

Étude exploratoire des pratiques de supervision du raisonnement clinique des orthophonistes superviseur-es

Clinical reasoning supervision practices of speech and language pathologists supervisors: an exploratory study

Claire HEBTING^{1,2,*} , Sandrine LEROY³ , Trecy MARTINEZ PEREZ³ , et Christelle MAILLART³ 

¹ Centre de Formation et de Recherche en Pédagogie des Sciences de la Santé (CFRPS), Université de Strasbourg, Strasbourg, France

² Département d'orthophonie / Département d'anatomie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec, Canada

³ Unité de Recherche RUCHE, Université de Liège, Liège, Belgique

Manuscrit reçu le 11 janvier 2024, décision éditoriale reçue le 6 janvier 2025, acceptation pour publication le 21 mars 2025

Résumé-Contexte : Le raisonnement clinique (RC) est un processus dynamique et complexe qui est au cœur de la compétence des soignant-es. Les stages en milieu clinique apparaissent essentiels pour développer un RC de qualité. En orthophonie, quelques recherches montrent que le RC se développe comme dans les autres professions de santé, mais aucune n'a étudié la supervision du RC. Cette étude s'intéresse aux stratégies de supervision utilisées par les orthophonistes superviseur-es (OS) de stage, en vue de déterminer la présence de RC et de le caractériser. **Méthodes :** Dix entretiens d'autoconfrontation simple ont été réalisés avec des OS, à partir de la vidéo d'un échange pédagogique entre l'OS et sa stagiaire. Les entretiens ont été retranscrits puis codés et ont fait l'objet d'une analyse thématique. **Résultats :** Les OS développent des processus de RC similaires aux processus utilisés par les autres professionnel-les de santé. Intuitivement, elles utilisent des stratégies de supervision réputées efficaces pour soutenir l'alliance pédagogique et développer l'identité professionnelle et le RC de leurs stagiaires. Ces stratégies sont influencées par des facteurs liés à la stagiaire, à l'OS et aux similitudes entre compétences cliniques et pédagogiques. **Conclusion :** Les OS utilisent, de façon souvent inconsciente, les processus de RC dans leur pratique et souhaitent les transmettre à leurs stagiaires. Formaliser le RC en orthophonie et l'explicitier aux OS permettrait de renforcer leur sentiment de compétence pédagogique, d'améliorer la qualité de la supervision, de favoriser l'interprofessionnalité par l'utilisation de termes communs et *in fine*, d'améliorer la qualité des soins.

Mots-clés : raisonnement clinique, supervision clinique, orthophonie, rétroaction, identité professionnelle, alliance pédagogique

Abstract. Introduction: Clinical reasoning is a multidimensional and complex process at the core of clinical practice. Internships appear to be essential for the development of high-quality clinical reasoning. In Speech and Language Therapy (SLT), some research shows that clinical reasoning develops in a similar way to other health professions, but none has examined the supervision of clinical reasoning in SLT. This study focuses on the supervision strategies used by Speech and Language Therapists supervisors, to identify and characterize the presence of clinical reasoning. **Methods:** Ten interviews with stimulated recall were conducted with SLT supervisors based on a video of an educational exchange between the SLT supervisor and her trainee. The interviews were transcribed, coded and subjected to inductive and deductive thematic analysis. **Results:** SLT supervisors develop clinical reasoning processes similar to those used by other health professionals. Intuitively, they use supervision strategies known to be effective in supporting the teaching alliance and developing their trainees' professional identity and clinical reasoning. These supervision strategies are influenced by factors related to the trainees, to the SLTs supervisors and to similarities between clinical and pedagogical skills.

*Correspondance et offprints : Claire Hebting, orthophoniste et chargée d'enseignement, Montréal, Québec, Canada.
Mailto : claire.hebting@uqtr.ca

Conclusion: SLT supervisors use clinical reasoning processes in their practice, often unconsciously, and wish to pass these on to their trainees. Formalizing clinical reasoning in Speech and Language Therapy and making it explicit to SLT supervisors would strengthen their sense of pedagogical competence, promote interprofessional practice using common terms and, ultimately, improve the quality of care.

Keywords: clinical reasoning, clinical supervision, feedback, speech and language therapy, professional identity, educational alliance

Introduction

Le raisonnement clinique (RC) est un processus complexe et dynamique, portant de multiples facettes qui est au cœur de la compétence des soignant-es. Il apparaît comme un enjeu crucial dans la formation des professionnel·les de santé, que ce soit en salle de classe, en stage ou lors du développement professionnel continu. Cette étude s'intéresse aux stratégies mises en œuvre par les orthophonistes pour superviser le raisonnement clinique de leurs stagiaires.

Pour faciliter la lecture de ce texte, nous emploierons le terme générique « clinicien-ne » pour faire référence aux professionnel·les de santé en exercice, indépendamment de leur profession. De la même façon, le terme générique « stagiaire » sera employé pour faire référence aux étudiant-es en cours de formation professionnelle en santé, indépendamment du niveau et de la profession concernée. Enfin, l'enseignant-e clinicien-ne qui supervise le ou la stagiaire en milieu clinique, aussi appelé-e « tuteur », « tutrice » ou « maître de stage » selon les lieux de stage, sera désigné-e dans ce travail par le terme générique « superviseur-e ».

Le raisonnement clinique, un processus dynamique de pensée

Le RC renvoie à un « processus de pensée et de prise de décision donnant aux clinicien·nes la capacité d'agir de façon appropriée dans le contexte spécifique de résolution de problème » [1]. Il met en jeu, simultanément, des processus intuitifs immédiats et des processus plus conscients, reposant sur un mécanisme analytique et hypothético-déductif [2]. Si le RC a initialement été étudié sous l'angle du RC diagnostique, des études récentes [3,4] se sont intéressées au RC longitudinal, notamment pour la gestion de cas et le suivi des maladies chroniques. À noter que le terme longitudinal fait ici référence au raisonnement utilisé lors du traitement, pour le distinguer du raisonnement clinique utilisé pour poser un diagnostic.

Nous avons adapté le modèle de Charlin *et al.* [2] pour stabiliser notre compréhension du processus de RC (Fig. 1). Prenons l'exemple d'un médecin généraliste qui rencontre Léo, un enfant de 3 ans, et sa mère. Dès que le médecin prend connaissance du dossier et aperçoit l'enfant en salle d'attente, il va identifier des indices (âge, état général...) grâce à des processus intuitifs. À ce moment-là, la représentation du problème est encore floue. Afin de déterminer les objectifs de la rencontre, le professionnel écoute la plainte de la mère, qui indique que son fils semble

