: J'entends que tu as de la difficulté à discuter de la perspective du patient. Je te propose de commencer par rechercher les impacts du problème présenté par le patient.*" Les superviseurs experts utilisent l'alternance dans plus de 40% de leurs interventions: ce taux est reconnu comme facilitant la coopération selon les standards praxéologiques.

La non-ingérence se définit comme la reconnaissance par le superviseur des limites de son pouvoir lorsqu'il veut amener un changement chez le supervisé. On constate l'absence de jugements de valeur dans les interventions de nos superviseurs. Ils privilégient les choix personnels du supervisé dans la mesure où ils n'interfèrent pas avec le bien-être du patient. Par ailleurs, la responsabilisation suppose l'invitation explicite du superviseur au supervisé à

faire des choix personnels, à s'impliquer dans le processus de soins. Les trois superviseurs invitent régulièrement les supervisés à mettre à profit leurs capacités et recherchent d'abord leur avis au lieu de leur prescrire d'emblée une conduite dont ils seraient les simples exécutants. Ils démontrent ainsi un souci constant de coopération et d'amélioration de la compétence professionnelle des supervisés et une tolérance face aux hésitations et aux lenteurs de certains supervisés. Ils ajustent leurs stratégies selon les compétences, les difficultés, l'implication personnelle et l'accord des supervisés. Ils démontrent un souci d'efficacité et cherchent à maximiser la pertinence de leurs interventions. Ils évitent les escalades stériles dans les discussions, corrigeant rapidement tout écart de compréhension.

Déroulement d'une demi-journée de supervision directe

L'observation systématique de nos superviseurs experts en action permet de proposer un déroulement-type d'une demi-journée de supervision directe, comprenant les dix étapes décrites dans le tableau 3. Ce déroulement-type peut servir de fiche d'observation ou d'auto-évaluation du superviseur.

Tableau 3. -Fiche d'auto-évaluation du superviseur en supervision directe -

DIX ÉTAPES EN DEMI-JOURNÉE DE SUPERVISION*	Fait	Fait en partie / mérite amélioration (spécifiez)	Non fait
<i>Avant la supervision:</i>			
I. J'installe un cadre propice à la supervision en précisant son contexte et en soignant le climat de la discussion (1).			
II. Je m'entends avec le résident sur une cible précise sur laquelle portera le feedback à partir des questions qu'il se pose sur sa performance, d'aspects qu'il souhaite améliorer (2), ou de ses difficultés en lien avec sa performance antérieure (3). J'annonce comment je compte procéder et vérifie ses suggestions et son accord (1).			
<i>Entre les entrevues avec les patients :</i>			
III. Je lui demande de commenter sa performance (s'auto-évaluer), de préciser ce qui s'est passé (les faits) et ce qu'il en pense (ses hypothèses) en lien avec la cible de travail (2). Au besoin, je lui demande de décrire ce qu'il a bien fait et ce qu'il ferait différemment la prochaine fois (4).			
IV. J'énonce ensuite mes observations (3) en spécifiant celles qui concordent avec les siennes et celles qui s'ajoutent ou sont différentes et je vérifie si mes observations lui semblent « conformes » à ce qui s'est passé.			
V. Je pars de ces observations pour formuler mon opinion sur sa performance (3) : là où il y a conformité ou écart avec la performance attendue en mettant l'accent sur ce qui est « modifiable ». Je lui propose des moyens concrets immédiats pour combler les lacunes identifiées et conclure			

DIX ÉTAPES EN DEMI-JOURNÉE DE SUPERVISION*	Fait	Fait en partie / mérite amélioration (spécifiez)	Non fait
adéquatement son entrevue avec le patient (3).			
<i>En fin de supervision :</i> VI. Je lui propose de faire un retour sur les points identifiés (2, 3) et discute avec lui ce qui peut expliquer sa performance (4).			
VII. Je fais un retour sur les moyens proposés au cours de la supervision et explore avec lui les moyens concrets pour corriger l'écart de performance qui persiste (2,3) tout en discutant ce qui pourrait rendre ce « changement difficile » (4). En comprend-t-il l'importance ou la pertinence? (4) Lui manque-t-il des connaissances ou des outils pour le faire?(2)			
VIII. Je lui demande de résumer les changements (2) qu'il compte réaliser (quoi et comment?). Je l'amène à se donner un plan d'action réaliste en précisant le « prochain pas à franchir » et un échéancier raisonnable (2,3).			
IX. Je reformule ce qu'il a fait spécifiquement pour réussir les aspects où il a atteint la performance attendue et l'encourage à réutiliser ses réussites dans l'avenir (3).			
X. Je vérifie son niveau de satisfaction par rapport à notre discussion et lui demande des suggestions pour rendre le feedback encore plus utile pour lui la prochaine fois (2).			

*Les chiffres entre parenthèses réfèrent aux niveaux d'intervention. Toutes mes interventions qui structurent la démarche ou encadrent le dialogue, sont aussi de niveau 1.

DISCUSSION

Cette étude, utilisant une approche praxéologique, a le mérite d'ouvrir sur une méthode d'analyse des dialogues qui a démontré son efficacité dans d'autres champs professionnels. Elle permet de comprendre les dialogues particuliers que les superviseurs entretiennent avec leur supervisé et de déterminer les éléments issus de leur savoir pratique qui découlent de leur expertise développée en tant que superviseur experts.

