



MEDICAL COUNCIL
OF CANADA

LE CONSEIL MÉDICAL
DU CANADA



INTRODUCTION AU CMC 360 : UNE INITIATIVE DE RÉTROACTION MULTISOURCE

Lignes directrices nationales

Rédigé pour le Conseil médical du Canada par :

Jocelyn Lockyer, PhD

Professeure, Département de sciences de la santé
communautaire, Cumming School of Medicine,
University of Calgary

Joan Sargeant, PhD

Professeure, Division de l'enseignement et de la
formation professionnelle continue en médecine,
Faculty of Medicine, Dalhousie University

Le 13 novembre 2017

TABLE DES MATIÈRES

TERMINOLOGIE.....	4
ABRÉVIATIONS.....	5
1. À QUI CE GUIDE EST-IL DESTINÉ?	6
2. QU'EST-CE QUE LE CMC 360 ET POURQUOI EST-CE IMPORTANT?	6
3. QU'EST-CE QUE LA RÉTROACTION MULTISOURCE?	6
4. LES QUATRE ÉTAPES	7
4.1. Collecte de données d'évaluation à l'aide de questionnaires.....	7
4.2. Regroupement des données	8
4.3. Fourniture d'un rapport	8
4.4. Conversation sur la rétroaction, accompagnement, élaboration d'un plan d'action.....	8
5. EN QUOI LE CMC 360 CONSTITUE-T-IL UN OUTIL D'ÉVALUATION UNIQUE ET IMPORTANT, COMPLÉMENTAIRE À D'AUTRES DÉMARCHES?	9
6. COMMENT LE CMC 360 EST-IL MIS EN ŒUVRE AU SEIN D'UN ORGANISME?	10
6.1. Évaluation de l'état de préparation de l'organisme pour le CMC 360	10
6.2. Examen du soutien et de l'engagement envers le programme au sein de l'organisme.....	10
6.3. Désignation de l'équipe chargée du CMC 360.....	10
6.4. Détermination des personnes qui auront accès aux résultats et des modalités d'utilisation de ceux-ci	11
6.5. Désignation des participants et des évaluateurs	11
6.6. Détermination de la fréquence des RMS.....	11
6.7. Définition du processus de communication de la rétroaction, d'accompagnement et d'élaboration du plan d'action	11
6.8. Recrutement et formation des animateurs-accompagnateurs.....	12
6.9. Réalisation d'un projet pilote.....	12
6.10. Évaluation et modification du programme	12
7. COMMENT PEUT-ON OPTIMISER LES EFFETS DE LA RMS SUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ GRÂCE À UNE CONVERSATION DE RÉTROACTION AVEC UN ANIMATEUR, À L'INTERVENTION D'UN ACCOMPAGNATEUR ET À L'ÉLABORATION CONJOINTE D'UN PLAN D'ACTION?	13
8. OÙ LE PROGRAMME CMC 360 SE SITUE-T-IL PARMIS LES PROTOCOLES NATIONAUX, PROFESSIONNELS ET RÉGLEMENTAIRES?	15
9. SUR QUELLES DONNÉES PROBANTES LE CMC 360 REPOSE-T-IL?	16
10. QUELLES LEÇONS TIRÉES DES RECHERCHES SUR LA RMS ONT SERVIES À LA MISE AU POINT DU PROGRAMME CMC 360?	17
10.1. Veiller à ce que les items mettent l'accent sur des comportements observables	17
10.2. Mettre l'accent sur les rôles de collaborateur, de professionnel et de communicateur de CanMEDS	17
10.3. Utiliser l'échelle de likert (de fortement en désaccord à fortement d'accord) avec un point central neutre et une option « incapable d'évaluer »	18
10.4. Considérer le nombre de répondants requis pour chaque questionnaire, en faisant attention à la faisabilité et à la fiabilité	18
10.5. Inclure la possibilité d'ajouter des commentaires de forme libre	18
10.6. Faire choisir les répondants par le médecin évalué	19
10.7. Consigner la rétroaction.....	19

10.8.	Comprendre le rôle de l'autoévaluation dans l'acceptation et l'utilisation des données de RMS sur l'évaluation du rendement	19
10.9.	Tenir une conversation de rétroaction avec un animateur-accompagnateur	20
10.10.	Élaborer un plan d'action	21
10.11.	Utiliser la RMS comme outil de formation et d'amélioration de la qualité plutôt que comme outil d'évaluation sommative	21
11.	QUELLES SONT LES LIMITES DU PROGRAMME CMC 360?	22
11.1.	Évaluation formative	22
11.2.	Nombre de répondants	22
11.3.	Ressources nécessaires	22
11.4.	Les stimulus sont des activités quotidiennes réelles et aléatoires, différentes pour chaque observateur	22
	RÉFÉRENCES	23
	ANNEXE A : Triptyque sur le modèle R2C2 de rétroaction réfléchie	27
	ANNEXE B : Exemple de gabarit de plan d'action	29

TERMINOLOGIE

	DESCRIPTION
ANIMATEUR- ACCOMPAGNATEUR	Un animateur assiste ou guide des personnes ou un groupe dans l'examen d'information ou le lancement d'une activité. Un accompagnateur en éducation joue un rôle semblable en aidant une personne à définir des objectifs d'amélioration de son rendement et en élaborant avec cette personne un plan d'action en vue d'atteindre ces objectifs. Nous employons le terme <i>animateur-accompagnateur</i> pour souligner à la fois le rôle d'animation et la recherche de résultats dans le programme CMC 360.
COLLÈGUES MÉDECINS	Médecins qui agissent comme pairs, qui adressent des patients ou qui sont consultés à titre d'experts
COLLÈGUES NON-MÉDECINS	Personnel infirmier, pharmaciens, diététistes et autres professionnels de la santé désignés par le médecin pour remplir les questionnaires
ÉVALUATION FORMATIVE	Obtention de données à des fins d'apprentissage (c.-à-d. pour la formation de la personne évaluée et l'amélioration de son rendement)
ÉVALUATION SOMMATIVE	Obtention de données à des fins d'évaluation (c.-à-d. pour que l'institution ou l'organisme auquel appartient la personne évaluée puisse prendre des décisions ayant des enjeux importants concernant son rendement)
ÉVALUATEURS	Personnes qui remplissent des sondages sur le médecin évalué; ce peuvent être des collègues médecins, des collègues non-médecins et des patients
INSTRUMENTS	Questionnaires ou sondages du CMC 360
ITEMS	Questions utilisées dans les instruments du CMC 360

ABRÉVIATIONS

	DESCRIPTION
AEM	L'amélioration de l'exercice médical (AEM) est le processus élaboré par la FOMC pour que les médecins s'autoévaluent et améliorent leur exercice de la médecine, à l'aide d'une démarche systémique d'amélioration de la qualité. Voir fmrac.ca/wp-content/uploads/2016/05/PPI-System_FR.pdf .
AFMC	Association des facultés de médecine du Canada
CanMEDS	Référentiel qui définit et décrit les compétences dont les médecins doivent faire preuve pour répondre de façon efficace aux besoins de ceux et celles à qui ils prodiguent des soins. Il a été adopté sous le nom de CanMEDS par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRCMC), et sous le nom de CanMEDS-MF par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).
CMC	Conseil médical du Canada
CMC 360	Nom donné aux instruments et au programme de rétroaction multisource du CMC
CMCA	Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CPC	Compétence par conception
CRCMC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
ÉTUDES G	Études de généralisabilité
FOMC	Fédération des ordres des médecins du Canada
PAR	<i>Physician Achievement Review</i> , ancien programme de RMS du CMCA qui a été remplacé par le CMC 360
PPC	Perfectionnement professionnel continu
RMS	Rétroaction multisource

1. À QUI CE GUIDE EST-IL DESTINÉ?

Ce guide est principalement destiné aux organismes qui ont adopté le programme CMC 360 du Conseil médical du Canada (CMC) pour fournir une rétroaction multisource (RMS) aux médecins. Il est aussi destiné aux organismes qui envisagent d'utiliser le CMC 360 dans l'avenir. Ce guide pourrait en outre intéresser les médecins qui participent à une évaluation dans le cadre du CMC 360, ainsi que leurs collègues médecins, leurs collègues non-médecins (p. ex., le personnel infirmier, les pharmaciens) et leurs patients susceptibles d'agir comme évaluateurs. D'autres ressources plus brèves pourraient également convenir davantage selon les circonstances.

2. QU'EST-CE QUE LE CMC 360 ET POURQUOI EST-CE IMPORTANT?

Le CMC 360 est l'outil de RMS conçu par le CMC pour évaluer le rendement des médecins sur leur lieu de travail et fournir à ceux-ci des données sur leur rendement. Il sert à évaluer les rôles de communicateur, de collaborateur et de professionnel de CanMEDS. On a jugé que ces rôles, cruciaux pour la sécurité des patients, se prêtent à une évaluation par RMS. On sait maintenant qu'une communication médiocre avec les patients, les collègues médecins et non-médecins, de même qu'un comportement non professionnel, ont des effets négatifs sur les soins et sur l'évolution de l'état des patients. Par exemple, une communication inadéquate lors d'un transfert ou d'un changement de quart peut entraîner des erreurs nocives pour les patients. De la même manière, des communications (p. ex., résumés de sortie, communications avec l'équipe de soins de santé, explications et plans de traitement fournis aux patients) qui manquent de clarté ou qui sont inappropriées compromettent les soins aux patients. C'est aussi le cas d'un comportement non professionnel qui nuit à une communication ouverte et respectueuse de la part de tous les intervenants dans les soins aux patients. Par contre, une bonne communication et des habiletés de collaboration déployées d'une manière professionnelle améliorent la sécurité des patients.

