



# La supervision par discussion de cas

Modèles de supervision et  
stratégies d'apprentissage

# Le raisonnement clinique

- Pas différent d'un raisonnement général:
  - Type 1: fast thinking: reconnaissance de pattern
  - Type 2: slow thinking: hypothético-déductif

We miss more by not seeing than by not knowing  
Sir William Osler

# Le raisonnement clinique

- Le professionnel de la santé porte attention de 3 façons différentes lorsqu'un problème lui est soumis:
- L'attention « goal-oriented » ou « top-down »
- L'attention « d'alerte » ou bottom-up
- L'attention exécutive

# Expérience antérieure avec des étudiants

## La dernière fois que vous avez travaillé avec un externe....

«Quels types de **difficultés** avez-vous observées lors des discussions/présentations de cas avec des externes»

«Quels comportements **observés** lors de discussions de cas avez-vous apprécié

# Méthode traditionnelle

- Plus des trois quarts du temps est consacré au patient plutôt qu'à l'enseignement
- Présentation du cas (50%)
- Demande de précisions (25%)
- Discussion du cas et de la conduite(25%)
- L'enseignement prend surtout la forme de mini-cours
- Peu ou pas de rétroaction

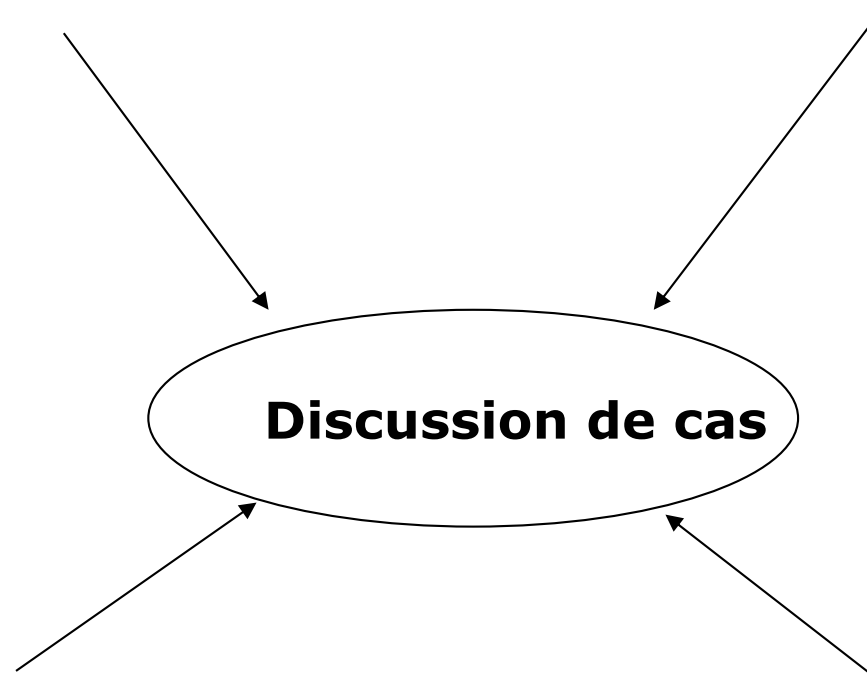
# Les défis de l'enseignement clinique

- Maximiser chaque rencontre avec le patient
- Minimiser les omissions en validant activement les informations
- Comparer les différentes hypothèses explicitement
- Forcer l'apprenant à se commettre
- Apprendre à être un coach

Medical Teacher, 33:11, 887-892, DOI: [10.3109/0142159X.2011.558142](https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.558142)



# Contextes de supervision





# Situations spécifiques: contexte

- Appel de nuit de l'externe en gynécologie pour une suspicion de grossesse ectopique rompue
- Supervision de l'externe à la clinique externe d'urologie surchargée
- Supervision des cas à la tournée de médecine interne
- Révision de l'histoire de cas de l'externe 1 qui vient de débiter son stage de gériatrie

Quels seraient des indices de  
difficultés ?

## Indices de difficultés observées en supervision clinique: *Expertise*

- ❑ Recueil insuffisant des données:  
approfondissement, pertinence, cohérence
- ❑ Reportage désorganisé, difficulté de rappel  
ou de synthèse des données
- ❑ Examen clinique déficient, incomplet,  
techniquement inexact

## Indices de difficultés observées en supervision clinique: *Expertise*

- Déficience dans l'interprétation des données ou la génération d'hypothèses
- Conduites  
non reliées aux hypothèses  
diagnostiques,  
non pertinentes ou excessives  
« le petit bilan »

## Indices de difficultés observées en supervision clinique: **Érudition**

- ❑ Manque d'**autonomie** dans l'apprentissage, d'intérêt à chercher réponse à ses interrogations
- ❑ Manque d'**autocritique** sur sa performance et ses habiletés professionnelles
- ❑ **Évitement** des activités de stage

# Favoriser l'apprentissage

- Le modèle RIME
- Le précepteur-minute
- Le modèle orthopédique
- Snapps

# Le modèle RIME

« Scan de la démarche clinique »

