

Université de Montréal

**Perceptions des résidents en médecine d'urgence suite à l'obtention d'une rétroaction
multisources : de l'information différente, pertinente et utile**

par

Véronique Castonguay

Département de psychopédagogie et d'andragogie
Faculté des sciences de l'éducation / Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès arts en Sciences de l'éducation,
option pédagogie universitaire des sciences médicales

Décembre 2016

© Véronique Castonguay, 2016

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :
Perceptions des résidents en médecine d'urgence suite à l'obtention d'une rétroaction
multisources : de l'information différente, pertinente et utile

Présenté par
Véronique Castonguay

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Martial Dembélé, président-rapporteur
Robert Gagnon, directeur de recherche
Bernard Charlin, membre du jury
Philippe Karazivan, membre du jury

Perceptions des résidents en médecine d'urgence suite à l'obtention d'une rétroaction multisources : de l'information différente, pertinente et utile

RÉSUMÉ

Dans un monde où les résidents sont continuellement évalués par les médecins, ce projet de recherche explore la perception de résidents en médecine d'urgence suite à l'obtention d'une rétroaction multisources provenant de médecins enseignants, d'infirmiers avec qui ils ont travaillé et de patients qu'ils ont soignés. Dans une urgence d'un centre universitaire tertiaire, dix résidents ont pris part à un processus de rétroaction multisources. Trois mois après cette intervention, ils ont participé à des entrevues semi-structurées visant à explorer leur perception de ce processus de rétroaction. Une analyse qualitative a permis de constater la valeur que peut avoir cette procédure pour la formation des résidents. Étant donné que les médecins qui enseignent à l'urgence offrent des rétroactions portant majoritairement sur l'expertise médicale, la rétroaction multisources permet d'offrir de la rétroaction sur un plus grand nombre de compétences (gestion, communication, collaboration, professionnalisme). La majorité des résidents affirment avoir modifié certains comportements ou façons de faire après l'obtention de cette rétroaction. L'information provenant des infirmiers et des patients s'avère être crédible, pertinente, mais surtout, les résidents jugent utile d'obtenir cette information dans leur formation en médecine d'urgence.

Mots-clés : Rétroaction multisources, évaluation 360, Rétroaction interprofessionnelle, Compétence, Urgence, Résidence.

Perceptions of emergency medicine residents following multisource feedback : different, relevant, and useful information

ABSTRACT

In a world where residents are continuously assessed by physicians, this present study explored residents' perceptions of multisource feedback provided by their teaching physicians, nurses with whom they have worked, and patients they have treated. In the emergency department of a tertiary-care university hospital, ten emergency medicine residents participated in a multisource feedback intervention. Three months later, they participated in semi-structured group and individual interviews on their perception of the intervention. The qualitative analysis of these interviews shows the evident potential of using multisource feedback in resident formation. While physicians focused primarily on medical expertise, nurses and patients addressed many others competencies (management, communication, collaboration, professionalism). Residents concluded that obtaining feedback from nurses and patients was acceptable and useful in their training. Residents received information they found helpful, and the great majority of them reported having modified certain behaviours after obtaining this feedback. Multisource feedback appeared as an acceptable, credible and useful option for the assessment of medical competencies other than medical expertise in emergency residents.

Key words : Multisource feedback, 360 Evaluation, Interprofessional feedback, Competencies, Emergency, Resident