3. QU'EST-CE QUE LA RÉTROACTION MULTISOURCE?

La RMS est un processus élaboré à l'origine dans le secteur industriel (Bracken *et al.*, 2016; Bracken et Church, 2013). Conscients de l'importance de fournir aux médecins une rétroaction sur leurs comportements professionnels, les ordres des médecins, les organisations professionnelles et les systèmes de santé ont commencé à utiliser la RMS. Ce processus comporte la collecte de données auprès des personnes qui travaillent avec la personne évaluée et fournit une rétroaction sur le rendement réel de cette personne dans sa manière d'exercer (Lockyer et Sargeant, 2012). Le processus de RMS comporte quatre étapes :

- Les données sur les comportements observables en milieu de travail d'un médecin sont recueillies à l'aide de questionnaires remplis par les personnes qui interagissent avec le médecin et d'un questionnaire d'auto-évaluation;
- Les données sur le médecin sont regroupées par source (p. ex., collègues médecins, patients, collègues non-médecins), afin d'assurer l'anonymat et la confidentialité;

- Les données regroupées et les données d'auto-évaluation sont fournies à la personne dans un rapport faisant état des points forts et des possibilités d'amélioration, et en vue de planifier les changements;
- Le médecin rencontre une personne de confiance pour examiner les données, avoir une conversation sur la rétroaction et élaborer un plan d'action (Lockyer, 2017).

4. LES QUATRE ÉTAPES

Les quatre étapes de la RMS correspondent aux composantes importantes du CMC 360.

4.1. COLLECTE DE DONNÉES D'ÉVALUATION À L'AIDE DE QUESTIONNAIRES

En plus d'un questionnaire d'autoévaluation que le médecin doit remplir, il y a trois questionnaires différents adaptés aux groupes d'évaluateurs :

- collègues médecins (p. ex., médecins qui agissent comme pairs, qui adressent des patients ou qui sont consultés à titre d'experts);
- collègues non-médecins (p. ex., personnel infirmier, pharmaciens, diététistes);
- patients.

Chaque questionnaire comporte environ 30 items portant sur des comportements observables liés aux rôles de CanMEDS de collaborateur, de communicateur et de professionnel (voir la page royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f). Les questionnaires sont adaptés en fonction de la relation entre chaque groupe d'évaluateurs et les médecins. Par exemple, en ce qui concerne le rôle de communicateur, le questionnaire destiné aux patients comprend l'énoncé suivant : « *Ce médecin a répondu à mes questions d'une manière que je pouvais comprendre.* » Dans le cas des collègues non-médecins, l'énoncé est : « *Ce médecin me donne de bons conseils concernant des décisions cliniques difficiles.* ». Pour les collègues médecins, le questionnaire comprend l'énoncé suivant : « *Ce médecin me transmet en temps opportun l'information et la documentation sur nos patients communs.* » Le questionnaire d'autoévaluation reprend des éléments choisis parmi ceux des trois questionnaires destinés aux évaluateurs et demande au médecin d'évaluer son propre rendement. Voici un exemple d'énoncé du questionnaire d'autoévaluation : « *Je donne des conseils lorsqu'on me consulte à propos de décisions cliniques difficiles.* »

Les items des questionnaires comportent une échelle d'évaluation à cinq degrés (de fortement en désaccord à fortement d'accord, y compris un point central neutre où le répondant n'est ni en désaccord ni d'accord). Il y a aussi une option « incapable d'évaluer » pour les cas où le répondant n'a pas l'information voulue. De plus, tous les questionnaires permettent d'ajouter des commentaires de forme libre. Les répondants sont invités à décrire une chose que le médecin fait particulièrement bien et une chose qu'il pourrait d'après eux mieux faire.

Les évaluateurs peuvent varier d'un programme à l'autre. En général, ils sont recrutés par le médecin évalué, mais ils peuvent l'être par d'autres personnes (p. ex., le chef de département). Le nom et l'adresse courriel de huit à 12 collègues médecins et de huit à 12 collègues non-médecins sont fournis; ces personnes sont invitées à remplir les questionnaires. Les évaluateurs ainsi désignés doivent connaître le médecin et son travail clinique suffisamment bien pour fournir

une rétroaction constructive et réfléchie. Le médecin ou le personnel de son cabinet invite de 25 à 35 patients à remplir des questionnaires. Même si le fait que le médecin choisisse ses évaluateurs soulève des préoccupations, il est généralement le mieux placé pour désigner les personnes qui le connaissent et qui sont au courant de son exercice de la médecine. De plus, étant donné l'objectif de formation du CMC 360 (fournir au médecin de l'information permettant de l'aider à améliorer sa manière d'exercer), les données sont plus utiles si elles proviennent d'évaluateurs offrant une variété de points de vue et capables d'évaluer avec exactitude le rendement du médecin. Selon la littérature spécialisée, cette façon de faire produit clairement des données de RMS qui permettent de distinguer les médecins du point de vue de leur rendement.

4.2. REGROUPEMENT DES DONNÉES

Une fois recueillies, les données concernant un médecin sont regroupées selon leur origine, afin que le médecin reçoive, en plus des données de son autoévaluation, des rapports distincts sur l'évaluation fournie par les patients, les collègues médecins et les collègues non-médecins. Le regroupement garantit l'anonymat des réponses tout en donnant au médecin un rapport unique sur le point de vue de chaque groupe d'évaluateurs, ainsi que des données comparatives dans le cas des items identiques d'un questionnaire à l'autre. Les commentaires de forme libre des évaluateurs sont transmis tels quels. Les évaluateurs sont encouragés à fournir des commentaires précis et utiles, mais ils sont aussi informés que les commentaires de forme libre ne seront en rien modifiés.

4.3. FOURNITURE D'UN RAPPORT

Chaque médecin évalué reçoit un rapport contenant :

- des données graphiques montrant le rendement du médecin pour chacun des trois rôles;
- les fréquences de chaque score et le score moyen pour chaque item des questionnaires;
- des graphiques de comparaison de l'évaluation des collègues médecins, des collègues non-médecins et des patients avec l'autoévaluation du médecin;
- des données comparatives entre, d'une part, l'autoévaluation du médecin et, d'autre part, les scores moyens donnés par les collègues médecins, les collègues non-médecins et les patients;
- les commentaires de forme libre, énumérés par question et par source;
- des conseils sur la manière d'interpréter et d'utiliser le rapport, de même que sur la manière de réfléchir aux points forts du médecin et aux domaines où il souhaiterait s'améliorer.

4.4. CONVERSATION SUR LA RÉTROACTION, ACCOMPAGNEMENT, ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION

Chaque médecin rencontre un animateur-accompagnateur ou une autre personne de confiance pour une conversation de rétroaction concernant son rapport de RMS, ce qu'il signifie pour le médecin et comment l'utiliser. Cette conversation et l'accompagnement qui s'ensuit peuvent se

faire de différentes manières. Dans certains cas, chaque médecin aura une rencontre en personne ou par téléphone pour discuter du rapport et de ses conclusions. Dans d'autres cas, le médecin choisira un collègue digne de confiance pour examiner le rapport avec lui. La conversation de rétroaction a pour but d'examiner le rapport, de voir les réactions du médecin aux données d'évaluation, de définir des possibilités d'amélioration et d'élaborer conjointement un plan d'action. Le plan d'action décrit les principaux changements que le médecin compte faire dans les six à 12 mois suivants, ainsi que des renseignements sur les ressources requises à l'appui de ces changements, les éléments catalyseurs et les obstacles, de même que ce qui constituera un succès.

5. EN QUOI LE CMC 360 CONSTITUE-T-IL UN OUTIL D'ÉVALUATION UNIQUE ET IMPORTANT, COMPLÉMENTAIRE À D'AUTRES DÉMARCHES?

Le CMC 360 permet d'obtenir des données uniques sur le rendement dans les rôles de communicateur, de collaborateur et de professionnel de CanMEDS. Ce sont les personnes qui travaillent régulièrement avec les médecins (collègues médecins et non-médecins), les observent dans l'exercice de leur profession et interagissent assez souvent avec eux, qui sont les mieux placées pour évaluer leur rendement dans ces rôles. La contribution des patients à l'évaluation de la pratique médicale est généralement sous-utilisée et confère à la RMS son caractère unique. Les patients sont dans une position privilégiée pour fournir une rétroaction sur les soins reçus. Le CMC 360 offre aux patients la possibilité de fournir une rétroaction de manière sûre et confidentielle. Les patients peuvent évaluer avec exactitude la qualité de la communication et la collaboration de leur médecin. Ils peuvent aussi faire des commentaires sur l'interaction professionnelle. Très peu d'évaluations de l'exercice de la médecine font appel de manière importante à la contribution des patients. La RMS constitue une manière réaliste de recueillir ces données et de les transmettre aux médecins.

On sait que le rendement d'un médecin en tant que communicateur, collaborateur et professionnel a des incidences sur la sécurité des patients. Une communication médiocre avec les patients, de même qu'avec les collègues médecins et non-médecins, ainsi qu'un comportement non professionnel ont des effets négatifs sur les soins et l'évolution de l'état des patients. Par exemple, des demandes de consultation mal rédigées peuvent entraîner des retards, dans un contexte où les rendez-vous sont donnés selon des priorités, ou peuvent se traduire par des examens inutiles. De la même manière, un manque de disponibilité ou de coordination avec le personnel infirmier, les diététistes, les pharmaciens, etc., peut empêcher les patients d'avoir accès au bon traitement au bon moment. Des explications inadéquates fournies aux patients peuvent nuire à l'observance de la médication ou du plan de traitement, et entraîner des visites et suivis inutiles auprès d'autres médecins et professionnels de la santé.

Le CMC 360 est un outil parmi d'autres servant à l'évaluation du rendement. Si l'on combine les données de la RMS sur les rôles de communicateur, de collaborateur et de professionnel avec des données sur l'évaluation du rôle d'expert médical, on obtient une évaluation plus complète du rendement d'un médecin. Les sources habituelles de données sur le rendement en tant qu'expert médical comprennent les vérifications de dossiers médicaux, les habitudes de

prescription, les mesures de processus et de résultats concernant les patients et leur évolution, ainsi que l'évaluation des normes et procédures du cabinet ou de la clinique. La combinaison de toutes ces données peut procurer au médecin une vue d'ensemble de son rendement.