en bonne santé physique, mais elle s'inquiète de son comportement : Léo crie, pleure et elle ne le comprend pas toujours quand il parle. Le médecin va poser des questions plus précises concernant son histoire médicale, familiale et scolaire. Durant cette étape de l'anamnèse, il catégorise pour décider de l'action et élabore des hypothèses. La représentation du problème se clarifie. Le médecin met ensuite en œuvre des actions en faisant un examen clinique lui permettant de confirmer ou d'infirmes ses hypothèses ; Léo ne présente pas de signes neurologiques, il a envie de communiquer, mais il est peu intelligible et ne semble pas produire de phrases. Le professionnel n'étant plus certain de l'âge auquel un enfant doit associer deux mots, il utilise des stratégies de recours en consultant un manuel de référence ; cela lui permet d'enrichir ses connaissances, qui sont organisées en scripts cliniques, ce qui les rend accessibles en pratique. Peu à peu, en combinant les données anamnestiques, les résultats de son examen clinique, ses connaissances théoriques et ses scripts cliniques, la représentation du problème se clarifie encore. Le médecin élimine l'hypothèse d'une lésion neurologique acquise. Un trouble du spectre de l'autisme lui paraît aussi moins probable car la communication non-verbale de Léo semble sans particularité. Il s'interroge néanmoins quant à une surdité ou à un trouble du langage. Le médecin va donc à nouveau mettre en œuvre des actions appropriées : il adresse Léo chez l'ORL pour un bilan audiométrique et chez l'orthophoniste pour un bilan orthophonique. Les résultats de ces examens lui permettront d'obtenir une représentation du problème encore plus claire. Durant tout le processus, le médecin a fait appel à la métacognition afin de réguler ses pensées et articuler son raisonnement. Ce cycle de réflexion dynamique s'active pour chaque patient-e et devient de plus en plus efficient au fur et à mesure de la confrontation à des cas similaires [1].

Le RC en orthophonie

Bien que l'exemple ci-dessus semble tout à fait applicable au diagnostic orthophonique, le terme « raisonnement clinique » est, à l'heure actuelle, peu employé par les orthophonistes en France. Ainsi, ce sont les termes « démarche diagnostique » ou « démarche d'intervention » qui apparaissent dans le référentiel de compétences des orthophonistes [6], ces deux termes renvoyant à des étapes à suivre plutôt qu'à un processus de raisonnement. Peu de travaux scientifiques ont spécifiquement étudié les processus de RC des orthophonistes et leur développement, comparativement aux autres professions de santé. Néanmoins, Ginsberg *et al.* [7] ont montré que les orthophonistes

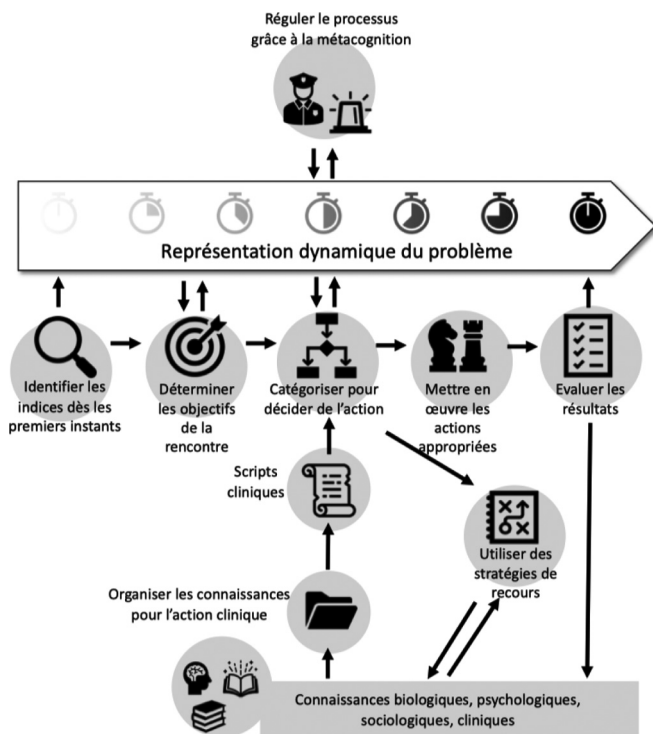


Fig. 1. Adaptation du schéma simplifié du raisonnement clinique, présenté par Charlin *et al.* [2] et extrait du MOOC (*Massive Online Open Courses*), intitulé « Supervision du raisonnement clinique en contexte de soins » (Coursera, Edulib) [5].

expert-es planifient leur évaluation pour récolter des données pertinentes, qui sont priorisées et liées à des hypothèses diagnostiques et/ou à d'éventuels traitements. Par ailleurs, quelques études menées dans des contextes anglo-saxons [7,8] montrent que le RC des orthophonistes se développe de façon similaire aux autres clinicien-nés, dont le RC a été étudié plus fréquemment.

Dans le milieu de l'orthophonie francophone, deux études récentes se sont intéressées au développement des processus de RC des étudiant-es et concluent que l'application de dispositifs de formation par concordance permettrait d'organiser précocement les connaissances des étudiant-es et de développer leur RC [9,10]. Ces différentes recherches suggèrent l'importance de développer le RC précocement dans les études en orthophonie, que ce soit en salle de classe ou en milieu clinique [8,10].

Supervision en milieu clinique et stratégies de supervision

Le développement du RC repose sur une exposition répétée à des cas cliniques similaires [2]. Ainsi, les stages en milieu clinique, qui occupent une grande place dans de nombreuses formations en santé, apparaissent idéaux pour soutenir le développement d'un raisonnement de qualité. Cette immersion en milieu clinique a pour objectifs de permettre aux stagiaires de résoudre des problèmes cliniques réels, de réaliser des actes concrets, et de

développer leur identité professionnelle, à partir d'expériences [11]. L'identité professionnelle fait référence à l'internalisation des normes, des valeurs et des caractéristiques d'une profession ; cela permet aux stagiaires de se sentir comme des professionnel·les de la discipline, en intégrant leurs « valeurs personnelles et celles de la profession en un tout cohérent » [12].

Bien qu'il soit fréquent de considérer que la seule confrontation à des situations cliniques en stage, par simple observation, permette un apprentissage, il a été largement documenté que la supervision s'avère nécessaire au développement des compétences des stagiaires [13]. La supervision désigne l'intervention clinique d'un-e superviseur-e qui donne une rétroaction à un-e stagiaire après l'avoir observé-e dans une tâche professionnelle (supervision directe) ou à partir d'un résumé de la situation fait par le ou la stagiaire (supervision indirecte) [14]. Mais toutes les rétroactions n'ont pas le même effet. Aussi, six stratégies de supervision réputées efficaces ont été répertoriées par Stalmeijer *et al.* [15] et sont détaillées dans le [Tableau 1](#). Parmi ces stratégies de supervision, la stratégie de la modélisation explicite (expliciter) et celle du questionnement (faire expliciter) sont particulièrement recommandées pour soutenir le raisonnement clinique des stagiaires en supervision directe [1,5].

Comme l'ont souligné Kilminster *et al.* [16], ces stratégies de supervision doivent être fréquentes et structurées. La qualité de la relation dans la supervision, aussi appelée « alliance pédagogique », basée sur la collaboration, la confiance, le respect mutuel et la communication [14], est également déterminante pour mener une supervision efficace. Enfin, la supervision clinique a aussi pour objectif d'aider progressivement les stagiaires à construire leur identité professionnelle, grâce notamment à la rétroaction durant laquelle le ou la superviseur-e pourra « nommer les comportements et attitudes que les stagiaires devront adopter comme futur-es professionnel·les » [11].