*"Live as if you were to die tomorrow.
Learn as if you were to live forever"*

- Gandhi

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	iii
ABSTRACT	iv
TABLE DES MATIÈRES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES SIGLES, ABBRÉVIATIONS ET SYNONYMES.....	x
REMERCIEMENTS.....	xi
INTRODUCTION.....	xiii
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE.....	14
1.1 Mise en contexte : la formation médicale post-graduée.....	14
1.2 L'éducation par compétences en médecine d'urgence	17
1.3 Les contraintes reliées à l'enseignement en médecine d'urgence	18
1.4 Une rétroaction efficace, un grand défi en médecine	20
1.5 La rétroaction multisources, une piste de solution?	22
CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE	27
2.1 Phase 1 : Multisources; recueil de l'information provenant des différentes sources.....	28
2.1.1 Les sources d'information.....	28
2.1.2 Échantillonnage : choix des participants et représentativité théorique.....	29
2.1.3 Taille de l'échantillon	32
2.1.4 Le recrutement des participants	33
2.1.5 Les formulaires d'évaluation des différentes sources	34
2.1.6 Distribution et recueil des formulaires d'évaluation	35
2.2 Phase 2 : La rétroaction	36
2.2.1 Préparation de la rétroaction — Synthèse de l'information.....	36
2.2.2 Mode de transmission de la rétroaction.....	38
2.3 Phase 3 : Perception des résidents	39
2.3.1 Choix de l'approche de recherche	39

2.3.2 Cadre conceptuel.....	40
2.3.3 La collecte des données : méthode	42
2.3.4 La collecte des données : étapes	43
2.3.5 Analyse des données.....	44
2.3.6 Confidentialité et éthique.....	46
CHAPITRE III : RÉSULTATS ET ARTICLE.....	47
CHAPITRE IV - DISCUSSION	63
4.1 La collaboration interprofessionnelle, au coeur de la pratique en médecine d'urgence	63
4.2 L'expertise toujours l'expertise; mais pourquoi?.....	65
4.3 L'importance d'aborder différentes compétences pour former des médecins compétents	67
4.4 Défis reliés à l'implantation de la méthode.....	69
4.5 Limites de l'étude	71
4.6 Perspectives pour la recherche	72
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE.....	75
ANNEXES.....	80
ANNEXE A - Échéancier	80
ANNEXE B - Documents du résident en médecine d'urgence	81
ANNEXE C - Documents des médecins	88
ANNEXE D - Documents du personnel infirmier.....	92
ANNEXE E - Documents des patients	96
ANNEXE F - Approbation du comité d'éthique	100
ANNEXE G - Exemple de fiche synthèse des évaluations des différentes sources.....	102
ANNEXE H - Feuille résumé du résident (médecins, infirmiers, patients)	105
ANNEXE I - Guide d'entrevue de l'animatrice	108
ANNEXE J - Questionnaire de préparation à l'entrevue	109
ANNEXE K - Grilles de codes	110
ANNEXE L - Exemples de diagrammes/tableaux/matrices utilisés pour l'analyse	113

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon 29

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Processus de la formation médicale au Québec	11
Figure 2 : Cadre des compétences CanMEDS	13
Figure 3 : Cycle de l'apprentissage expérientiel de Kolb.....	20
Figure 4 : Les 3 phases du projet de rétroaction multisources.....	24
Figure 5 : Cadre conceptuel du processus de rétroaction multisources à l'urgence.....	38

LISTE DES SIGLES, ABBRÉVIATIONS ET SYNONYMES

CMFC : Collège des Médecins de Famille du Canada

CPIS : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé

CRMCC : Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

HSCM : Hôpital Sacré-Coeur de Montréal

MUS : Médecine d'urgence spécialisée

Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Les termes "médecins enseignants", "superviseur" et "patrons" sont tous utilisés pour désigner les médecins qui ont comme responsabilité la supervision d'un étudiant pendant les gardes à l'urgence.

REMERCIEMENTS

"Il n'est qu'un luxe véritable et c'est celui des relations humaines"

- Saint-Exupéry

Tout d'abord, ma famille, Richard, Denise, Patrice, Stéphanie et Éric; vous m'avez appris ce qu'est la définition d'un amour inconditionnel. Merci de toujours m'encourager, de me soutenir dans mes projets toujours plus ambitieux les uns que les autres et de partager cette folie avec moi.

À Jonathan, mon fiancé, qui me supporte à travers mes différents projets, particulièrement dans ce parcours sinueux qu'est la réalisation d'une maîtrise. Merci de ta patience et de ton amour.