Le CMC 360, à l'instar de la RMS en général, convient mieux comme outil d'évaluation formative (qui vise à procurer au médecin des données d'évaluation à des fins de formation et d'amélioration). Il n'est pas adapté pour servir seul de moyen d'évaluation sommative (afin de fournir des données aux organismes qui prennent des décisions ayant des enjeux importants concernant le rendement d'un médecin). Idéalement, le CMC 360 devrait s'ajouter à d'autres données sur le rendement pour guider le médecin dans l'amélioration continue de la qualité de son travail.

6. COMMENT LE CMC 360 EST-IL MIS EN ŒUVRE AU SEIN D'UN ORGANISME?

La mise en œuvre du CMC 360 par un organisme exige un engagement et des ressources de sa part. Pour assurer que cela soit couronné de succès, il faut élaborer un plan complet de mise en place comportant un calendrier réaliste de même qu'un plan de communication solide et continu (Lockyer et al., 2012; Lockyer, 2017). Il y a des décisions à prendre au cours de la mise en place, du maintien, de l'évaluation et de la supervision du programme.

6.1. ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE PRÉPARATION DE L'ORGANISME POUR LE CMC 360

L'organisme doit évidemment disposer du financement nécessaire pour mettre en œuvre les instruments d'évaluation, produire les rapports et fournir les rétroactions. Il est également souhaitable qu'il y ait au sein de l'organisme des promoteurs du CMC 360.

6.2. EXAMEN DU SOUTIEN ET DE L'ENGAGEMENT ENVERS LE PROGRAMME AU SEIN DE L'ORGANISME

La direction de l'organisme doit s'engager à mettre sur pied, à appuyer et à promouvoir le programme. Les évaluateurs doivent s'engager à fournir une rétroaction qui soit réfléchie. Les médecins évalués doivent s'engager à examiner attentivement les données d'évaluation et à en discuter en vue d'élaborer un plan d'action. Des ressources techniques et humaines suffisantes doivent être affectées au programme. Il faut un plan de recrutement et de formation des médecins animateurs-accompagnateurs qui travailleront auprès des médecins évalués, ainsi que les budgets requis.

6.3. DÉSIGNATION DE L'ÉQUIPE CHARGÉE DU CMC 360

Il s'agit de l'équipe qui veillera à l'introduction et au maintien du CMC 360 et qui sera chargée de répondre aux questions à ce sujet lors de réunions et d'autres activités. Elle devrait comprendre des membres de la direction ainsi que des médecins qui seront évalués.

6.4. DÉTERMINATION DES PERSONNES QUI AURONT ACCÈS AUX RÉSULTATS ET DES MODALITÉS D'UTILISATION DE CEUX-CI

Le CMC 360 se veut une initiative de formation et d'amélioration de la qualité des médecins. Si on compte l'utiliser à d'autres fins (p. ex., pour éclairer des décisions sommatives), il faut dire clairement aux médecins et aux évaluateurs comment les données seront utilisées. Dans certains organismes, un animateur indépendant discutera des données avec chaque médecin évalué et aura accès aux résultats. Dans d'autres cas, le chef de division ou de département mènera les discussions. Même si des comportements manifestement répréhensibles seront détectés chez relativement peu de médecins, un plan doit être en place pour prévoir ces situations et agir en conséquence.

6.5. DÉSIGNATION DES PARTICIPANTS ET DES ÉVALUATEURS

Même s'il est important que tous les médecins participent au programme, il faudra déterminer ce qui est faisable en fonction des ressources (financières et humaines) disponibles. Il faut aussi reconnaître qu'un trop grand nombre d'évaluations simultanées dans un même milieu peut nuire à l'engagement des acteurs si on demande aux mêmes personnes d'évaluer plusieurs médecins.

6.6. DÉTERMINATION DE LA FRÉQUENCE DES RMS

Pour décider de la fréquence d'utilisation de l'outil d'évaluation, il faut prendre une décision concernant l'amélioration de la qualité (fréquence à laquelle il faut fournir une rétroaction aux médecins quant à leur rendement par rapport aux normes) et réfléchir aux moments où il faut fournir une rétroaction supplémentaire pour aider à déterminer s'il y a eu amélioration. Des évaluations trop rapprochées peuvent ne pas laisser assez de temps à un médecin pour s'améliorer et aux autres acteurs pour voir les changements. Les ressources disponibles doivent aussi entrer en ligne de compte.

6.7. DÉFINITION DU PROCESSUS DE COMMUNICATION DE LA RÉTROACTION, D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION

Les données d'évaluation sont mieux acceptées et utilisées si elles sont présentées lors d'une conversation de rétroaction avec un animateur-accompagnateur spécialement formé qui aide les médecins à interpréter leurs données, à déterminer des manières de s'améliorer et à élaborer un plan d'action qui fera ensuite l'objet d'un suivi. Des ressources doivent être allouées à cela. Le minimum consiste à fournir à chaque médecin évalué un protocole de discussion normalisé dont il parlera avec un collègue digne de confiance. Mais il vaut mieux former un groupe de personnes comme animateurs-accompagnateurs qui discuteront avec les médecins évalués, par téléphone ou en personne, du contenu de leur rapport de RMS. Dans certains organismes, un chef de département ou de division peut être chargé de cette conversation. Voici des critères de succès d'un dialogue de rétroaction avec un animateur-accompagnateur :

- veiller à ce que les processus et pratiques assurent aux médecins évalués le respect de la confidentialité;
- mener le dialogue d'une manière respectueuse, dans un contexte sûr et rassurant;
- être conscient qu'il s'agit d'une évaluation formative dont les bienfaits ne seront optimaux que si l'on encourage les médecins à définir eux-mêmes des stratégies

d'amélioration du rendement qu'ils pourront mettre en œuvre, plutôt que de leur dicter des solutions.

6.8. RECRUTEMENT ET FORMATION DES ANIMATEURS-ACCOMPAGNATEURS

L'animateur-accompagnateur joue un rôle crucial dans les discussions. Ce rôle consiste à mener un dialogue de rétroaction réfléchi avec les médecins à propos de leurs données d'évaluation du CMC 360. L'animateur-accompagnateur doit ainsi aider les médecins à connaître les possibilités d'amélioration, les accompagner dans la définition des objectifs de changement, et collaborer à l'élaboration d'un plan d'action approprié. Le rôle de l'animateur-accompagnateur comprend les tâches suivantes :

- établir une relation de confiance avec les médecins;
- examiner leurs réactions au rapport et aux données d'évaluation;
- encourager une auto-évaluation fondée sur la réflexion et l'autocritique;
- veiller à ce que les médecins comprennent la signification des données d'évaluation pour eux et leur manière d'exercer;
- favoriser la reconnaissance des points forts et des possibilités d'amélioration, et choisir une ou plusieurs de ces possibilités à mettre en œuvre en priorité;
- élaborer avec les médecins des plans d'action permettant de mettre en œuvre les possibilités d'amélioration;
- déterminer et fournir les ressources qui aideront les médecins à réaliser leur plan d'action;
- aider les médecins, au cours de tout ce processus, à s'autoévaluer et à prendre en main leur formation en vue d'un apprentissage efficace tout au long de leur carrière.

6.9. RÉALISATION D'UN PROJET PILOTE

Les organismes qui n'ont pas eu de programme de RMS dans le passé devraient mener un petit projet pilote portant sur 10 à 20 médecins. Ce projet étudiera l'acceptation par les médecins et les autres intervenants de l'initiative elle-même et des questionnaires, les réponses aux questionnaires, la faisabilité du programme de RMS et l'efficacité du processus de rétroaction. Idéalement, les médecins participant au projet pilote deviendraient les animateurs-accompagnateurs pour d'autres médecins. Ainsi, ces personnes-clés auraient une connaissance concrète du processus et pourraient décrire leur expérience personnelle et la manière dont ils ont utilisé les données de leur RMS. Dans le cas des organismes qui ont déjà l'expérience d'un programme de RMS, l'accent devrait être mis sur le fonctionnement du CMC 360.

6.10. ÉVALUATION ET MODIFICATION DU PROGRAMME

Les programmes et les organisations évoluent constamment. Il est important que les organismes participants s'engagent avec le CMC dans l'adaptation et la modification du programme et de ses composantes à mesure que des changements sont nécessaires.

7. COMMENT PEUT-ON OPTIMISER LES EFFETS DE LA RMS SUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ GRÂCE À UNE CONVERSATION DE RÉTROACTION AVEC UN ANIMATEUR, À L'INTERVENTION D'UN ACCOMPAGNATEUR ET À L'ÉLABORATION CONJOINTE D'UN PLAN D'ACTION?

Les recherches effectuées dans le secteur industriel et dans le domaine de l'enseignement de la médecine montrent que la simple réception d'un rapport sur le rendement, même si les lacunes sont manifestes, est souvent insuffisante pour favoriser l'apprentissage ou un changement dans la manière d'exercer (Bracken et Rose, 2011; Ferguson et al., 2014; Sargeant et al., 2007; Sargeant et al., 2005). De nombreux facteurs influencent l'acceptation des données concernant le rendement et leur utilisation pour changer des comportements. Mentionnons entre autres la confiance en sa propre capacité à changer, les perceptions de la crédibilité des données, les perceptions de son propre rendement, les réactions émotionnelles aux données, le contexte de l'activité professionnelle, le soutien des pairs, les contraintes du système, etc. Par conséquent, le processus de changement dans la manière d'exercer après la réception de données sur le rendement est généralement complexe et exige souvent trois interventions spécifiques :

- une conversation de rétroaction avec un animateur sur le rapport et les données de la RMS;
- l'intervention d'un accompagnateur;
- l'élaboration conjointe d'un plan d'action.

Des recherches révèlent en outre les éléments d'une conversation de rétroaction qui augmentent son efficacité et contribuent au succès de l'accompagnement et de l'élaboration d'un plan d'apprentissage et d'amélioration du rendement :

- fournir une relation et un milieu propices et respectueux;
- utiliser des questions ouvertes pour stimuler la réflexion du médecin, ainsi que pour l'aider dans son autoévaluation et son autocritique;
- explorer le point de vue et les réactions du médecin face au rapport et aux données d'évaluation;
- s'assurer que le médecin comprend la signification des données;
- déterminer à partir des données les points forts du médecin et les possibilités d'amélioration.