Dans les études en orthophonie, la formation clinique occupe une place importante ; à titre d'exemple, en France, 2040 heures réparties sur 5 ans sont dédiées aux stages en milieu clinique. Ces stages se répartissent entre stages de découverte, stages recherche, stages d'observation et stages clinique. Au sein des quatre stages cliniques, les exigences quant à l'autonomie et au niveau de réflexion attendu des stagiaires augmentent peu à peu [17]. Pour être pleinement efficace, cette formation clinique doit s'accompagner d'une supervision, comme le recommandent l'*American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA) [18] et le référentiel de formation des orthophonistes en France [17]. Néanmoins, si des chercheuses britanniques se sont intéressées aux perceptions des superviseur-es et des stagiaires [19], la question de la supervision du raisonnement clinique en orthophonie reste, à notre connaissance, inexplorée.

Ainsi, l'objectif de cette étude est d'identifier la présence et le type de stratégies de supervision mises en place par les orthophonistes superviseur-es (OS), en vue de

Tableau 1. Stratégies de supervision selon Stalmeijer *et al.* [15].

Stratégies	Définitions	Exemples
« <i>Modeling</i> » ou modélisation explicite	Les superviseur-es modélisent leur rôle de clinicien-ne en laissant les stagiaires les observer Les superviseur-es verbalisent leur propre raisonnement clinique, leurs pistes de réflexion, leurs gestes	Pratiquer devant les stagiaires Pendant ou après la démonstration, identifier et expliciter les points essentiels à la réussite de la tâche
<i>Coaching</i>	Les superviseur-es proposent des interactions fréquentes avec les stagiaires, accompagnées de rétroactions constructives	Observer les stagiaires à plusieurs reprises Donner une rétroaction sur les points forts, les points à améliorer et comment y parvenir
« <i>Scaffolding</i> » ou adaptation aux compétences des stagiaires	Les superviseur-es adaptent le niveau de soutien en fonction des compétences des stagiaires. Leur retrait graduel vise l'autonomisation des stagiaires	Tenir compte de l'expérience antérieure des stagiaires Donner de l'aide pour les activités plus difficiles Diminuer graduellement l'aide apportée pour favoriser l'autonomie
« <i>Articulation</i> » ou questionnement	Les superviseur-es vérifient et stimulent le développement du raisonnement clinique de leurs stagiaires en leur posant des questions et en leur faisant expliciter leur processus de résolution de problème	Encourager les stagiaires à poser des questions Demander aux stagiaires d'expliciter le raisonnement qui leur a permis d'accéder à une réponse donnée
« <i>Reflection</i> » ou stimulation de la réflexivité	Les superviseur-es accompagnent les stagiaires dans un processus réflexif visant à analyser leurs points forts et leurs axes d'amélioration et à trouver des moyens de progresser	Utiliser des grilles d'auto-évaluation pour aider les stagiaires à prendre conscience de leurs forces et de leurs faiblesses Aider les stagiaires à trouver des moyens concrets pour s'améliorer
« <i>Exploration</i> » ou formulation d'objectifs d'apprentissage	Les superviseur-es incitent les stagiaires à formuler des objectifs d'apprentissage et à s'engager dans des activités d'apprentissage de manière autonome	Demander aux stagiaires quels sont leurs objectifs d'apprentissage durant le stage Proposer aux stagiaires de chercher des informations sur un sujet en particulier

soutenir le RC des stagiaires. L'objectif secondaire de cette étude est de caractériser les processus de RC supervisés par les OS.

Méthodes

Type d'étude

Il s'agit d'une étude s'inscrivant dans une approche interprétative, axée sur l'analyse thématique des entretiens d'autoconfrontation simple auprès d'orthophonistes superviseur-es (OS). Le caractère exploratoire et l'objectif de l'étude ont logiquement conduit à l'utilisation d'une méthode qualitative, qui permet d'explorer en profondeur les perceptions des interviewé-es [20].

Population et recrutement

Les participantes de l'étude sont des orthophonistes encadrant des stagiaires et exerçant en cabinet libéral ou en centre de rééducation, dans différentes régions de France. Le seul critère d'inclusion retenu est que les OS

doivent avoir accueilli au minimum un-e stagiaire en orthophonie à la période où s'est déroulé l'entretien afin de pouvoir réaliser une vidéo. Aucun critère démographique d'inclusion n'a été retenu ; nous avons fait ce choix en raison du caractère exploratoire de l'étude. Les caractéristiques de l'échantillon sont décrites dans le [Tableau 2](#).

Les participantes ont été recrutées *via* la diffusion d'une infographie sur les réseaux sociaux, par courriel dans notre réseau professionnel, et *via* le bouche à oreille. Les termes « supervision », auquel a été préféré le mot « encadrement », et « raisonnement clinique » n'apparaissent volontairement pas dans l'infographie, en raison de la faible utilisation de ces termes en orthophonie en Europe francophone.

Méthodologie, recueil et analyse des données

Un entretien semi-dirigé pilote a été réalisé auprès d'une OS volontaire afin de tester un premier guide d'entretien. Au cours de cet entretien, le rappel mémoriel était difficile et nous avons accès aux pratiques déclarées

Tableau 2. Caractéristiques de l'échantillon.

Orthophonistes Superviseures (OS)	N = 10
Femmes	10
Hommes	0
Mode d'exercice	
Libéral	8
Salarié	2
Activité complémentaire	
Enseignement universitaire	4
Autre	3
Pas d'activité complémentaire	3
Centre de Formation Universitaire en Orthophonie diplômant	
Lille	2
Nancy	3
Paris	1
Strasbourg	3
Tours	1
Diplôme obtenu	
Certificat de Compétences en Orthophonie en 4 ans	7
Master en orthophonie en 5 ans	3
Nombre d'années d'exercice	
En moyenne	10,2 ans
Supérieur à 10 ans	3
Entre 5 et 10 ans	4
Inférieur à 5 ans	3
Nombre d'années de supervision	
En moyenne	6,9 ans
Supérieur à 10 ans	3
Entre 5 et 10 ans	3
Inférieur à 5 ans	4
OS ayant suivi une formation spécifique en pédagogie	0

de l'interviewée, et non aux pratiques effectivement réalisées [21]. Ce constat nous a amené à proposer des entretiens d'autoconfrontation simple plutôt que des entretiens semi-dirigés. Cette technique consiste à présenter aux personnes observées des traces de leur comportement (ici, des vidéos), puis à solliciter et recueillir leurs verbalisations durant un entretien [22]. Les bénéfices espérés de cette méthode sont multiples, notamment le soutien mémoriel, la réflexivité accrue des personnes interviewées et la révélation d'écarts par rapport à ce qui est prescrit ou attendu [21].