À mon directeur de maîtrise, Robert Gagnon, qui a su être mon Gandhi à moi. Un mentor, un guide humain, compréhensif et bienveillant, qui a toujours été disponible et qui a su bien me guider pour vous offrir ce mémoire. Je n'y serais jamais arrivée sans vous. C'est un très grand privilège de vous avoir comme directeur de maîtrise.

À Patrick Lavoie, mon assistant de recherche, qui m'a permis de voir plus grand à travers ces verbatims et me remettre en question. Tu seras un grand chercheur.

Au Professeur Martial Dembélé, qui à travers sa bonne humeur et sa passion, m'a plongée dans un univers inconnu qu'est la recherche qualitative. Vous m'avez fait découvrir un monde extraordinaire dont j'ignorais l'existence.

Au Dr Philippe Karazivan, que j'ai eu la chance de rencontrer et côtoyer dans ce parcours. Ta vision différente et ton aplomb a fait grandir mon projet.

À Dr Bernard Charlin, qui m'a encouragée à m'impliquer dans ce projet de maîtrise en enseignement. Vous m'aviez vanté les bienfaits d'effectuer ce parcours; vous aviez raison.

Au CPASS de l'Université de Montréal pour m'avoir accordé la bourse "Promotion 1961" qui m'a encouragée à mettre les bouchées doubles et terminer la rédaction de mon mémoire.

À Judy, ou Dre Judy Morris, ma collègue, mon amie. Tu t'es lancée dans ce projet les yeux fermés, avec ton éternelle énergie, ta patience et ton ambition sans limite. Te côtoyer que ce soit au travail, dans des comités ou dans la vie en général est une chance inouïe.

À Dre Stéphanie Raymond-Carrier, qui par son grand talent d'animatrice mais surtout ses qualités humaines. Tu as su générer une importante quantité de matériel de grande qualité lors des entrevues. Merci de ton aide pour mon projet mais aussi, de m'impliquer dans différents projets pédagogiques qui me passionnent.

Au Dr Pierre Desaulniers qui a cru en mon projet, mais surtout, qui a vu une opportunité de mieux outiller les résidents en formation. Vous êtes un directeur de programme exceptionnel qui cherche continuellement à améliorer le programme de médecine d'urgence spécialisée (MUS) de l'Université de Montréal. Vous êtes un grand homme, un modèle.

Au groupe de recherche de l'urgence HSCM, pour leur collaboration, leur encouragement, leur temps. Merci tout spécial à Chantale, Marie-Pier, Judy (encore) et Dr Jean-Marc Chauny pour votre implication.

À la "gang" de l'urgence HSCM, à tous les infirmiers/infirmières et les médecins, un gros merci de vous être impliqués dans ce projet! Merci d'avoir pris de votre précieux temps pour venir aux formations et bien remplir les formulaires d'évaluation. Vous êtes les meilleurs! Je suis très fière de travailler avec vous.

Finalement mais non les moindres, à tous les résidents MUS, particulièrement ceux qui ont participé à ce projet. Vous êtes la raison d'être de ce projet, mais surtout, une des principales raisons pour laquelle j'adore mon travail et je m'implique en enseignement.

Très sincèrement,

Véronique

Montréal, décembre 2016

INTRODUCTION

Le présent mémoire présente un projet de recherche qui explore la perception des résidents en médecine d'urgence spécialisée suite à l'obtention d'une rétroaction multisources dans un contexte d'urgence hospitalière.

Il présente tout d'abord la problématique de l'éducation médicale dans le contexte particulier de la résidence en médecine en mettant en relief le besoin d'introduire de nouveaux outils de rétroaction formative afin d'évaluer certaines compétences souvent négligées lors de la formation médicale. Le contexte de la médecine d'urgence et les problématiques rencontrées dans cet environnement de travail particulier seront abordés. Par la suite, l'importance de la rétroaction dans un contexte d'apprentissage et les obstacles limitant son efficacité dans la formation médicale actuelle sera discutée. L'importance des compétences de collaboration, de communication et de professionnalisme, compétences essentielles dans une discipline comme la médecine d'urgence, sera exposée, de même que les différentes problématiques rencontrées quant à leur évaluation dans le milieu hospitalier.