R2C2 (Sargeant et al., 2015) est un modèle de rétroaction réfléchi avec l'aide d'un animateur qui comprend ces éléments et qui tient compte des divers facteurs ayant un effet sur l'acceptation et l'utilisation des données concernant le rendement. Ce modèle comprend quatre phases :

1. l'établissement d'une relation;
2. l'exploration des réactions à la rétroaction;
3. l'exploration de la compréhension du contenu de la rétroaction;
4. l'accompagnement de la modification du rendement (voir l'annexe A).

Chaque phase se fonde sur une théorie et des recherches qui orientent la conversation de rétroaction et comporte des questions ouvertes favorisant la réflexion personnelle, l'autocritique et l'autodirection. Ce modèle est destiné à être utilisé de manière itérative par l'animateur-accompagnateur pour explorer les sections du rapport et des données qui sont les plus significatives pour le médecin et l'animateur-accompagnateur, puis accompagner le médecin et élaborer un plan d'action pour chaque section.

Dans le cas de rapports de RMS comme celui du CMC 360, les discussions devraient porter sur les données concernant chacun des trois rôles de CanMEDS (communicateur, collaborateur, professionnel) fournies par les collègues médecins, les collègues non-médecins et les patients. À titre d'exemple, il peut y avoir dans les rapports sur les données de ces groupes de personnes des points communs concernant la communication qui doivent être examinés en vue de l'élaboration d'un plan d'action. Pour être vraiment formatives, les discussions devraient mettre l'accent sur les forces relatives du médecin et sur les domaines où il pourrait s'améliorer, et ce pour chacun des trois rôles. L'objectif visé est que le processus d'élaboration d'un plan d'action soit perçu au sein de la profession comme partie d'une culture d'apprentissage plutôt que comme un mécanisme punitif. Dans le cas de médecins dont l'évaluation est excellente, le dialogue pourrait porter sur les changements ou les améliorations qu'eux-mêmes aimeraient apporter.

Plus important encore, le rapport d'autoévaluation du médecin permet de susciter un dialogue de réflexion, en particulier si les scores résultant de l'autoévaluation diffèrent de ceux donnés par les évaluateurs (Sargeant et al., 2009). Une différence permet de susciter une réflexion approfondie, d'une manière non menaçante, à l'aide de questions ouvertes telles que « Pourquoi d'après vous les scores sont-ils différents? » et « D'après vous, qu'est-ce qui se passe dans ce cas? ». Il s'agit ici de faire preuve de curiosité et de comprendre comment le médecin perçoit son propre rendement et comment il voit ses propres scores et ceux attribués par les évaluateurs. Pendant ce processus, une tâche importante de l'animateur-accompagnateur consiste à permettre au médecin de bien comprendre ses propres scores et les raisons des différences avec les scores attribués par les évaluateurs, puis à aider le médecin à se concentrer sur les occasions de changement mises en lumière par les données et sur l'élaboration d'un plan d'action en conséquence. Si un médecin s'attribue constamment des notes supérieures à celle que lui donnent ses collègues, c'est peut-être le signe d'un manque de conscience de soi. Cela peut être une source de préoccupation, parce que le médecin pourrait ne pas accepter la rétroaction des évaluateurs et ne pas voir un besoin de changement pourtant réel. Dans les rares cas où cela se produit, une conversation téléphonique de suivi avec le médecin peut être nécessaire pour s'assurer qu'il perçoit mieux les données fournies par les évaluateurs.

Dans un contexte éducatif, l'accompagnement est considéré comme « un dialogue centré sur l'amélioration de l'apprentissage et sur le perfectionnement, grâce à une meilleure conscience de soi et à un sens de responsabilité personnelle; au cours de ce dialogue, l'accompagnateur facilite l'autoapprentissage au moyen de questions, de l'écoute active et de remises en question appropriées, dans un climat de soutien et d'encouragement » (traduit de Van Niewerburgh, 2012, p. 19). L'accompagnement est une stratégie qui met l'accent sur les objectifs du médecin lui-même en matière de changement et sur l'élaboration conjointe d'un plan d'action de perfectionnement à partir des données sur le rendement (Sargeant et Holmboe, 2017) et de la discussion qui s'ensuit. La phase d'accompagnement exige des médecins qu'ils définissent des

objectifs quant aux changements à effectuer, qu'ils tiennent compte des obstacles et des catalyseurs de ces changements ainsi que de la façon de les aborder, et qu'ils définissent la manière de mesurer le succès. Un plan d'action structuré guide efficacement le dialogue concernant l'apprentissage et le changement, ainsi que l'élaboration conjointe et la consignation du plan. Il est important que le plan soit élaboré conjointement, pour que le médecin sente que ce plan lui appartient puisqu'il en est l'auteur principal, et pour que l'animateur-accompagnateur y apporte son expérience et ses connaissances. La tâche de l'accompagnateur n'est pas de fournir les réponses, mais de faciliter la définition des priorités et la découverte de stratégies qui permettront au médecin d'atteindre les objectifs auxquels il s'engage. L'annexe B montre un exemple de gabarit de plan d'action.

L'animateur-accompagnateur peut aussi mettre le médecin en contact avec des ressources d'apprentissage et des systèmes d'assistance concernant les rôles de communicateur, de collaborateur et de professionnel, afin que le médecin atteigne ses objectifs en matière d'amélioration. Le CMC fournira une liste de ces ressources, en collaboration avec les ordres professionnels et les unités de perfectionnement professionnel continu (PPC) de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC).

8. OÙ LE PROGRAMME CMC 360 SE SITUE-T-IL PARMIS LES PROTOCOLES NATIONAUX, PROFESSIONNELS ET RÉGLEMENTAIRES?

Le CMC 360 se veut un outil d'évaluation formative fournissant aux médecins des données sur leur rendement, à des fins d'apprentissage et d'amélioration quant à leurs rôles de communicateur, de collaborateur et de professionnel. Il constitue un outil d'évaluation du rendement parmi d'autres. Les médecins peuvent recevoir des données d'autres sources, comme des vérifications de dossiers médicaux et des paramètres sur la population, au sujet de leur rôle d'expert médical. Pris ensemble, le CMC 360 et les évaluations de l'expertise médicale peuvent fournir aux médecins un aperçu plus complet et authentique de leur rendement, et constituer une riche source de données leur permettant de déterminer leurs forces et les domaines où ils pourraient faire mieux, et d'élaborer des plans d'amélioration.

L'utilisation de données de rétroaction pour orienter l'apprentissage et l'amélioration de l'exercice de la médecine fait partie intégrante du PPC au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRCMC). Le CRCMC attribue une cote plus élevée aux activités de PPC fondées sur des données de rendement objectives, qui utilisent des sources externes de données, et dont le résultat peut comprendre des plans d'apprentissage ou des plans d'action portant sur l'exercice de la médecine. Le CMFC accorde davantage de crédit aux activités d'évaluation comportant des critères de qualité concernant le renforcement des apprentissages, la réflexion et la mesure de résultats, et qui conduisent à un plan d'action formel. L'utilisation de données et de rétroactions de sources multiples pour faire évoluer la pratique des médecins dans plusieurs rôles de CanMEDS ira dans le sens de la transition du CRCMC vers le PPC fondé sur les compétences, dans un contexte de compétence par conception (CPC).

Du point de vue réglementaire, la Fédération des ordres des médecins du Canada a formellement reconnu le rôle que jouent l'évaluation du rendement et l'évaluation en cours

d'exercice dans l'amélioration continue de la pratique et, en 2015, a lancé le cadre de l'amélioration de l'exercice médical (AEM). L'AEM est un processus cyclique en cinq étapes qui repose sur des principes d'amélioration de la qualité :

1. comprenez votre pratique;
2. évaluez votre pratique;
3. créez votre plan d'apprentissage;
4. mettez votre plan d'apprentissage en œuvre;
5. évaluez les résultats.

Le processus du CMC 360 s'inscrit facilement dans le cycle d'AEM, en fournissant aux médecins des données d'évaluation qui serviront à élaborer et mettre en œuvre un plan d'apprentissage de même qu'à en évaluer les résultats.

Enfin, il ne faut pas oublier que, même si des données d'évaluation comme celles du CMC 360 peuvent aider à définir des possibilités d'amélioration de la pratique d'un médecin, la mise en œuvre de tout changement est souvent plus difficile. Elle peut être encore plus difficile si le changement ne concerne pas seulement le médecin lui-même, mais doit se faire à l'échelle d'une clinique ou du système.

9. SUR QUELLES DONNÉES PROBANTES LE CMC 360 REPOSE-T-IL?

Le CMC 360 a été élaboré à partir du programme Physician Achievement Review (PAR) mis en place par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta (CMCA). Les instruments ont été créés puis utilisés en Alberta, en Nouvelle-Écosse, au Manitoba, en Ontario et en Colombie-Britannique. Pendant les phases de test et d'exploitation de PAR (de 1977 à 2016), quatre thèses postdoctorales, un mémoire de maîtrise et plus de 40 études résultant de travaux effectués en Alberta, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve ont été publiés dans des revues à comité de lecture. Plusieurs chapitres de livre ont été écrits et de nombreux ateliers, symposiums et communications présentés sur le sujet lors de rencontres nationales et internationales. Mentionnons notamment les suivants :

- études psychométriques (de validité et fiabilité), de faisabilité et d'acceptabilité des instruments dans neuf domaines de spécialité et deux provinces (Hall et al., 1999; Sargeant et al., 2003; Lockyer et Violato, 2004; Lockyer et al., 2006a, 2006b, 2009a; Violato et al., 2003, 2006; Violato et Lockyer, 2006);
- études comparatives avec d'autres instruments de RMS (Overeem et al., 2010);
- examens de l'utilisation de la rétroaction par des médecins pour apporter des changements (Fidler et al., 1999; Lockyer, 2003; Sargeant et al., 2003);
- explorations des obstacles et des catalyseurs à l'utilisation des données pour apporter des modifications à l'exercice de la médecine (Fidler et al., 1999; Sargeant et al., 2005, 2007, 2009);
- examens de l'utilité d'un dialogue de rétroaction avec un accompagnateur, afin de discuter des données et du rapport d'évaluation, des réactions du médecin à leur sujet,

de ses points forts, ainsi que des occasions fournies par les données et des plans pour les utiliser à des fins d'amélioration (Sargeant et al., 2009, 2015);

- évaluation de l'évolution longitudinale des données dans le cas de médecins qui ont participé à PAR à plus d'une occasion (Lockyer et al., 2009b; Violato et al., 2008);
- comparaison du rendement des médecins selon la faculté canadienne où ils ont obtenu leur diplôme (Lockyer et al., 2009b; Lockyer et al., 2012);
- examen du lien entre, d'une part, les notes de PAR et, d'autre part, les nominations et l'enseignement universitaires (Sargeant et al., 2015).