Afin de mener ces entretiens d'autoconfrontation, nous avons demandé aux participantes de se filmer lors d'un échange pédagogique puis de télécharger la vidéo sur une plateforme sécurisée. La chercheuse principale a sélectionné dans la vidéo les moments qui pouvaient se rattacher au raisonnement clinique en fonction des questions posées et en se référant aux stratégies recommandées par Stalmeijer *et al.* [15]. L'entretien d'autoconfrontation s'est déroulé, selon le choix de l'OS, sur le lieu de travail de l'OS, en visio ou pour des raisons pratiques et à la demande de l'OS, au bureau de la chercheuse principale. Les entretiens ont été menés en suivant un guide (Annexe 1). Au début de chaque entretien, la chercheuse principale a demandé à l'OS de résumer le contexte de la vidéo envoyée (pathologie, acte, patient, tâche demandée à la stagiaire...). L'OS a aussi été

invitée à commenter un moment en particulier de la vidéo si elle le souhaitait, lui permettant ainsi de choisir librement un moment lui paraissant illustratif de sa pratique. L'OS pouvait interrompre la chercheuse à tout moment de l'entretien et lui demander de visionner un moment en particulier pour le commenter. Les entretiens d'autoconfrontation ont été enregistrés, puis retranscrits mot à mot. L'analyse des données a été effectuée selon les principes d'une analyse thématique inductive et déductive. L'analyse des premiers entretiens a été réalisée en équipe afin de minimiser les biais d'analyse de la chercheuse principale. Les thèmes les plus pertinents sont détaillés dans la partie Résultats. Le logiciel d'analyse qualitative Delve [23] a été retenu pour aider au codage des entretiens. Un journal de bord a été tenu afin de recueillir nos impressions et notre démarche réflexive. Une description détaillée de la méthodologie est disponible dans le matériel supplémentaire.

Aspects réglementaires

Cette étude a reçu un avis favorable du Comité pour l'Intégrité et l'Éthique de la Recherche en Éducation des Professions de la Santé de la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM) sous le numéro 16052023. Une déclaration de conformité auprès de la CNIL est enregistrée sous le numéro 2229895. Les OS et les stagiaires ont accepté librement de participer à l'étude et ont signé un formulaire de consentement. Les binômes OS – stagiaire n'ont pas été rémunérés. Les enregistrements ont été détruits après retranscription. Une procédure d'anonymisation a été appliquée à l'ensemble des données nominatives relatives à des personnes ou des lieux.

Résultats

Entretiens

Dix entretiens d'autoconfrontation ont été réalisés avec des OS, à partir des vidéos des échanges pédagogiques entre les OS et leurs stagiaires. Les actes orthophoniques et les pathologies abordées dans les vidéos étaient variés. Les échanges consistaient en une supervision directe de la stagiaire, avant ou après avoir vu un ou une patient·e avec l'OS. Les entretiens d'autoconfrontation ont duré en moyenne 56 minutes. Les caractéristiques des entretiens sont détaillées dans le Tableau 3.

L'analyse des entretiens a permis de dégager trois objectifs de supervision (soutenir l'identité professionnelle, créer une alliance pédagogique et développer le RC), les stratégies utilisées par les OS pour les atteindre, ainsi que les facteurs influençant ces stratégies de supervision.

Objectifs de supervision

« Se mettre à la place de l'orthophoniste » : l'identité professionnelle

Toutes les OS s'attachent à soutenir l'identité professionnelle de leur stagiaire. Elles cherchent à ce que les stagiaires « gagnent en autonomie » (OS10) et à ce

Tableau 3. Caractéristiques des entretiens.

	Nombre d'années de supervision	Durée entretien	Modalité de l'entretien	Pathologie abordée	Acte	Année d'études de la stagiaire
OS1	15	60 min.	Présentiel	Troubles du langage oral	Rééducation	5 ^e année
OS2	5	35 min.	Présentiel	Troubles du langage oral	Rééducation	4 ^e année
OS3	2	55 min.	Présentiel	Troubles du langage oral	Évaluation	3 ^e année
OS4	5	56 min.	Présentiel	Troubles neurologiques	Évaluation	5 ^e année
OS5	3	53 min.	Visioconférence	Troubles neurologiques	Évaluation	4 ^e année
OS6	16	64 min.	Présentiel	Troubles du langage écrit	Évaluation	2 ^e année
OS7	2	56 min.	Présentiel	Troubles neurologiques	Évaluation	2 ^e année
OS8	5	71 min.	Visioconférence	Troubles du langage écrit	Rééducation	4 ^e année
OS9	4	53 min.	Présentiel	Troubles de la cognition mathématique	Rééducation	3 ^e année
OS10	13	58 min.	Visioconférence	Troubles du langage écrit	Évaluation	4 ^e année

« *qu'elles prennent confiance en elles* » (OS2). Les OS désirent également que les stagiaires « *soient préparées à leur exercice futur* » (OS5, OS3) et puissent se projeter dans leur future pratique professionnelle.

Six OS souhaitent « *renforcer le sentiment de compétence* » (OS3) et ce, dès le début de la formation, notamment en s'attachant à la relation thérapeutique avec les patient-es. Enfin, toutes les OS désirent que leurs stagiaires trouvent leur propre manière de pratiquer.

« Créer un climat de confiance » : l'alliance pédagogique

Toutes les OS se montrent attentives à la qualité de la relation avec leur stagiaire. Elles prennent en compte l'avis de leur stagiaire et souhaitent lui « *donner un espace de parole* » (OS5). Elles mettent en place un climat de confiance, soulignant l'importance de faire preuve de bienveillance et d'empathie pour favoriser le dialogue.

Bien que l'OS2 et l'OS8 soulignent l'importance d'être exigeantes et de mettre en place un cadre mutuellement acceptable, trois OS souhaitent « *avoir une relation horizontale, et non verticale* » avec leur stagiaire et « *ne se positionnent pas en tant que sachant* » (OS5). De plus, cinq OS précisent qu'elles apprennent au contact de leurs stagiaires et s'enrichissent grâce à leurs questionnements.

« Une démarche assez hypothético-déductive » : le RC

Les OS souhaitent savoir comment leur stagiaire réfléchit : « *j'ai commencé à essayer de la faire réfléchir sur comment est-ce qu'elle pourrait s'organiser dans sa tête, quelles questions elle pourrait se poser* » (OS10). Bien que seule l'OS3 utilise le terme « *raisonnement clinique* », plusieurs termes font référence au RC : « *démarche assez hypothético-déductive* » (OS5), « *raisonnement* » (OS4, OS7, OS8, OS10), « *réflexion* » (OS9) et « *réflexion clinique* » (OS7).

L'OS3 et l'OS10 évoquent toutes les étapes du RC représentées dans le modèle simplifié de Charlin *et al.* [2,5] et chaque étape apparaît à plusieurs reprises dans le

discours des OS. Les détails des processus de RC sont décrits dans le [Tableau 4](#). Le pourcentage d'OS évoquant chaque étape est donné à titre indicatif.

Il est à noter que le choix et le respect des objectifs de rééducation, les moyens d'y parvenir et la manière de poursuivre la rééducation en adaptant le projet thérapeutique (intégrés dans le [Tableau 4](#) aux étapes « *catégoriser pour décider de l'action* » et « *mettre en œuvre les actions appropriées* ») revêtent une importance particulière pour les OS.

Stratégies de supervision

Le visionnage des vidéos et l'analyse des verbatim ont permis d'identifier les moyens mis en œuvre par les OS pour parvenir aux objectifs énoncés précédemment, à savoir soutenir l'alliance pédagogique et développer l'identité professionnelle et le RC. Ces moyens ont été regroupés selon les stratégies recommandées par Stalmeijer *et al.* [15] (voir [Tableau 1](#) pour une description des stratégies) et le pourcentage d'OS ayant recours à ces stratégies a été calculé à titre indicatif. Ainsi, toutes les OS ont eu recours au *modeling* (ou modélisation explicite), au *coaching*, au *scaffolding* (ou adaptation aux compétences des stagiaires) et à l'exploration (ou formulation d'objectifs d'apprentissage). Neuf OS sur dix ont eu recours à la stratégie d'articulation (ou questionnement) et huit OS ont utilisé la stratégie de la réflexion aussi appelée stimulation de la réflexivité. Ces résultats sont détaillés dans le [Tableau 5](#).