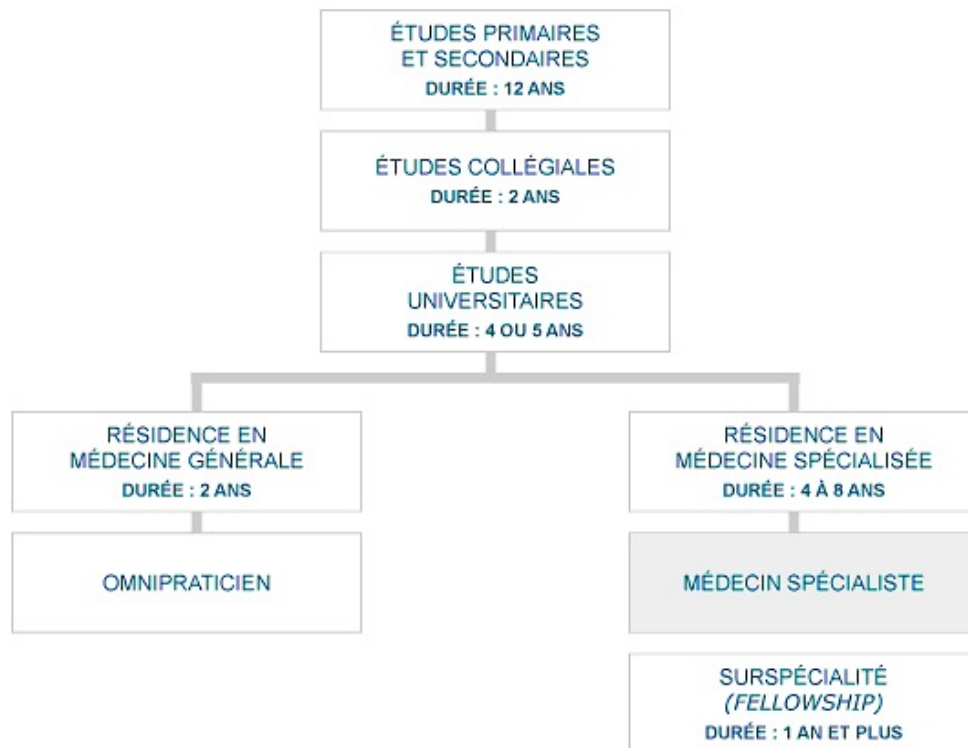
La méthodologie choisie pour répondre à cette question recherche sera ensuite présentée. Les résultats sont présentés sous la forme d'un article qui sera soumis à une revue de médecine d'urgence publiant des travaux portant sur la pédagogie. Le mémoire se termine par une discussion plus approfondie sur les théories de l'apprentissage des résidents en formation, le besoin d'utiliser différentes méthodes pédagogiques en formation post-graduée et la pertinence d'implanter cet outil de rétroaction pour aborder différentes compétences essentielles à la pratique de la médecine. Ce projet s'insère bien dans l'intérêt continu de la faculté de médecine de l'Université de Montréal d'offrir à ses résidents des outils de formation qui feront d'eux des médecins compétents.

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE

1.1 Mise en contexte : la formation médicale post-graduée

La formation médicale est un long parcours exigeant. Après une formation prégraduée d'une durée de quatre ans, chaque étudiant désirant pratiquer la médecine doit compléter une formation post-graduée d'une durée de deux à huit ans dans l'un des nombreux programmes de résidence offerts au pays [2, 3].

Figure 1 : Processus de la formation médicale au Québec



Graphique tiré du site internet de la FMSQ [3]

L'objectif ultime de cette formation est d'assurer que les futurs médecins acquièrent toutes les connaissances et les habiletés nécessaires afin de devenir des professionnels autonomes et compétents [4, 5]. Pour définir le cadre des compétences qui caractérisent ce type de médecin, le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (CRMCC) a adopté en 1998 le cadre

CanMEDS qui illustre les compétences essentielles à la bonne pratique de la médecine. Chaque programme de formation médicale au Canada doit s'assurer d'enseigner et d'évaluer toutes ces compétences [6].