**Management**  
**Reportage**  
**Interpretation** **Éducation**

## Le modèle RIME :

### Fonctions de supervision

<b>R</b> eportage	<p>Écoute active ( &gt; 2 minutes)</p> <p>Question de <u>clarification</u>,</p> <p>Questions de <u>rappel</u></p>
<b>I</b> nterprétation	<p>Dialogue interactif</p> <p>Questions <u>d'interprétation</u></p> <p>Sollicite opinion, génération d'hypothèses, pensée critique</p>
<b>M</b> anagement	<p>Questions vs <u>solution problème</u></p> <p>Vérifier niveau de confort à la prise en charge, <b>autonomie</b></p>
<b>E</b> ducation	<p>Besoins d'apprentissage</p> <p>Vérifier <b>compréhension</b></p>

**CPASS**



## Le modèle RIME : Jusqu'où va-t-on avec l'externe?

<b>R</b> ↓ <b>E</b>	<b>Reportage</b>	<b>Connaissances</b> <b>Organisation et synthèse,</b> <b>Pertinence des données</b>
	<b>Interprétation</b>	<b>Hypothèses générées</b> <b>Intégration et application des</b> <b>connaissances</b>
	<b>Management</b>	<b>Conduites cliniques</b> <b>Utilisation des ressources</b> <b>Autonomie, gestion du doute</b>
	<b>Education</b>	<b>Sollicite feedback</b> <b>Identifie ses besoins</b> <b>Utilise références</b> <b>Pratique réflexive</b>

# A la fin du reportage, le résumé

Demander de résumer en une phrase

- Introduit le problème principal à discuter
- Discerne les éléments déterminants dans une forêt d'information

# Prioriser

- Les diagnostics différentiels

## Le précepteur-minute: « compétences de superviseur »



- Apprentissage centré sur l'étudiant
- Meilleure compréhension des connaissances de l'étudiant, de son raisonnement clinique et de ses besoins
- Axé sur la prise de décision clinique
- Après un bref exposé du cas, **5 étapes**:

## Le précepteur-minute: 5 étapes



- ❑ **Cibler** avec l'étudiant l'information pertinente; solliciter son opinion
- ❑ **Sonder** le processus de raisonnement
- ❑ **Identifier** les principes généraux du cas : données essentielles du « script clinique »
- ❑ **Donner un feedback** sur la performance
- ❑ **Corriger** les notions erronées

# Enseigner l'orthopédie en vitesse:

Raconte-moi l'histoire à rebours

Teaching Orthopaedics on the Run: Tell Me The  
Story Backward

*Charles T Mehlman,  
Clin Orthop 2003: 413; 303-308*



# Raconte-moi l'histoire à rebours

## 4 étapes

1. Diagnostic (de travail ou final)
2. Éléments de l'anamnèse et de l'examen à l'appui du diagnostic
3. Pourquoi ce diagnostic plutôt que tel autre
4. Plan d'action (examens, traitement)

# S'applique surtout

- Aux histoires simples
  - Ex pharyngite au sans rendez-vous
- Aux résidents plus séniors



# SNAPPS:

présentation de cas en clinique externe

# Compétences de superviseur en discussion de cas: sommaire

- Faciliter un rôle actif chez l'étudiant : discussion
- Vérifier l'organisation des connaissances
- Référencer aux connaissances antérieures
- Corriger les notions et les connaissances erronées
- Favoriser la généralisation des apprentissages
- Présenter les contextes variés d'application des compétences dans la pratique professionnelle
- Utiliser sa propre expérience du domaine: modeling

## Pour favoriser l'apprentissage...

- Pensez tout haut
- Faites résumer le cas en une phrase, utiliser des termes précis qualificatifs
- Faites ressortir les scripts de maladies, pour les ancrer aux connaissances antérieures et y lier les expériences futures.

## Suggestions de références...

- **Teaching in your office: a guide to instructing medical students and residents.**  
**P.C. Alguire, D.E DeWitt, L.E Pinsky, G.S Ferenchick,**  
***Am. Coll of Phys, 2001***
  
- **Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning, J.L.Bowen**  
***N Engl J Med 355: 21, nov 23 2006, P 2217-25***
  
- **Time-efficient strategies for learning and performance,**  
**D.M Irby, J.L Bowen**  
***The Clinical Teacher, june 2004, Vol 1 no 1***

## Suggestions de références...

- **Learning and teaching in the clinical environment, J. Spencer, *BMJ* 2003; 326; 591-594**
- **ABC of learning and teaching: Educational environment, L.Hutchinson, *BMJ* 2003; vol326; 810-12**
- **Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement M. Nendaz, B. Charlin, V. Leblanc, G. Bordage, *Pédagogie médicale*, nov 2005, vol 6 no 4, 235-254**
- **A Five-Step « Microskills » Model of Clinical Teaching  
Neher JO, Gordon KC, Meyer B. *J Am Board Fam Pract*  
1992; 5: 419-24**