Le programme PAR a également donné lieu à des examens systématiques de la RMS, à des études sur le rôle de l'autoévaluation dans l'interprétation de la rétroaction sur le rendement, de même qu'à l'élaboration d'un modèle (le modèle R2C2) visant à faciliter les conversations de rétroaction portant sur les données d'évaluation du rendement.

10. QUELLES LEÇONS TIRÉES DES RECHERCHES SUR LA RMS ONT SERVIÉES À LA MISE AU POINT DU PROGRAMME CMC 360?

L'utilisation des instruments du programme PAR a permis de tirer de nombreuses leçons. De plus, des études effectuées au Royaume-Uni, aux États-Unis et ailleurs auprès d'étudiants de premier cycle, de médecins résidents et de médecins exerçant de manière autonome ont contribué aux recherches et à la théorie sur lesquelles se fondent la conception et la mise en œuvre des instruments du CMC 360.

10.1. VEILLER À CE QUE LES ITEMS METTENT L'ACCENT SUR DES COMPORTEMENTS OBSERVABLES

Des personnes faisant l'objet de la RMS ont demandé comment les répondants pouvaient remplir un questionnaire sans être en mesure de les observer. Le comité d'élaboration des instruments a veillé à ce que tous les items du CMC 360 correspondent à des éléments observables, pendant la rédaction des questions et au moyen de tests avec des groupes témoins.

10.2. METTRE L'ACCENT SUR LES RÔLES DE COLLABORATEUR, DE PROFESSIONNEL ET DE COMMUNICATEUR DE CanMEDS

Les sept rôles de CanMEDS sont tous importants, mais ceux de communicateur, de collaborateur et de professionnel sont centraux dans l'exercice quotidien de la médecine, et ont des répercussions sur la sécurité des patients et l'évolution de leur état de santé. De nombreux outils objectifs tels que les vérifications de dossiers médicaux, les profils de prescription, les pratiques de prescription d'opiacés et de benzodiazépines, ainsi que les normes d'évaluation de l'exercice de la médecine, permettent d'évaluer le rôle d'expert médical. D'autre part, il peut être difficile de créer des items permettant d'évaluer les rôles de promoteur, de leader et d'érudit, car ces aspects du rendement d'un médecin sont moins souvent observés, et les médecins ont de la difficulté à trouver suffisamment de répondants capables d'évaluer ces comportements. Par

conséquent, le CMC a décidé de se concentrer sur les rôles de communicateur, de collaborateur et de professionnel.

10.3. UTILISER L'ÉCHELLE DE LIKERT (DE FORTEMENT EN DÉSACCORD À FORTEMENT D'ACCORD) AVEC UN POINT CENTRAL NEUTRE ET UNE OPTION « INCAPABLE D'ÉVALUER »

L'échelle de Likert a été choisie car elle a été utilisée avec succès dans diverses versions du programme PAR. Couramment employée, elle est considérée comme viable, car une échelle comportant plus de cinq valeurs donne des options qu'il peut être difficile de définir et de distinguer. De plus, la RMS ne vise pas à produire un classement des médecins, mais à fournir une rétroaction sur ce qu'ils font bien et ce qu'ils pourraient améliorer. Un point central neutre permet d'éviter les biais statistiques dus à l'absence de réponse (Roy et Streefkerk, 2016), et le libellé « Ni en désaccord ni d'accord » est le plus normalisé en français.

10.4. CONSIDÉRER LE NOMBRE DE RÉPONDANTS REQUIS POUR CHAQUE QUESTIONNAIRE, EN FAISANT ATTENTION À LA FAISABILITÉ ET À LA FIABILITÉ

Plusieurs études ont porté sur la fiabilité des données d'évaluation fournies aux médecins. Des études de généralisabilité (études G) ont montré qu'il est difficile d'atteindre un degré de fiabilité normalement considéré comme acceptable pour la prise de décision lorsque l'enjeu est important. D'autre part, des études montrent que c'est probablement à cause de l'hétérogénéité des patients qu'il en faut bien davantage que des collègues médecins ou non-médecins, qui ont une perspective moins différente sur les items des questionnaires. D'une manière générale, il semble qu'il faut de huit à 12 collègues médecins et de huit à 12 collègues non-médecins, et que 25 à 40 patients permettent d'obtenir un degré raisonnable de fiabilité (Lockyer, 2017). Le CMC procédera à des tests psychométriques pour déterminer les nombres voulus de répondants.

10.5. INCLURE LA POSSIBILITÉ D'AJOUTER DES COMMENTAIRES DE FORME LIBRE

Le CMC 360 encourage les collègues médecins, les collègues non-médecins et les patients à ajouter des commentaires portant sur des aspects précis où le médecin réussit bien et sur d'autres où le médecin pourrait chercher à s'améliorer. On sait que la manière de poser les questions incitant des commentaires a une influence sur la nature et le type de ces commentaires. Des études ont montré que les médecins peuvent s'attendre à ce qu'environ 25 pour cent des évaluateurs fournissent des commentaires de forme libre. Ces commentaires seront généralement positifs, et les collègues non-médecins sont plus susceptibles de fournir des commentaires que les collègues médecins. Les commentaires peuvent porter sur tous les rôles de CanMEDS, seront plus ou moins précis et polarisés, et permettront à des degrés divers de définir un plan d'action. La formulation actuelle de ces questions résulte de travaux qui ont porté sur deux modèles de questions et déterminé les questions suscitant le plus grand nombre de réponses. On examinera l'utilité des questions des instruments du CMC 360, et leur formulation sera revue au besoin (Richards et al., 2009; Whitehouse et al., 2005; Overeem et al., 2010).

10.6. FAIRE CHOISIR LES RÉPONDANTS PAR LE MÉDECIN ÉVALUÉ

Le fait que les médecins choisissent leurs propres évaluateurs est l'aspect le plus controversé de la RMS. Des études ont d'abord laissé entendre que les résultats sont similaires peu importe que le médecin ou d'autres personnes aient choisi les évaluateurs. Des travaux plus récents donnent à penser que les médecins dont le rendement laisse à désirer reçoivent des notes plus élevées des collègues médecins qu'ils choisissent eux-mêmes par rapport à des collègues médecins choisis pour eux. D'autres travaux laissent entendre qu'il y a un biais selon que le médecin connaît plus ou moins bien les évaluateurs. Même si dans certains contextes il se peut qu'une tierce partie choisisse les évaluateurs, cela peut être impossible en pratique selon le milieu dans lequel le médecin exerce. Il est conseillé d'encourager les médecins à prendre connaissance des instruments d'évaluation et des comportements évalués, afin d'identifier les collègues médecins et non-médecins qui pourront le mieux observer les comportements et les évaluer d'une manière objective.

10.7. CONSIGNER LA RÉTROACTION

Les rapports de rétroaction doivent être clairs. Plusieurs études notent une difficulté concernant la clarté des données et leur utilité pour aider les médecins à apporter des changements dans leur pratique. De plus, lorsque les médecins reçoivent de la part de leurs collègues médecins et non-médecins des notes inférieures à leurs attentes, ils peuvent être déçus, et leur réaction émotionnelle à ces données peut nuire à l'utilisation de celles-ci pour orienter des changements. Le rapport du CMC 360 a été mis à l'épreuve et continuera d'être évalué quant à sa clarté et à son utilité. Le rapport doit comporter un guide d'interprétation et comprendre des questions qui aident les médecins à réfléchir de manière critique à leurs résultats, à leur perception de leur propre rendement, à leurs points forts et à leurs lacunes, de même qu'aux possibilités et aux plans d'amélioration.

10.8. COMPRENDRE LE RÔLE DE L'AUTOÉVALUATION DANS L'ACCEPTATION ET L'UTILISATION DES DONNÉES DE RMS SUR L'ÉVALUATION DU RENDEMENT

Les recherches menées depuis 10 à 15 ans en pédagogie médicale (Eva et Regehr, 2005, 2008; Davis et al., 2006) confirment à propos des médecins ce que des psychologues cognitifs avaient trouvé pour la population en général (Kruger et Dunning, 1999) : une auto-évaluation individuelle sans l'apport de données externes est habituellement déficiente. Des recherches sur le programme PAR ont montré que la première réaction des médecins à leurs résultats de RMS était de les comparer à leur propre perception de leur rendement. Si les résultats étaient inférieurs à leur perception, ils réagissaient souvent de manière émotive et avaient tendance à ignorer les données de la RMS.

De plus, il y avait une corrélation directe entre leur volonté d'accepter les données de la RMS et les résultats qu'ils avaient obtenus : plus ces résultats étaient bons, plus les médecins étaient prêts à les accepter (Sargeant et al., 2003, 2005). Comme la RMS vise à fournir une rétroaction en vue d'améliorer l'exercice de la médecine, ces constatations furent déconcertantes et ont mené à un ensemble de recherches sur la manière dont les médecins, les résidents et les étudiants s'autoévaluent. Les répondants ont déclaré que l'auto-évaluation doit être éclairée par des données de diverses sources externes telles que les collègues, superviseurs, patients et audits, ainsi que par leurs propres réactions internes. L'interprétation de ces données ainsi que la décision de les accepter et de les utiliser constituent un processus complexe et délicat

(Sargeant et al., 2010; Lockyer et al., 2011; Mann et al., 2011; Eva et al., 2012). Les résultats de ces recherches ont mené à la notion d'autoévaluation éclairée; celle-ci repose sur des travaux antérieurs montrant qu'une autoévaluation doit être éclairée et guidée par des sources externes (Eva et Regehr, 2005, 2008).