Facteurs influençant la qualité de la supervision

Outre les contraintes logistiques mises en évidence dans la littérature [16], comme le temps alloué à la supervision, le manque d'espace et la courte durée du stage, divers facteurs qui influencent la qualité de la supervision émergent dans les entretiens : ceux liés aux stagiaires, ceux liés à l'OS et ceux liés aux similitudes entre compétences cliniques et compétences pédagogiques.

Tableau 4. Étapes du raisonnement clinique (RC) en orthophonie évoquées par les OS.

Étape du raisonnement clinique ^{8 9} (figure 1)		Evoquée par OS										Verbatim
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Identifier les indices dès les premiers instants										60%	OS2 : qu'elle fasse le chemin, pourquoi j'ai l'intuition qu'en pragmatique c'est pas adapté. OS10 : à quoi ça fait référence pour elle quand voilà, on lui parle d'une plainte en compréhension, qu'est-ce que ça allume chez elle, comme... Enfin voilà. Est-ce que, est-ce qu'elle a une idée sur ce qu'elle va, ce qu'elle va chercher, ce qu'elle va évaluer.
	Représentation dynamique du problème										90%	OS10 : c'est de d'essayer de suivre un petit peu ça pour qu'on ait une compréhension à la fin de la situation qui soit plus avancée que ce qu'on avait au départ.
	Déterminer les objectifs de la rencontre										90%	OS7 : Mais la démarche clinique, ce sera toujours dans un objectif d'autonomisation : "Qu'est-ce que j'observe chez mon patient qui lui fait défaut pour être autonome ou plus autonome que ce qu'il n'est actuellement ?"
	Catégoriser pour décider de l'action										100%	OS5 : Je pense que quand on fait l'anamnèse, il faut savoir poser des questions pertinentes. [...] Si elles m'apportent rien, ça sert à rien de perdre du temps. OS3 : la plus-value de l'orthophoniste c'est, je trouve, ce sens clinique, cette observation fine du patient et de se questionner, c'est de se dire [...] "j'ai l'impression que là il y a un problème, est-ce que peut être la patiente a pas compris ? Est-ce que ça peut être autre chose ? Comment je peux faire pour vérifier mes hypothèses ?"
	Mettre en œuvre les actions appropriées										90%	OS1 : ben, au niveau du bilan, choisir les épreuves. OS10 : En fait, je réfléchis en direct parce que je savais pas quelles épreuves faire. "Et ben voilà, moi j'ai pensé hier soir aussi et je me demandais si on faisait des épreuves, d'EVALEO ou d'autres" OS9 : Mais il y a plein d'activités différentes donc il faut sélectionner, cibler. Enfin, pour moi ça nécessite quand même réflexion avant.
	Évaluer les résultats										90%	OS6 : C'est un travail de recouper les résultats les uns avec les autres. OS8 : Mais au sein de ma séance et en fin de séance, je me dis aussi : "bah est-ce que ce que j'avais prévu pour aujourd'hui a été efficace ou est-ce que je continue dans la lignée de ce que je m'étais fixé ? Ou est-ce que je vais revenir modifier mon plan d'attaque finalement, parce que ça n'a pas fonctionné, parce que c'était trop difficile, c'était trop facile..."
	Utiliser les stratégies de recours										60%	OS4 : faudra peut-être aller voir dans les cours ou voilà OS9 : ça nous a amenées à refouiller dans une formation que j'avais faite.
	Activer les connaissances et les scripts										90%	OS6 : qu'elle puisse illustrer un maximum la théorie pour que ça prenne corps OS3 : je jardine dans le cerveau de ma stagiaire. [...] je pense elle a appris plein de choses et y a à rendre toute cette théorie plus concrète.
	Réguler le processus grâce à la métacognition										60%	OS5 : c'est super important de lui apprendre à vraiment avoir une posture réflexive, à se poser les bonnes questions et à se poser des questions tout court. OS3 : Je trouve, c'est un peu se regarder faire, à la fois se regarder être dans relation avec le patient [...] C'est être un peu son propre superviseur.

Tableau 5. Stratégies, moyens et objectifs de supervision.

Stratégies de supervision ¹⁵	OS ayant recours à cette stratégie	Moyens mis en œuvre	Objectifs de supervision			Exemples de verbatim et objectif(s) de supervision associé(s)
			RC	Identité professionnelle	Alliance pédagogique	
"Modeling" ou modélisation explicite	100%	L'OS laisse la stagiaire l'observer.				OS8 : <i>je leur demande toujours de faire de l'observation critique de mes séances, donc pour qu'elles identifient, ben, les les objectifs que j'ai, la manière de les atteindre, et puis après qu'elles fassent un retour sur comment s'est passée la séance.</i> Objectif : raisonnement clinique (régulation du processus grâce à la métacognition) OS1 : <i>je leur fais une séance où moi je joue avec le support, avec le patient. Et je leur demande de regarder et après de refaire la même chose avec un...Non, tu vois ? Juste pour voir déjà si elles ont des capacités d'imitation [...] Tu vois, je sais que j'ai des résultats, donc je, je leur propose de voir de de de, d'expérimenter [...] Comme ça, pour voir si elles, si elles voient le résultat aussi</i> Objectif : raisonnement clinique (mettre en œuvre les actions appropriées) OS4 : <i>ça peut lui montrer qu'elle a le, un raisonnement en adéquation avec une orthophoniste qui exerce déjà. Donc je pense qu'il y a un côté valorisant. De se dire que elle a un raisonnement qui est de quelqu'un qui a aussi un peu plus d'expérience qu'elle</i> Objectif : identité professionnelle (sentiment de compétence)
		L'OS propose à la stagiaire de remplir une grille d'observation.				
		L'OS propose à la stagiaire de refaire comme elle, puis de comparer.				
		L'OS explicite son raisonnement.				
		L'OS compare deux profils de patient-e-s en nommant les différences et les ressemblances.				
Coaching	100%	L'OS transmet des informations.				OS6 : <i>je note les points d'amélioration, et je dis : « la prochaine fois, est-ce que tu pourrais expliquer tes consignes très simplement, en le moins de mots possible, en montrant plutôt que de dire, parce que t'es face à un patient qui a des troubles du langage, est-ce que tu pourras essayer ça ? »</i> Objectif : raisonnement clinique (mettre en œuvre les actions appropriées) OS3 : <i>C'était souligner quelque chose de positif qu'elle avait fait parce qu'elle s'est... je trouvais qu'elle avait bien observé les réactions de la patiente. Et qu'elle avait élaboré des hypothèses dans sa tête.</i> Objectifs : alliance pédagogique et raisonnement clinique (catégoriser pour décider de l'action)
		L'OS propose à la stagiaire de préparer ensemble, collaborer.				
		L'OS donne des pistes d'amélioration.				
		L'OS donne une rétroaction, après avoir laissé la stagiaire expérimenter.				
« Scaffolding » ou adaptation aux compétences des stagiaires	100%	L'OS valide, encourage.				OS10 : <i>avec les stagiaires au début, je mets beaucoup, beaucoup de, d'étayages, de genre, bah voilà, on prépare ensemble, que ce soit concrètement le matériel, ou là, en réfléchissant à ce qu'on va faire et tout ça. Et puis, petit à petit, l'idée, c'est d'aller, qu'elle soit, qu'elle soit autonome, quoi.</i> Objectifs : raisonnement clinique (mettre en œuvre les actions appropriées) et identité professionnelle (autonomisation) OS7 : <i>Et là je trouvais que c'était peut-être moins anxiogène pour elle que de l'interroger ou de discuter du contenu d'une séance parce que elle m'avait présenté les faits comme : « c'est mon premier stage en neuro, j'ai pas beaucoup de connaissances, et cetera. »</i> Objectif : alliance pédagogique
		L'OS propose des tâches de difficultés graduelles.				
		L'OS tient compte du niveau d'études de la stagiaire.				