Les conclusions soulignent l'importance des échanges entre le superviseur et le supervisé pour la formation professionnelle. Elles s'inscrivent dans la lignée des derniers développements sur les apprentissages en enseignement supérieur, tels que présentés par Huba et Freed (2000) ainsi que Westberg et Jason (2001). Notre recherche y ajoute des stratégies plus fines que les superviseurs doivent maîtriser dans le décours de la supervision en médecine.

Toutefois, l'étude présente certaines limites. La grille utilisée, qui provient du champ de la consultation professionnelle et de la psychothérapie, peut avoir limité l'émergence de stratégies différentes du savoir pratique d'un superviseur en médecine. Cependant, nous avons obtenu rapidement une saturation des données, de sorte que l'analyse des dernières

supervisions n'apportait plus de nouvelles stratégies. L'autre limite est la proximité des chercheurs qui travaillaient dans le même milieu que les superviseurs experts et que le troisième auteur est l'un des sujets observés; la méthodologie basée sur une analyse par consensus, la validation d'un expert externe et les multiples triangulations des données compensent cette limite.

Il va sans dire que les données proviennent d'un milieu québécois, fortement impliqué en pédagogie où on consacre un temps important à la supervision. Nous pensons que les données de notre étude sont applicables à différents types de supervision qui, comme nous, ont la double contrainte de résoudre les problèmes de santé des patients rencontrés par les résidents en milieu ambulatoire et de développer la compétence de ces futurs médecins. Des études complémentaires sur le même thème auprès de superviseurs novices permettraient de préciser les différences avec les experts. Il serait également utile de cerner les stratégies utiles en supervision dans des types différents de supervision où le temps est plus limité comme la supervision par discussion de cas et dans d'autres domaines que la médecine familiale.

La **praxéologie** est une science de l'action humaine qui vise à comprendre l'agir professionnel dans ses pratiques quotidiennes, dans ses processus de changement et dans la mesure de ses conséquences. Dès le moment où on essaie de résoudre et comprendre une situation problématique en s'efforçant d'observer l'effet de ses propres actions pour le modifier au moment de faire de nouvelles actions, on devient un **praticien réflexif**. Le terme **réflexion dans l'action** est utilisé pour décrire le processus mental qui permet à un professionnel de s'adapter à chaque situation où il exerce sa profession. La réflexion dans l'action est une sorte de dialogue continu entre le praticien et les événements de sa pratique professionnelle. En apprenant à utiliser systématiquement la réflexion dans l'action, le praticien peut augmenter de façon significative l'efficacité de ses interventions. Il peut aussi développer progressivement une sorte de modèle d'intervention sur mesure. (St-Arnaud, 1992)

CONCLUSION

Cette recherche a permis aux auteurs de réfléchir sur leur propre modèle de supervision et d'apporter des changements pour améliorer l'approche de collaboration avec les résidents. Elle est d'un grand secours pour l'identification des besoins de formation et l'enseignement des stratégies utiles en supervision. Cela rend le superviseur plus efficient. Naturellement, tout superviseur agit selon ce qui est important à ses yeux. Cette manière de

faire est généralement utile, mais peut forcer le résident à aller où il ne veut pas aller. L'approche développée suite à notre recherche donne un modèle explicite de collaboration à employer dans la supervision. Elle a permis de développer un atelier de développement professoral sur le processus de supervision pour favoriser un réel travail de collaboration avec des résidents. Au niveau prégradué, les concepts d'alternance et de responsabilité partagée ont été enseignés et facilitent l'intégration des techniques d'entrevue. Au niveau postgradué en médecine familiale, des stratégies de supervision ont été diffusées pour améliorer le sentiment de compétence des résidents.

RÉFÉRENCES

1. Huba M., Freed J. Learner-centered assessment on college campus. Shifting the focus from teaching to learning, Boston : Allyn and Bacon, 2000, 286 p.
2. Christensen C.R., Every students teaches and every teacher learns: The reciprocal gift of discussion teaching, in Christensen C.R., Garvin A. et Sweet A., Education for judgment: The artistry of discussion leadership, Boston: Harvard Business School Press, 1991, p 99-119
3. Saucier D. Direct observation of residents in family medicine: a qualitative study of four practices. . Thèse de maîtrise, Faculté des études graduées, Université Laval, avril 1994.
4. Beaumier A, Bordage G, Saucier D, Turgeon J. Nature of the clinical difficulties of first-year family medicine residents under direct observation. CMAJ 1992; 146: 489-497.
5. Westberg J., Jason H., Fostering reflection and providing feedback. Helping others learn from experience, New-York : Springer series in medical education, 2001, 110p.
6. Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. Medical Education 2000; 34: 827-840.
7. Martineau B. L'enseignement de la relation médecin-malade en médecine familiale à l'aide de l'observation directe: étude de cas d'une interaction superviseur-supervisé. Thèse de maîtrise. Université Laval, 1993.
8. Irby DM. What clinical teachers in medicine need to know. Academic Medicine 1993; 69: 333--42.
9. St-Arnaud Y., Connaître par l'action, □Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 1992.
10. St-Arnaud Y. L'interaction professionnelle: Efficacité et coopération. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 1995.
11. St-Arnaud Y. Relation d'aide et psychothérapie. Le changement personnel assisté. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur, 2001.
12. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research . Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1998.
13. Argyris, C., Schön, D.A. Theory in practice: increasing professional effectiveness, San Francisco: Jossey-Bass, 1974.
14. Schön, D.A The reflective practitioner: How professionals think in action, New York: Basic books, 1983.