Ces travaux ont également soulevé la question suivante : « Si des données externes sont nécessaires pour éclairer une autoévaluation, mais que la personne évaluée est réticente à accepter ces données externes, en particulier lorsque celles-ci démentent ses propres perceptions, comment pourrait-on faciliter l'acceptation et l'utilisation de ces données pour améliorer le rendement? » D'autres recherches sur la manière d'aborder la rétroaction ont été menées pour répondre à cette question et sont décrites dans la section ci-après.

10.9. TENIR UNE CONVERSATION DE RÉTROACTION AVEC UN ANIMATEUR-ACCOMPAGNATEUR

Les médecins comme les chercheurs reconnaissent le besoin pour les médecins d'avoir un dialogue de rétroaction réfléchi avec un animateur à propos de leurs données d'évaluation. Il semble que les personnes qui font l'objet d'une évaluation ont de la difficulté à comprendre et à interpréter les données d'évaluation contenues dans plusieurs rapports, puis à les assimiler pour trouver les points à améliorer. Une réflexion guidée encourage le médecin à considérer et à évaluer son rendement, c'est-à-dire à examiner ses propres perceptions de son rendement, sa compréhension des notes qu'il a obtenues et de leurs implications, ainsi que la signification des différences entre son autoévaluation et l'évaluation de tierces personnes. Une réflexion à l'aide d'un animateur encourage aussi le médecin à reconnaître les points forts et les lacunes de son rendement, à définir des objectifs et à élaborer un plan d'amélioration. En résumé, le fait de favoriser la réflexion peut aider le médecin à se prendre en main en réponse à son rapport d'évaluation et à améliorer son rendement.

Les recherches effectuées dans le secteur industriel soulignent le rôle important d'un accompagnateur (Bracken et Rose, 2011; Bracken et Church, 2013; Bracken et al., 2016) ou d'un animateur (Goodstone et Diamante, 1998) pour favoriser la réflexion et susciter des changements par suite d'une RMS. En médecine, on croit qu'un collègue digne de confiance ou une personne responsable au sein du programme peut aider le médecin à comprendre les données, la manière dont il y réagit et leurs implications, et aider à l'élaboration conjointe d'un plan d'action ou de changement fondé sur ces données.

Les recherches en pédagogie médicale menées pour améliorer l'acceptation et l'utilisation par les médecins des données de leur RMS et d'autres données sur leur rendement ont mené à l'élaboration d'un modèle de rétroaction réfléchi avec l'aide d'un animateur qui tient compte des divers facteurs émotionnels, de l'efficacité personnelle et des motivations faisant en sorte que le médecin endossera ou non les données externes (Sargeant et al., 2015). R2C2 est un modèle de rétroaction réfléchi avec l'aide d'un animateur. Il comprend quatre phases :

1. l'établissement d'une relation;
2. l'exploration des réactions à la rétroaction`;
3. l'exploration de la compréhension du contenu de la rétroaction;
4. l'accompagnement de la modification du rendement.

Ce modèle repose sur trois perspectives théoriques (humanisme, autoévaluation éclairée, science des changements de comportement). Chaque phase s'appuie sur la théorie et la recherche pour guider le dialogue de rétroaction et fournir des questions ouvertes précises favorisant la réflexion et l'autodirection. La phase d'accompagnement comprend aussi un plan d'action structuré distinct pour orienter l'apprentissage et la réflexion à venir.

Dans le cas du CMC 360, la discussion peut prendre différentes formes, mais elle doit se concentrer sur les données de chaque rapport et la synthèse des données des différents rapports. Par exemple, les rapports d'évaluation par les collègues médecins, les collègues non-médecins et les patients peuvent faire ressortir des éléments communs en ce qui concerne la communication; il faut examiner ces éléments avec le médecin en vue d'élaborer un plan d'action. Là encore, pour que ces discussions aient une valeur formative, elles doivent amener le médecin à réfléchir à ses points forts et aux choses sur lesquelles il doit travailler, de sorte que le processus d'élaboration d'un plan d'action fasse partie intégrante d'une culture d'apprentissage au sein de la profession, au lieu d'être considéré comme un processus punitif.

10.10. ÉLABORER UN PLAN D'ACTION

Les contrats et engagements d'apprentissage s'avèrent efficaces dans les domaines des sciences de l'éducation et de la pédagogie médicale, notamment en matière de formation médicale continue (Mazmanian et al., 1997; Mazmanian et Mazmanian 1999; Wakefield, 2004; Wakefield et al., 2003). Les médecins s'engagent à faire des changements et à en assurer le suivi, en particulier s'ils élaborent la stratégie de mise en œuvre des changements et si le plan peut être réalisé dans des délais raisonnables. À l'aide du programme CMC 360, les médecins peuvent détecter des possibilités de changement et les mettre en œuvre dans les rôles de CanMEDS liés à la manière de communiquer avec leurs patients et leurs collègues de travail, d'organiser le fonctionnement de leur cabinet et de mettre de l'information à la disposition des patients. Des recherches sur l'application des connaissances ont révélé de nombreux obstacles à des changements dans la manière d'exercer d'un médecin, tels que l'aptitude au changement, le contexte de pratique, les collègues et le manque de soutien. Il est utile de tenir compte de ces facteurs dans l'élaboration d'un plan d'action.

10.11. UTILISER LA RMS COMME OUTIL DE FORMATION ET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ PLUTÔT QUE COMME OUTIL D'ÉVALUATION SOMMATIVE

La RMS est surtout efficace comme outil de formation ou d'amélioration de la qualité (Wright et al., 2012). Les études G montrent avec constance que la fiabilité n'est pas suffisante pour prendre des décisions ayant des enjeux importants. Cela vient en partie du fait que les scores d'évaluation du rendement se situent principalement dans la partie supérieure de l'échelle de notation, et les écarts sont par conséquent peu importants. De plus, la RMS se concentre sur une petite composante de l'exercice de la médecine. Ces facteurs amènent les spécialistes des sciences de l'éducation et les chercheurs à recommander que la RMS constitue une composante insuffisante en soi pour prendre des décisions sommatives sur le travail d'un médecin, mais susceptible de déclencher d'autres évaluations qui permettront d'obtenir un portrait global de son rendement.

11. QUELLES SONT LES LIMITES DU PROGRAMME CMC 360?

Tous les outils d'évaluation ont des limites et des paramètres dont il faut tenir compte pour établir des pratiques exemplaires.

11.1. ÉVALUATION FORMATIVE

La RMS a déjà été utilisée dans un contexte sommatif, mais des analyses psychométriques (en particulier des analyses de fiabilité) laissent entendre que, dans le contexte médical, la RMS est davantage adaptée à une utilisation formative et en conjonction avec d'autres évaluations (Wright et al., 2012).

11.2. NOMBRE DE RÉPONDANTS

La RMS exige un nombre de répondants suffisant pour fournir des évaluations fiables après le regroupement des données visant à préserver l'anonymat des répondants (Lockyer 2013, 2017).

11.3. RESSOURCES NÉCESSAIRES

Une infrastructure stable de gestion des ressources humaines est nécessaire pour mener les processus de mise en œuvre et de communication du programme, ainsi que pour veiller à la mise en place des mécanismes de rétroaction et de reddition de comptes. S'ils n'ont pas d'aide, les gens ont une capacité limitée d'interpréter les données et de les utiliser pour élaborer de solides plans d'action. Il est conseillé de recourir à l'accompagnement et à d'autres mécanismes de soutien pour utiliser les données de manière optimale. Les médecins n'ont pas tous la même aptitude à utiliser efficacement les données et à en tirer des conclusions. Il faut veiller à ce que des ressources éducatives soient disponibles pour soutenir l'amélioration du rendement des médecins dans les rôles de collaborateur, de communicateur et de professionnel.

11.4. LES STIMULUS SONT DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES RÉELLES ET ALÉATOIRES, DIFFÉRENTES POUR CHAQUE OBSERVATEUR

Un manque de normalisation peut rendre difficile l'interprétation des données. De plus, l'historique d'un médecin peut avoir des effets sur son évaluation. C'est entre autres pour cette raison que le regroupement d'observations que permet la RMS est si précieux.