Stratégies de supervision ¹⁵	OS ayant recours à cette stratégie	Moyens mis en œuvre	Objectifs de supervision			Exemples de verbatim et objectif(s) de supervision associé(s)
			RC	Identité professionnelle	Alliance pédagogique	
"Modeling" ou modélisation explicite	100%	L'OS laisse la stagiaire l'observer.				OS8 : <i>je leur demande toujours de faire de l'observation critique de mes séances, donc pour qu'elles identifient, ben, les les objectifs que j'ai, la manière de les atteindre, et puis après qu'elles fassent un retour sur comment s'est passée la séance.</i> Objectif : raisonnement clinique (régulation du processus grâce à la métacognition) OS1 : <i>je leur fais une séance où moi je joue avec le support, avec le patient. Et je leur demande de regarder et après de refaire la même chose avec un...Non, tu vois ? Juste pour voir déjà si elles ont des capacités d'imitation [...] Tu vois, je sais que j'ai des résultats, donc je, je leur propose de voir de de de, d'expérimenter [...] Comme ça, pour voir si elles, si elles voient le résultat aussi</i> Objectif : raisonnement clinique (mettre en œuvre les actions appropriées) OS4 : <i>ça peut lui montrer qu'elle a le, un raisonnement en adéquation avec une orthophoniste qui exerce déjà. Donc je pense qu'il y a un côté valorisant. De se dire que elle a un raisonnement qui est de quelqu'un qui a aussi un peu plus d'expérience qu'elle</i> Objectif : identité professionnelle (sentiment de compétence)
		L'OS propose à la stagiaire de remplir une grille d'observation.				
		L'OS propose à la stagiaire de refaire comme elle, puis de comparer.				
		L'OS explicite son raisonnement.				
		L'OS compare deux profils de patient-e-s en nommant les différences et les ressemblances.				
Coaching	100%	L'OS transmet des informations.				OS6 : <i>je note les points d'amélioration, et je dis : « la prochaine fois, est-ce que tu pourrais expliquer tes consignes très simplement, en le moins de mots possible, en montrant plutôt que de dire, parce que t'es face à un patient qui a des troubles du langage, est-ce que tu pourras essayer ça ? »</i> Objectif : raisonnement clinique (mettre en œuvre les actions appropriées) OS3 : <i>C'était souligner quelque chose de positif qu'elle avait fait parce qu'elle s'est... je trouvais qu'elle avait bien observé les réactions de la patiente. Et qu'elle avait élaboré des hypothèses dans sa tête.</i> Objectifs : alliance pédagogique et raisonnement clinique (catégoriser pour décider de l'action)
		L'OS propose à la stagiaire de préparer ensemble, collaborer.				
		L'OS donne des pistes d'amélioration.				
		L'OS donne une rétroaction, après avoir laissé la stagiaire expérimenter.				
« Scaffolding » ou adaptation aux compétences des stagiaires	100%	L'OS valide, encourage.				OS10 : <i>avec les stagiaires au début, je mets beaucoup, beaucoup de, d'étayages, de genre, bah voilà, on prépare ensemble, que ce soit concrètement le matériel, ou là, en réfléchissant à ce qu'on va faire et tout ça. Et puis, petit à petit, l'idée, c'est d'aller, qu'elle soit, qu'elle soit autonome, quoi.</i> Objectifs : raisonnement clinique (mettre en œuvre les actions appropriées) et identité professionnelle (autonomisation) OS7 : <i>Et là je trouvais que c'était peut-être moins anxiogène pour elle que de l'interroger ou de discuter du contenu d'une séance parce que elle m'avait présenté les faits comme : « c'est mon premier stage en neuro, j'ai pas beaucoup de connaissances, et cetera. »</i> Objectif : alliance pédagogique
		L'OS propose des tâches de difficultés graduelles.				
		L'OS tient compte du niveau d'études de la stagiaire.				

Facteurs liés aux stagiaires

Toutes les OS tiennent compte du niveau d'études des stagiaires, de leurs objectifs et de leurs souhaits pour adapter leurs attentes. Toutefois, la motivation et la personnalité de la stagiaire influencent positivement ou négativement la qualité de la supervision. Quatre OS prennent également en compte les retours et suggestions des stagiaires des années précédentes pour modifier leurs pratiques de supervision.

Facteurs liés à l'OS

Six OS soulignent que leur expertise clinique joue un rôle dans la qualité de la supervision. Huit OS indiquent que leur supervision est influencée par leurs connaissances en pédagogie et leurs connaissances du programme de formation, notamment pour les OS qui enseignent également à l'université ou pour les OS qui ont suivi le même cursus en 5 ans que les étudiantes actuelles.

Six OS mentionnent que l'absence de formation pour superviser engendre un inconfort et une certaine frustration. Elles se fient donc à leur « intuition » (OS2) et à leur propre expérience comme stagiaire pour superviser. De plus, les échanges avec des pairs superviseurs permettent de pallier le manque de formation pour quatre OS.

Cliniciennes et pédagogues

Sept OS font état de similitudes entre la relation pédagogique et l'activité clinique, indiquant qu'elles s'inspirent des compétences mises en œuvre avec les patient-es au service de la relation pédagogique, que ce soit au niveau du raisonnement ou de la relation de soins (« *y a plein de choses dans l'exercice d'orthophoniste qui se transfèrent dans la relation plus pédagogique [...] j'ai l'impression d'utiliser des compétences d'orthophoniste au service de la relation, ben, un peu de tuteur, avec le stagiaire* » – OS3).

Discussion

Cette étude s'intéressait aux stratégies de supervision mises en œuvre par les OS, en vue de déterminer la présence et l'utilisation des processus de RC. L'analyse des entretiens a mis en évidence que les OS utilisent et supervisent les processus de RC. Elles mettent aussi en place une alliance pédagogique avec leurs stagiaires et soutiennent l'identité professionnelle.