Il existe plus d'une cinquantaine de programmes de spécialité au Canada et chacun est chapeauté par l'un des deux importants organismes gouvernant les programmes de résidence, soit le Collège des Médecins de Famille du Canada (CFMC) ou le CRMCC [2]. Bien que les méthodes d'évaluation sommative diffèrent d'un programme à l'autre, la grande majorité des programmes exige un examen de certification national à la toute fin de la formation pour s'assurer de l'expertise de ces futurs médecins [2]. Qu'il s'agisse d'un examen oral et/ou écrit, ce test ultime est obligatoire pour obtenir le certificat de réussite. Pour se qualifier à cet examen, chaque résident doit obtenir l'approbation de son directeur de programme qui remplit un rapport (FITER — *Final In-Training Evaluation Report*) qui certifie que le résident a atteint les objectifs du programme. Cet examen national évalue des connaissances touchant principalement l'expertise médicale.

Pour s'assurer que les programmes universitaires offrent une formation répondant aux exigences fixées par les organismes nationaux, le CMFC et le CRMCC ont mis en place le processus d'Agrément Canada. Ce processus d'Agrément consiste en une visite sur place de chaque programme de formation post-graduée tous les six ans. L'Agrément certifie que la formation offerte aux résidents offre un encadrement permettant l'atteinte des objectifs généraux où priment la qualité et l'excellence [1]. À l'exception de l'examen sommatif de certification national à la fin de la résidence, chaque programme de formation au Canada a la responsabilité de développer son propre curriculum de formation en s'assurant de répondre aux exigences de son Collège qui supervise le tout avec son processus d'Agrément. Les méthodes de supervision, d'évaluation et d'encadrement sont donc laissées à la discrétion de chaque comité de programme [7]. Les comités de programmes ont la responsabilité d'offrir une formation adaptée à leurs résidents afin de former des médecins compétents conformément aux exigences du cadre CanMEDS [8].

Encore aujourd'hui, malgré l'omniprésence des compétences CanMEDS en pédagogie médicale, l'intégration de ces compétences dans le curriculum de la formation post-graduée demeure un défi. Un sondage effectué auprès des directeurs de différents programmes de spécialité au Canada

a montré qu'ils étaient préoccupés par la manière d'évaluer les compétences autres que l'expertise médicale [7]. Chacune de ces compétences décrit différents rôles essentiels à la définition d'un médecin complet et entier [6]. Il est primordial de prendre en compte chacun de ces rôles pendant la formation des résidents et d'offrir des outils permettant leur intégration. Tout d'abord, *l'expert médical*, rôle pivot dans le cadre CanMEDS où le médecin joue l'ensemble des rôles en utilisant son savoir médical, sa compétence clinique et son attitude professionnelle pour offrir des soins orientés sur les patients. Comme *communicateur*, le médecin facilite la relation médecin-patient et les échanges dynamiques qui prennent place avant, pendant et après la rencontre médicale. En tant que *collaborateur*, le médecin travaille efficacement dans une équipe afin de prodiguer des soins optimaux au patient. Le rôle de *leader* amène le médecin à participer intégralement aux organisations en santé, en appliquant des pratiques durables, prenant des décisions quant à l'allocation de ressources et en contribuant à l'efficacité du système de santé. En tant que *promoteur de la santé*, le médecin utilise de façon responsable son expertise et son influence pour promouvoir et encourager la santé et le bien-être des patients, des communautés et des populations. Comme *professionnel*, le médecin se dédie à la santé et au bien-être des membres de la société par une pratique éthique en respectant la réglementation professionnelle et les standards personnels de comportement élevés.