Références

- Bracken *et al.*, 2016 – BRACKEN, D.W., D.S. ROSE et A.H. CHURCH. « The evolution and devolution of 360° feedback », *Industrial and Organizational Psychology*, vol. 9, n° 4, p. 761-794.
- Bracken et Church, 2013 – BRACKEN, D.W., et A.H. CHURCH. « The "new" performance management paradigm: Capitalizing on the unrealized potential of 360 degree feedback », *People and Strategy*, vol. 36, n° 2, p. 34-40.
- Bracken et Rose, 2011 – BRACKEN, D.W., et D.S. ROSE. « When does 360-degree feedback create behavior change? And how would we know it when it does? », *Journal of Business and Psychology*, vol. 26, n° 2, p. 183-192.
- Davis *et al.*, 2006 – DAVIS, D.A., P.E. MAZMANIAN, M. FORDIS, R. VAN HARRISON, K.E. THORPE, L. PERRIER. « Accuracy of Physician Self-assessment Compared With Observed Measures of CompetenceA Systematic Review », *Journal of the American Medical Association*, vol. 296, n° 9, p. 1094-1102.
- Eva *et al.*, 2012 – EVA, K.W., E. HOLMBOE, J. LOCKYER, E. LONEY, K. MANN et J. SARGEANT. « Factors influencing responsiveness to feedback: On the interplay between fear, confidence, and reasoning processes », *Advance in Health Science Education*, vol. 17, n° 1, p. 15-26.
- Eva et Regehr, 2005 – EVA, K., et G. REGEHR. « Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda », *Academic Medicine*, vol. 80, supplément du n° 10, p. S46-S54.
- Eva et Regehr, 2008 – EVA, K., et G. REGEHR. « "I'll never play professional football" and other fallacies of self-assessment », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 28, n° 1, p. 14-19.
- Ferguson *et al.*, 2014 – FERGUSON, J., J. WAKELING et P. BOWIE. « Factors influencing the effectiveness of multisource feedback in improving the professional practice of medical doctors: a systematic review », *BMC Medical Education*, vol. 14, p. 76.
- Fidler *et al.*, 1999 – FIDLER, H., J. LOCKYER, J. TOEWS et C. VIOLATO. « Changing physicians' practices: The effect of individual feedback », *Academic Medicine*, vol. 74, p. 702-714.
- FOMC, 2015 – FÉDÉRATION DES ORDRES DE MÉDECINS DU CANADA. *Amélioration de l'exercice médical*. Adresse URL : fmrac.ca/wp-content/uploads/2016/05/PPI-System_FR.pdf (dernier accès le 2018-03-23).
- Goodstone et Diamante, 1998 – GOODSTONE, M., et T. DIAMANTE. « Organizational use of therapeutic change: strengthening multisource feedback systems through interdisciplinary coaching », *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, vol. 50, n° 3, p. 152-163.
- Hall *et al.*, 1999 – HALL, W., C. VIOLATO, R. LEWKONIA, J. LOCKYER, H. FIDLER, J. TOEWS, P. JENNETT, M. DONOFF et D. MOORES. « Assessment of physician performance in Alberta: The Physician Achievement Review Project », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 161, n° 1, p. 52-57.

- Kruger et Dunning, 1999 – KRUGER, J., et D. DUNNING. « Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 77, n° 6, p. 1121-1134.
- Lockyer, 2003 – LOCKYER, J. « Multi source feedback in the assessment of physician competencies », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 23, n° 1, p. 4-12.
- Lockyer, 2013 – LOCKYER, J. « Multisource feedback: can it meet criteria for good assessment? » *Journal of Continuing Education in Health Professions*, vol. 33, n° 2, p. 89-98.
- Lockyer, 2017 – LOCKYER, J.M. « Multisource feedback », dans E.S. HOLMBOE, S.J. DURNING et R.E. HAWKINS (éd.), *Practical Guide to the Evaluation of Clinical Competence*, 2^e édition, Philadelphie, PA, Elsevier, p. 204-214.
- Lockyer *et al.*, 2006a – LOCKYER, J.M., C. VIOLATO et H. FIDLER. « A multisource feedback program for anesthesiologists [Un programme de rétroaction multisources pour les anesthésiologistes] », *Journal canadien d'anesthésie*, vol. 53, p. 33-39.
- Lockyer *et al.*, 2006b – LOCKYER, J.M., C. VIOLATO et H. FIDLER. « The assessment of emergency physicians by a regulatory authority », *Academic Emergency Medicine*, vol. 13, n° 12, p. 1296-1303.
- Lockyer *et al.*, 2009a – LOCKYER, J., C. VIOLATO, H. FIDLER et P. ALAKIJA. « The assessment of pathologists/laboratory-medicine physicians through a multi source feedback tool », *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, vol. 133, n° 8, p. 1301-1308.
- Lockyer *et al.*, 2009b – LOCKYER, J.M., C. VIOLATO, B. WRIGHT et H.M. FIDLER. « An analysis of long term outcomes of the impact of curriculum: A comparison of the 3 and 4-year medical school curricula », *Academic Medicine*, vol. 84, n° 10, p. 1342-1347.
- Lockyer *et al.*, 2011 – LOCKYER, J., H. ARMSON, B. CHESLUK, T. DORNAN, E. HOLMBOE, E. LONEY, K. MANN et J. SARGEANT. « Feedback data sources that inform physician self assessment », *Medical Teacher*, vol. 33, n° 2, p. e113-e120.
- Lockyer *et al.*, 2012 – LOCKYER, J., C. VIOLATO, B. WRIGHT, H. FIDLER et R. CHAN. « Long-term outcomes for surgeons from 3- and 4- year curricula ». *Journal canadien de chirurgie*, vol. 55, 2^e supplément du n° 4, p. S163-S170.
- Lockyer *et al.*, 2016 – LOCKYER, J.M., C.S. HODGSON, T. LEE, S. FAREMO, B. FISHER, W. DAFOE, V. YIU et C. VIOLATO. « Clinical teaching as part of continuing professional development: Does teaching enhance clinical performance? » *Medical Teacher*, vol. 38, n° 3, p. 815-822.
- Lockyer et Sargeant, 2012 – LOCKYER, J., et J. SARGEANT. « Multisource feedback », dans D. BOUD et E. MOLLOY (éd.), *Effective Feedback in Higher and Professional Education*. Oxford, Royaume-Uni, Routledge, p. 158-173.
- Lockyer et Violato, 2004 – LOCKYER, J., et C. VIOLATO. « An examination of the appropriateness of using a common peer assessment instrument to assess physician skills across

specialties », *Academic Medicine*, vol. 79, supplément du n° 10, p. S5-S8.

- Mann *et al.*, 2011 – MANN, K., C. VAN DER VLEUTEN, H. ARMSON, B. CHESLUK, T. DORNAN, K. EVA, E. HOLMBOE, J. LOCKYER, E. LONEY et J. SARGEANT. « Tensions in informed self-assessment: How the desire for feedback and reticence to collect/use it create conflict », *Academic Medicine*, vol. 86, n° 9, p. 1120-1127.
- Mazmanian *et al.*, 1997 – MAZMANIAN, P.E., J.L. WAUGH et P.M. MAZMANIAN. « Commitment to change: ideational roots, empirical evidence, and ethical implications », *Journal of Continuing Education in Health Professions*, vol. 17, p. 133–140.
- Mazmanian et Mazmanian, 1999 – MAZMANIAN, P.E., et P.M. MAZMANIAN. « Commitment to change: theoretical foundations, methods, and outcomes », *Journal of Continuing Education in Health Professions*, vol. 19, p. 200– 207.
- Overeem *et al.*, 2010 – OVEREEM, K., M.J. LOMBARTS, O.A. ARAH, N.S. KLAZINGA, R.P. GROL et H.C. WOLLERSHEIM. « Three methods of multi-source feedback compared: a plea for narrative comments and coworkers' perspectives », *Medical Teacher*, vol. 32, p. 141-147.
- Richards *et al.*, 2009 – RICHARDS, S.H., J.I. CAMPBELL, E. WALSHAW, A. DICKENS et M. GRECO. « A multi-method analysis of free-text comments from the UK General Medical Council Colleague Questionnaires », *Medical Education*, vol. 43, p. 757-776.
- Roy et Streefkerk, 2016 – ROY, M., et C. STREEFKERK. *Recommendations for standardization of the CMC 360 Scale Report*. Adresse URL : mcc.ca/media/MCC-360_Scale-Recommendation-Report.pdf (dernier accès le 2018-03-24).
- Sargeant *et al.*, 2003 – SARGEANT, J.M., K.V. MANN, S.N. FERRIER, D.B. LANGILLE, P.D. MUIRHEAD et D.E. SINCLAIR. « Responses of rural family physicians and their colleagues and coworker raters to a multi-source feedback process: a pilot study », *Academic Medicine*, vol. 78, n° S10, p. S42-S44.
- Sargeant *et al.*, 2005 – SARGEANT, J., K. MANN et S. FERRIER. « Understanding family physician's reactions to RMS performance assessment: perceptions of credibility and usefulness », *Medical Education*, vol. 39, p. 497-504.
- Sargeant *et al.*, 2007 – SARGEANT, J., K. MANN, D. SINCLAIR, C. VAN DER VLEUTEN et J. METSEMAKERS. « Challenges in multi-source feedback: Intended and unintended consequences », *Medical Education*, vol. 41, n° 6, p. 581-596.
- Sargeant *et al.*, 2009 – SARGEANT, J., K. MANN, C. VAN DER VLEUTEN et J. METSEMAKERS. « Reflection: A link between receiving and using assessment feedback », *Advances in Health Sciences Education*, vol. 14, n° 3, p. 399-410.
- Sargeant *et al.*, 2010 – SARGEANT, J., H. ARMSON, B. CHESLUK, T. DORNAN, E. HOLMBOE, K. EVA, K. MANN, J. LOCKYER, C. VAN DER VLEUTEN et E. LONEY. « Processes and dimensions of informed self-assessment: A conceptual model », *Academic Medicine*, vol. 85, n° 7, p. 1212-1220.
- Sargeant *et al.*, 2015 – SARGEANT, J., J. LOCKYER, K. MANN, E. HOLMBOE, I. SILVER, H. ARMSON, E. DRIESSEN, T. MACLEOD, W. YEN, K. ROSS et M. POWER. « Facilitated reflective

performance feedback: Developing an evidence and theory-based model that builds relationship, explores reactions and content and coaches for performance change (R2C2) », *Academic Medicine*, vol. 90, n° 12, p. 1698-1706.

Sargeant et Holmboe, 2017 – SARGEANT, J., et E. HOLMBOE. « Feedback and coaching in clinical teaching and learning », dans E.S. HOLMBOE, S.J. DURNING et R.E. HAWKINS (réd.), *Practical Guide to the Evaluation of Clinical Competence*, 2^e édition, Philadelphie, PA: Elsevier, p. 256-269.

Van Nieuwerburgh, 2012 – VAN NIEWERBURGH, C. *Coaching in Education: Getting Better Results for Students, Educators and Parents*, Londres, Karnac Books, p. 19.

Violato *et al.*, 2003 – VIOLATO, C., J.M. LOCKYER et H. FIDLER. « Multi source feedback: A method of assessing surgical practice », *British Medical Journal*, vol. 326, p. 546-548.