Raisonner sans le savoir : le RC en orthophonie

À l'instar des précédents travaux sur le RC en orthophonie [7,8], les résultats de cette étude suggèrent que, même si elles le nomment peu ou n'en sont pas conscientes, les OS développent dans leur pratique des processus de RC, qui semblent transversaux aux professions de santé. Ces processus de raisonnement ne se limitent pas à certaines pathologies et concernent autant l'évaluation que la rééducation. Cette transversalité

renvoie au modèle proposé par Charlin *et al.* qui a été construit en interrogeant des médecins de différentes spécialités (Fig. 1) [2], et qui a fait ses preuves pour décrire le RC d'autres professionnel·les de santé [24]. Néanmoins, des étapes comme la formulation d'objectifs de rééducation, le choix des moyens et techniques de rééducation et l'adaptation constante du projet thérapeutique prennent une place importante en orthophonie ; cela suggère que le RC longitudinal utilisé en rééducation présente certaines spécificités par rapport au raisonnement diagnostique [3,4]. Une étude ultérieure serait intéressante pour investiguer en profondeur le RC longitudinal des orthophonistes expert-es, en évaluation et en rééducation, afin de compléter, de consolider et/ou d'adapter les représentations des processus de RC en orthophonie. Enfin, le terme « raisonnement clinique » étant commun à de nombreuses professions de santé, l'employer explicitement en formation initiale et en développement professionnel continu favoriserait l'interprofessionnalité et le raisonnement collaboratif [25].

Améliorer le RC mais pas seulement

Outre le RC, les OS souhaitent développer l'identité professionnelle de leurs stagiaires et soutenir l'alliance pédagogique. Tout en étant attentives à la qualité de la relation avec leurs stagiaires, elles aimeraient que chaque stagiaire gagne en autonomie, se sente compétent-e et puisse trouver son propre style d'exercice [11]. Il serait intéressant d'explorer comment la supervision du RC permet d'améliorer le sentiment de compétence des stagiaires et favoriser ainsi le développement de leur identité professionnelle.

Toutes les stratégies mènent au RC

Bien que la littérature recommande d'utiliser les stratégies de modélisation explicite et du questionnement pour soutenir le RC des stagiaires [1,5], les OS supervisent également le RC, sans forcément en avoir conscience, grâce à d'autres stratégies (Tab. 5). Ainsi, le *coaching* permet de valider un processus de raisonnement initié par la stagiaire. La stimulation de la réflexivité et la formulation d'objectifs d'apprentissage soutiennent plus particulièrement l'étape de la régulation du processus, en développant la métacognition.

Expérience et similitudes entre relation de soins et supervision : une intuition pédagogique ?

Bien que les OS s'inspirent de leur propre expérience de stagiaire et semblent se fier plus souvent à leur intuition, elles ignorent que les stratégies de supervision qu'elles mettent en œuvre sont plus ou moins cohérentes avec celles décrites par Stalmeijer *et al.* [15]. Cela engendre une certaine frustration, voire un sentiment d'incompétence pour ces OS qui sont à la recherche de « bonnes pratiques ». Ce bricolage intuitif peut s'expliquer en partie par l'absence de formation en supervision des OS, comme

le suggère le guide AMEE no117 [1]. Ce guide indique que connaître les processus de RC et des stratégies de supervision validées par des travaux de recherche s'avère essentiel pour superviser en milieu clinique. De plus, les OS pallient ce manque de formation en s'appuyant sur des similitudes entre relation de soins avec les patient-es et relation pédagogique avec les stagiaires. Ces similitudes pourraient être exploitées pour développer les compétences des OS en supervision et renforcer leur sentiment de compétence en pédagogie [1,14].

Qui forme qui ?

Les échanges entre les OS et les stagiaires ont pour objectif de développer les compétences des stagiaires, mais les OS indiquent que ces échanges peuvent venir enrichir leurs propres connaissances et processus de raisonnement. Cela fait écho à un rapport de la Haute Autorité de Santé indiquant que les interactions entre le ou la superviseur-e et ses stagiaires vont permettre « réflexion, questionnement, recherche de ressources, échanges de savoirs » et contribuent au développement professionnel des superviseur-es [25]. Une étude ultérieure pourrait s'intéresser à l'existence éventuelle de différences de RC entre les OS et les orthophonistes qui n'accueillent pas de stagiaires. Dans la même optique, les échanges avec des pairs superviseur-es font évoluer les pratiques des OS, ce qui évoque l'intérêt de créer, comme proposé dans l'étude de Côté *et al.* [26], une communauté de pratique d'orthophonistes, voire pluri-professionnelle.

Forces et limites de l'étude

La diversité des OS interviewées (lieu, année de diplôme, mode d'exercice, années d'expérience), ainsi que la diversité des échanges pédagogiques filmés (pathologie, acte, niveau d'études des stagiaires), vu comme une richesse pour cette étude exploratoire, ne nous permet pas de nous focaliser sur un mode de pratique en particulier [20]. La triangulation des données aurait pu être renforcée par l'interview des stagiaires [14], par le double codage d'une partie des entretiens et par la soumission de notre analyse aux participantes [20] : cela n'a pas été réalisé par manque de temps. Par ailleurs, toutes les OS participantes exercent en France, où, comme mentionné dans l'introduction, le RC est peu abordé en formation initiale et continue. Ainsi, il pourrait être intéressant de réaliser une étude similaire auprès d'OS qui ont reçu un enseignement explicite au sujet du RC et de sa supervision, comme dans certains pays anglo-saxons et/ou nord-américains, afin de comparer les résultats et les stratégies utilisées.

La méthode originale des entretiens d'autoconfrontation a permis de rendre compte des pratiques de supervision des OS, de leur demander de les expliciter et de disposer d'exemples concrets. Cette force est en partie contrebalancée par le fait que les entretiens

d'autoconfrontation étaient une expérience nouvelle pour les OS, ce qui a pu être déstabilisant.

Par ailleurs, six OS connaissaient la chercheuse principale ayant mené les entretiens : cela a pu biaiser leurs réponses, en raison notamment d'un biais de désirabilité sociale. De plus, le triple positionnement enseignante-clinicienne-chercheuse de la chercheuse principale a pu engendrer une sur-interprétation des données. Néanmoins, l'analyse des premiers entretiens par l'équipe de recherche et la tenue du journal de bord ont permis de minimiser ces biais d'interprétation. De plus, le fait de recueillir les données en plusieurs fois avec des retours vers la littérature a permis une plus grande fiabilité de l'interprétation des données [20].

Enfin, nous avons pris le parti de nous intéresser au RC sans le nommer explicitement lors du recrutement des participantes. Cela a permis d'explorer les pratiques de supervision, sans orienter les OS, pour saisir leurs propos spontanés au sujet des stratégies utilisées et des objectifs poursuivis.

Conclusion

Cette étude qualitative montre que le RC et l'ensemble de ses composantes sont intégrés plus ou moins inconsciemment dans les pratiques des OS en France. Malgré leur manque de formation en pédagogie, les OS interviewées utilisent des stratégies de supervision réputées efficaces [15], pour développer les processus de RC de leurs stagiaires, soutenir l'identité professionnelle et renforcer l'alliance pédagogique [14]. Pour cela, elles s'appuient notamment sur leur intuition et sur les similitudes entre les compétences cliniques et les compétences pédagogiques.