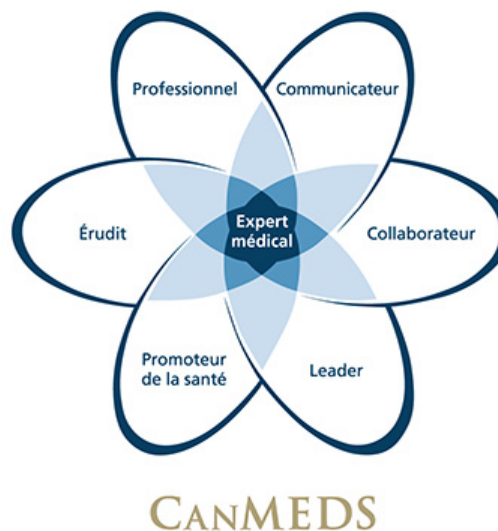


Figure 2 : Cadre des compétences
CanMEDS

Graphique tiré du CRMCC, 2015 [1]

Cependant, encore aujourd'hui, les outils d'évaluation qui visent ces compétences autres que l'expertise médicale sont rares en formation post-graduée [9]. Il existe pourtant un éventail de moyens présentés dans les écrits sur le sujet pour évaluer ces compétences, mais leur applicabilité et leur faisabilité demeurent complexes [10]. De plus, bien que les programmes de résidence utilisent différentes méthodes d'évaluation, la qualité et la pertinence de ces outils restent encore souvent à être démontrées [7]. Tout programme de formation devrait posséder une variété d'outils pour évaluer les différentes compétences CanMEDS, car l'utilisation de différentes méthodes

d'évaluation permet d'obtenir une image plus complète de la compétence évaluée [11]. Il y a donc un grand besoin de mettre en place de bons outils d'évaluation pendant la formation médicale post-graduée afin d'évaluer les différentes compétences autres que l'expertise.

1.2 L'éducation par compétences en médecine d'urgence

Le domaine de l'urgence n'échappe pas au problème d'évaluation des différentes compétences. L'importance accordée aux compétences qui diffèrent de l'expertise pendant la formation post-graduée est un sujet controversé. Une étude effectuée auprès d'urgentologues pratiquant dans des centres tertiaires universitaires au Canada a montré que les médecins perçoivent l'expertise médicale comme étant la priorité pour leur perfectionnement professionnel et qu'ils considèrent que les compétences telles le professionnalisme, la communication et la collaboration sont à mettre au second plan [12]. Une autre étude qui s'intéresse à la perception des enseignants sur les différents rôles CanMEDS pour la formation des résidents en médecine d'urgence a montré que les rôles d'expert médical et de professionnel étaient jugés comme étant les plus importants, alors que les rôles de promoteur de la santé, d'érudit et de collaborateur étaient perçus comme étant moins pertinents [13]. Il est inquiétant de constater que même leurs professeurs, qui détiennent le double rôle de clinicien et enseignant, perçoivent la majorité de ces compétences comme étant de deuxième ordre [13]. Toutefois, lorsque questionnés sur des éléments spécifiques à chacune des compétences CanMEDS, les urgentologues sont en mesure de cerner des éléments pertinents, qu'ils pourraient envisager d'enseigner dans un service d'urgence, pour chacun des rôles CanMEDS [13].

Malgré tout, les tentatives d'intégration d'outils permettant l'évaluation des compétences jugées de second plan restent un grand défi, car plusieurs barrières spécifiques à l'urgence nuisent à l'implantation de nouveaux outils pédagogiques. Ces barrières ressenties par les urgentologues sont le manque de temps, le manque d'implication des étudiants ainsi que le manque d'exemples concrets et observables pour évaluer ces compétences [13]. Bien que ces contraintes soient possiblement applicables à tous les programmes de formation, certaines caractéristiques spécifiques à la médecine d'urgence rendent ces contraintes particulières.

1.3 Les contraintes reliées à l'enseignement en médecine d'urgence

L'urgence est une spécialité unique en son genre. Cette discipline offre d'excellentes opportunités d'apprentissage pour les étudiants en formation : une grande variété de pathologies de sévérité variable; une clientèle d'âge et d'ethnicité diversifiés; la possibilité d'interroger des patients sans diagnostic établi au préalable; le ratio patron-apprenants souvent d'un pour un, etc. [14]. Toutefois, malgré ces opportunités d'apprentissage, de multiples contraintes complexifient le contexte dans lequel la médecine d'urgence est pratiquée et enseignée.