Violato *et al.*, 2006 – VIOLATO, C., J.M. LOCKYER et H. FIDLER. « The assessment of pediatricians by a regulatory authority », *Pediatrics*, vol. 117, p. 796-802.

Violato *et al.*, 2008 – VIOLATO, C., J. LOCKYER et H. FIDLER. « Changes in performance: a 5-year longitudinal study of participants in a multi-source feedback programme », *Medical Education*, vol. 42, p. 1007-1013.

Violato et Lockyer, 2006 – VIOLATO, C., et J. LOCKYER. « Self and peer assessment of pediatricians, psychiatrists and medicine specialists: Implications for self-directed learning », *Advances in Health Science Education*, vol. 11, n° 3, p. 235-244.

Wakefield, 2004 – WAKEFIELD, J. « Commitment to change: Exploring its role in changing physician behavior through continuing education », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 24, n° 4, p. 197-204.

Wakefield *et al.*, 2003 – WAKEFIELD, J., C.P. HERBERT, M. MACLURE, C. DORMUTH, J.M. WRIGHT, J. LÉGARÉ, P. BRETT-MACLEAN et J. PREMI. « Commitment to change statements can predict actual change in practice », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 23, 2003, p. 81-93.

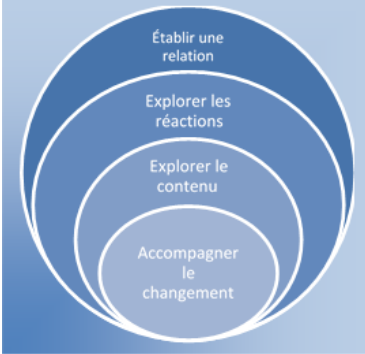
Whitehouse *et al.*, 2005 – WHITEHOUSE, A., A. HASSELL, L. WOOD, D. WALL, M. WALZMAN et I. CAMPBELL. « Development and reliability testing of TAB, a form for 360 degrees assessment of senior house officers' professional behavior, as specified by the General Medical Council », *Medical Teacher*, vol. 27, n° 3, p. 252-258.

Wright *et al.*, 2012 – WRIGHT, C., S.H. RICHARDS, J.J. HILL, M.J. ROBERTS, G.R. NORMAN, M. GRECO, M.R.S. TAYLOR et J.L. CAMPBELL. « Multisource feedback in evaluating the performance of doctors: The example of the UK General Medical Council Patient and Colleague Questionnaires », *Academic Medicine*, vol. 87, p. 1668-1678.

ANNEXE A :

Triptyque sur le modèle R2C2 de rétroaction réfléchie

A.



R2C2 : Rétroaction pour les médecins fondée sur des données probantes

R2C2 – Modèle de rétroaction sur le rendement des médecins, d'accompagnement et de planification du changement (révisé en janvier 2018)

Références :
SARGEANT, J., J. LOCKYER, K. MANN, E. HOLMBOE, I. SILVER, H. ARMSON et al. « Facilitated reflective performance feedback: Developing an evidence and theory-based model », *Academic Medicine*, vol. 90, n° 12, 2015, p. 1698-1706
(Financement : Society for Academic Continuing Medical Education).

SARGEANT, J., J.M. LOCKYER, K. MANN, H. ARMSON, A. WARREN, M. ZETKULIC et al. « The R2C2 Model in Residency Education: How Does It Foster Coaching and Promote Feedback Use? », *Academic Medicine*, 16 janv. 2018. doi:10.1097/ACM.0000000000002131
(Financement : Fondation Stemmler, NBME).

Plan d'action en vue d'une amélioration

1. Décrivez des changements précis et observables que vous comptez apporter par suite de la rétroaction.
2. Quel est votre objectif pour chacun?
3. Quels **actes précis** devez-vous accomplir?
4. Quand allez-vous commencer? Quand espérez-vous voir des résultats?
5. Quelles ressources seront nécessaires? Qui pourrait vous aider? Quel apprentissage devrez-vous faire?
6. Quels seront les obstacles à la réalisation du changement?
7. Comment allez-vous les franchir?
8. Comment saurez-vous que vous avez atteint vos objectifs?

Phase 1 – Établissement d'une relation

Objectif : Intéresser le médecin concerné, établir une relation de confiance et la crédibilité de l'évaluation.

- Expliquer le but du rapport d'évaluation et de l'entrevue, à savoir :
 - donner une idée du rendement du médecin;
 - offrir la possibilité de décrire sa pratique et son milieu de travail;
 - fournir des données permettant des améliorations.
- Présenter un calendrier des tâches suivantes :
 - examiner les données et les lacunes;
 - discuter des réactions du médecin et de la signification des données selon lui;
 - élaborer un plan d'action.

Phase 1 – Phrases-clés et stratégies

- « Comment avez-vous vécu le processus de cette évaluation? »
- « Parlez-moi de votre pratique (contexte, patients, défis, ce que vous aimez). »
- « Aimerez-vous en savoir davantage sur le processus d'évaluation? »
- « Qu'est-ce qui vous a frappé dans ce rapport? »

Confirmez les réponses du médecin; faites preuve d'empathie et de respect; établissez un lien de confiance; validez.

L'établissement d'une relation est crucial et doit faire l'objet d'une attention particulière pendant toute l'entrevue.

B.

Phase 2 – Exploration des réactions à la rétroaction

Objectif : Que le médecin voie clairement la signification des données pour sa pratique médicale et les possibilités d'amélioration qu'elles suggèrent.

Phase 2 – Phrases-clés et stratégies

- « Quelles ont été vos premières réactions? Quelque chose en particulier vous a frappé? »
- « Avez-vous été surpris par quelque chose dans le rapport? Précisez... »
- « Comment ces données se comparent-elles avec ce que vous pensiez de votre rendement? Y a-t-il des surprises? »
- « À partir de vos réactions, aimeriez-vous vous concentrer sur une partie spécifique du rapport? »

Les éléments suivants tendent à causer des réactions négatives ou des surprises :

- Données subjectives comme celles d'une rétroaction multisource, par rapport à des données objectives comme celles d'un audit de dossiers
- Données comparatives avec des notes inférieures à la moyenne du groupe
- Données montrant que le médecin a un rendement moins bon qu'il croyait
- Préparez-vous à des réactions négatives dans ces cas. Par divers moyens, facilitez l'expression de ces réactions et explorez-en les raisons.

Phase 3 – Exploration de la compréhension du contenu de la rétroaction

Objectif : Que le médecin sente qu'il est compris, et que son point de vue est entendu et respecté.

Phase 3 – Phrases-clés et stratégies

Au début, posez des questions générales, mais devenez progressivement plus précis, afin de couvrir les points prioritaires ou pouvant avoir des répercussions sur la sécurité des patients.

- « Y a-t-il dans le rapport des choses qui selon vous n'ont pas de sens? »
- « Y a-t-il des éléments qui ne sont pas clairs? »
- « Allons-y section par section. »
- « Y a-t-il dans cette section des points que vous souhaiteriez commenter ou explorer plus à fond? »
- « Certains éléments ont-ils d'après vous des répercussions sur la sécurité des patients? »
- « Y a-t-il selon vous des points sur lesquels il faudrait se concentrer? »
- « Voyez-vous des modèles qui se répètent? »

La connaissance de la spécialité et des possibilités d'amélioration qui se répètent souvent peut être utile.

Phase 4 – Accompagnement de la modification du rendement

Objectif : Que le médecin définisse les priorités de changement et élabore un plan d'action réalisable.

Phase 4 – Phrases-clés et stratégies

Le médecin a besoin de comprendre le contenu du rapport, d'y réfléchir et de l'assimiler avant de pouvoir planifier des changements.

Éléments d'accompagnement :

- Définition d'objectifs prioritaires et d'activités permettant de les atteindre
- Élaboration d'un plan concret
- Soutien de l'autoapprentissage
- « Qu'aimeriez-vous avoir changé dans 6 mois? »
- « Si vous deviez agir immédiatement sur un seul point, quel serait-il? »
- « Quel serait votre objectif? »
- « Quel geste pourriez-vous devoir accomplir? »
- « Qui ou quoi pourrait vous aider à accomplir ce changement? »
- « Quels pourraient être les obstacles? »
- « Quel lien y a-t-il avec une initiative d'amélioration de la qualité? Avec le travail d'équipe? »
- « Croyez-vous pouvoir réussir ce changement? »

ANNEXE B : Exemple de gabarit de plan d'action

Plan d'action individuel d'un médecin**

Nom du médecin : _____ Date: _____

À partir de votre rapport du CMC 360 et des discussions que vous avez eues à son sujet, indiquez des aspects de votre travail qui pourraient selon vous être modifiés.

	CHANGEMENT ET OBJECTIF
Décrivez un changement précis et observable que vous comptez apporter suite à la rétroaction. Quel est votre objectif?	
Comment vous et vos patients bénéficiez de ce changement?	
Quels actions précises devez-vous accomplir? Quelles ressources seront nécessaires? Quel apprentissage devrez-vous faire? Qui allez-vous faire intervenir?	
Quand allez-vous commencer? Quand espérez-vous voir des résultats?	
Quels seront les obstacles à la réalisation du changement? Comment allez-vous les franchir? Quels facteurs vous aideront?	
Comment mesurerez-vous le succès? Comment saurez-vous que vous avez atteint vos objectifs?	

**Traduit et adapté de WAKEFIELD, J., C.P. HERBERT, M. MACLURE, C. DORMUTH, J.M. WRIGHT, J. LEGARE, P. BRETT-MACLEAN et J. PREMI. « Commitment to change statements can predict actual change in practice », Journal of Continuing Education in the Health Professions, vol. 23, 2003, p. 81-93.*

SARGEANT, J., J. LOCKYER, K. MANN, E. HOLMBOE, I. SILVER, H. ARMSON, E. DRIESSEN, T. MACLEOD, W. YEN, K. ROSS et M. POWER. « Facilitated reflective performance feedback: Developing an evidence and theory-based model that builds relationship, explores reactions and content and coaches for performance change (R2C2) », Academic Medicine, vol. 90, no 12, 2015, p. 1698-1706.