Une formalisation du RC en orthophonie et sa diffusion aux OS et aux orthophonistes clinicien-nes ancrerait l'utilisation du terme « raisonnement clinique », terme commun à de nombreuses professions de santé, permettant de favoriser l'interprofessionnalité, le raisonnement collaboratif [24] et la proposition de soins de qualité [1]. De plus, cette formalisation permettrait d'enrichir les outils pédagogiques à disposition des OS, augmentant ainsi leur sentiment de compétence pédagogique. Ceci pourrait améliorer la supervision offerte aux stagiaires, dans l'optique d'en faire des professionnel-les compétent-es, pour permettre, *in fine*, une meilleure prise en soin des patient-es [1].

Remerciements

Les auteures remercient les orthophonistes superviseuses et leurs stagiaires pour leur enthousiasme et leur implication dans cette étude.

Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

Contributions des auteurs

Claire Hebling a réalisé le protocole de recherche, le recueil des données, l'interprétation des résultats et l'écriture du manuscrit. Sandrine Leroy, Christelle Maillart et Trecy Martinez Perez ont participé à l'élaboration du protocole de recherche, à l'interprétation des résultats et à l'écriture du manuscrit. Ce travail a été réalisé dans le cadre du mémoire de master 2 de pédagogie en sciences de la santé du Centre de Formation et de Recherche en Pédagogie des Sciences de la santé (CFRPS) à l'Université de Strasbourg.

Approbation éthique

Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique pour l'intégrité et l'éthique de la recherche en éducation des professions de la santé de la SIFEM sous le numéro de protocole avis n°16052023.

Matériel supplémentaire

Annexe 1. Entretien

Annexe 2. Recueil et analyse des données.

Le matériel supplémentaire est disponible sur <https://www.pedagogie-medecale.org/10.1051/pmed/2025003/olm>.

Références

- Audétat MC, Laurin S, Dory V, Charlin B, Nendaz M. Diagnostic et prise en charge des difficultés de raisonnement clinique. Guide AMEE numéro 117 (version courte): Première partie: supervision du raisonnement clinique et diagnostic pédagogique. *Pédagogie Médicale* 2017;18(3):129-38.
- Charlin B, Lubarsky S, Millette B, Crevier F, Audétat MC, Charbonneau A, *et al.* Clinical reasoning processes: Unravelling complexity through graphi graphical representation. *Med Educ* 2012;46(5):454-63.
- Ritz C, Sader J, Cairo Notari S, Lanier C, Caire Fon N, Nendaz M, *et al.* Multimorbidity and clinical reasoning through the eyes of GPs: A qualitative study. *Fam Med Community Health* 2021;9(4):e000798.
- Cook DA, Stephenson CR, Gruppen LD, Durning SJ. Management Reasoning: Empirical Determination of Key Features and a Conceptual Model. *Acad Med* 2023; 98(1):80.
- Université de Genève, Université de Montréal, Université libre de Bruxelles. Supervision du raisonnement clinique [MOOC [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.coursera.org/learn/supervision-raisonnement-clinique>.
- Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Décret n° 2013-798 du 30-8-2013. Annexe 2: Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel de compétences. Bulletin Officiel n° 32 du 5 septembre 2013 [Internet]. 2013 [cité 22 nov. 2023]. Disponible sur : https://cache.media.education.gouv.fr/file/32/38/7/referentiel-competes-orthophoniste_267387.pdf.
- Ginsberg SM, Friberg JC, Visconti CF. Diagnostic Reasoning by Experienced Speech-Language Pathologists and Student Clinicians. *Contemp Issues Commun Sci Disord* 2016;43(Spring):87-97.
- Hoben K, Varley R, Cox R. Clinical reasoning skills of speech and language therapy students. *Int J Lang Commun Disord* 2007;42(s1):123-35.
- Bernard E, Elie-Deschamps J, Judet A, Pépin-Boutin A, Dupont-Bérail S, Lorenzo M. Développer le raisonnement clinique en première année d'orthophonie: création et évaluation d'un dispositif de formation. *Glossa* 2023;127-61.
- Maftoul R, Marcotte K. Formation par concordance de script en orthophonie: récit de pratique en évaluation des troubles acquis de la communication. *Pédagogie Médicale* 2023;24(3):179-92.
- Côté L, Laurin S, Sanche G. Chapitre 3. Échanger de la rétroaction avec les étudiants. In: Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche? Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2018:81-109.
- Bell C, Robert D. Un professionnel de santé qui se comporte de façon professionnelle et éthique: le professionnalisme et l'identité professionnelle. In: Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé? 2^e éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2023:19-31.
- David Hodges B. A Tea-Steeping or i-Doc Model for Medical Education? *Acad Med* 2010;85(9):S34.
- Côté L, Breton E, Boucher D, Déry É, Roux JF. L'alliance pédagogique en supervision clinique: une étude qualitative en sciences de la santé. *Pédagogie Médicale* 2017;18(4):161-70.
- Stalmeijer RE, Dolmans DHJM, Wolfhagen IHAP, Scherpbier AJJA. Cognitive apprenticeship in clinical practice: Can it stimulate learning in the opinion of students? *Adv Health Sci Educ* 2009;14(4):535-46.
- Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007;29(1):2-19.
- Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Décret n° 2013-798 du 30-8-2013. Annexe 3: Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste. Bulletin Officiel n° 32 du 5 septembre 2013 [Internet]. 2013 [cité 22 nov 2023]. Disponible sur : https://cache.media.education.gouv.fr/file/32/38/9/referentiel-formation-orthophoniste_267389.pdf.
- American Speech-Language-Hearing Association. Clinical Supervision in Speech-Language Pathology [Internet]. Position Statement. American Speech-Language-Hearing Association; 2008 [cité 5 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.asha.org/policy/ps2008-00295/>.
- Davies KE, Kevan F, Ormerod E. Expectations and Understanding of Learning in Practice: Student Speech and Language Therapists' and Practice Educators' Perspectives of Learning. *Int J Pract-Based Learn Health Soc Care* 2019;7(1):1-17.
- Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003.
- Boubée N. La méthode de l'autoconfrontation: une méthode bien adaptée à l'investigation de l'activité de recherche d'information? *Études Commun Lang Inf Médiations* 2010; (35):47-60.
- Theureau J. Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche «cours d'action». *Rev Anthropol Connaiss* 2010;2(2):287-322.
- Twenty to Nine LLC. Delve [online qualitative analysis software. New York (NY): Delvetool.com; 2023.
- Guignard B, Crevier F, Charlin B, Audétat M-C. A graphical model to make explicit pharmacist clinical reasoning during

- medication review Research in Social and Administrative Pharmacy. 2024;20(12):1142-1150. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2024.09.005>.
25. Gummesson C, Sundén A, Fex A. Clinical reasoning as a conceptual framework for interprofessional learning: A literature review and a case study. *Phys Ther Rev* 2018;23(1):29-34.
26. Haute Autorité de Santé. L'encadrement de stage - La maîtrise de stage / le tutorat [Internet]. 2018 [cité 17 sept 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/encadrement_de_stage._maitrise_de_stage.tutorat.pdf.
27. Côté L, Perry G, Cloutier PH. Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants. *Pédagogie Médicale* 2013;14(4):241-53.

Citation de l'article : Hebting C, Leroy S, Martinez Perez T, Maillart C. Étude exploratoire des pratiques de supervision du raisonnement clinique des orthophonistes superviseur-es. *Pédagogie Médicale* 2024;25:201-212. <https://doi.org/10.1051/pmed/2025003>