Même si le ratio étudiants-patron (souvent d'un étudiant pour un patron) est propice à l'enseignement et à la rétroaction, la surcharge de travail imposée aux urgentologues nuit à cette relation privilégiée entre l'apprenant et le médecin enseignant [14]. Les causes de cette surcharge de travail sont multiples et difficilement modifiables : l'augmentation de l'âge de la clientèle, des pathologies de plus en plus sévères et complexes, le manque de lit dans les hôpitaux, l'augmentation du nombre de patients à l'urgence, les délais de consultation avec les spécialistes, le manque de personnel, etc. [14, 15]. Cette surcharge de travail limite le temps et la disponibilité de l'enseignant et de l'apprenant, et par conséquent, a directement un effet négatif sur l'enseignement et les opportunités de rétroaction [14, 16]. Une étude en médecine d'urgence a démontré que très peu de temps était réservé à l'observation directe des résidents. Ces derniers ne sont observés par un superviseur en train de traiter un patient que durant 3 % de leur temps de travail [14, 17]. De plus, seulement 11 % du temps est consacré à des activités qui donnent lieu à de l'observation indirecte, par exemple, présenter une histoire de cas [14, 18].

Outre la surcharge de travail, l'environnement de travail dans lequel se déroule la pratique médicale à l'urgence rend les conditions d'enseignement difficiles et imprévisibles [14]. Le rythme infernal et le climat chaotique de l'urgence font que les médecins sont constamment interrompus dans leurs tâches cliniques (appels aux haut-parleurs, questions des infirmiers ou des consultants, l'arrivée d'un patient instable, etc.). Les moments d'enseignement sont souvent entrecoupés ou prennent fin brusquement sans toujours avoir l'opportunité de les poursuivre ultérieurement. Étant donné qu'il est fréquent d'avoir une série de patients instables pendant un quart de travail à l'urgence, le patient étant la priorité, l'enseignement est négligé.

Les horaires de travail variables constituent une autre contrainte spécifique à l'urgence. Les résidents sont amenés à travailler avec un nombre élevé de médecins enseignants pendant leur stage. Il n'est pas rare qu'un étudiant ne travaille pas plus d'une fois avec le même médecin au cours d'une période de stage (durée d'un mois). Par conséquent, il peut être difficile d'identifier certaines lacunes chez l'étudiant. Ce contact bref permet souvent au superviseur d'avoir un doute sur une problématique quelconque, mais lui procure rarement assez de temps pour établir un diagnostic pédagogique.

Avec toutes ces contraintes, il n'est pas surprenant que les interactions entre l'étudiant et le médecin soient souvent peu nombreuses au cours d'un même quart de travail, voire même d'un stage. Toutefois, malgré cette limitation, le résident passe une bonne partie de son quart de travail à interagir avec les membres du personnel et les patients. Ces interactions sont souvent propres au contexte d'urgence et exigent certaines habiletés de la part du résident. Bien que souvent de courte durée, les interactions avec les membres du personnel infirmier sont très nombreuses et ont lieu dans un environnement tendu et sous pression. La relation avec les patients est aussi particulière, étant ponctuelle et souvent très intense, tant au niveau de l'urgence médicale que du vécu émotionnel des patients. Ces particularités exigent des résidents de bonnes compétences autant au niveau de la communication, de la collaboration que du professionnalisme.

La nature imprévue des urgences oblige les médecins à développer un rapport de confiance et de relation thérapeutique avec leurs patients et de bonnes aptitudes de communication sont essentielles pour établir cette relation patient-médecin. Il est aussi de leur devoir de pouvoir communiquer efficacement de façon verbale et écrite avec les différents consultants et les équipes de travail [19]. Travaillant constamment au sein d'une équipe multidisciplinaire, les médecins doivent participer efficacement dans une équipe de soins. Finalement, le professionnalisme a aussi une place importante dans de la pratique médicale. Les urgentologues doivent démontrer un engagement par rapport à leurs patients et avoir une pratique éthique tout en respectant les standards professionnels [19]. Mais malgré l'importance de ces compétences dans le quotidien à l'urgence, il est certainement difficile de les enseigner si les patrons ne se concentrent que sur les aspects d'expertise médicale.

Dans ce contexte particulier, il demeure important d'offrir aux résidents de nouveaux outils leur permettant de développer et de recevoir une rétroaction sur ces compétences continuellement sollicitées, en particulier celles de la communication, de la collaboration et du professionnalisme. À l'heure actuelle, l'information reçue ne provient que des médecins enseignants et représente certainement une source limitée d'information, étant donné que très peu d'observations directes et indirectes ont lieu en cours de stage.

1.4 Une rétroaction efficace, un grand défi en médecine

Ayant vu le jour dans le domaine de l'ingénierie, le concept de rétroaction a pris naissance dans les années 1940. Cette notion a ensuite trouvé sa place dans d'autres domaines, particulièrement celui de l'éducation. Mais peu importe la discipline, tous s'entendent pour dire que la rétroaction est un élément clé dans le développement des compétences. [20] En éducation, la rétroaction est un processus dans lequel se succèdent l'action, l'observation, l'interprétation et la redirection dans le but de modifier un comportement [21]. Il s'agit du processus par lequel l'enseignant qui, après avoir observé l'apprenant en pleine action, fournit de l'information qui permettra à l'étudiant d'améliorer sa performance dans le futur [22].

Offrir une rétroaction efficace, qui a pour but d'être bénéfique pour l'étudiant, est un art qui demande un savoir-faire. La rétroaction doit être limitée en quantité, porter sur des comportements observables, modifiables et être exempte de jugements. Elle doit être descriptive et spécifique à la performance et devrait offrir des solutions à l'apprenant afin de le guider dans son éducation [20, 21]. Les bienfaits de la rétroaction en éducation sont nombreux : une rétroaction efficace permet à l'apprenant d'augmenter ses habiletés afin d'atteindre le niveau de compétence attendu, d'acquérir de nouvelles compétences, de consolider ses acquis, de réfléchir sur sa formation et de planifier ses apprentissages [23].

Les écrits en éducation montrent bien que la rétroaction a une puissante influence sur l'apprentissage et la réussite. De l'aveu même des étudiants, la rétroaction est un élément d'influence dans leur réussite [24]. En l'absence de rétroaction, l'apprenant se tournera vers

d'autres méthodes d'évaluation pour juger de sa performance. Des sources externes possiblement non fiables ou encore l'auto-évaluation seront utilisées. Sachant que la capacité d'auto-évaluation des étudiants dans le domaine de la santé est d'une exactitude faible [25] et que les étudiants en difficulté ont tendance à se surestimer [25], il est important d'offrir un cadre d'apprentissage sécuritaire aux étudiants et d'offrir une rétroaction efficace.

L'art d'offrir une bonne rétroaction reste un grand défi pour les médecins. Les étudiants affirment qu'ils reçoivent peu de rétroaction et que celle-ci est trop souvent inefficace. De leur côté, les médecins enseignants considèrent qu'ils donnent souvent et adéquatement de la rétroaction [26]. Il en est de même pour la médecine d'urgence, où la perception concernant la fréquence et la qualité de la rétroaction offerte par les superviseurs est différente chez les médecins enseignants lorsque comparée à la perception des étudiants [16]. Ce paradoxe met en relief une problématique inquiétante. Au cours d'une formation de plusieurs années en résidence, les étudiants sont évalués à de multiples reprises de façon formative à la fin de chaque quart de travail, mais aussi de façon sommative à la fin de chaque stage. Toutefois, bien que nombreuses, très peu d'information permettant au résident de progresser et de s'améliorer est communiquée lors de ces évaluations. La plupart des enseignants donnent des commentaires subjectifs, portant sur la personnalité du résident et non sur sa performance [21]. Le sempiternel « C'est bon, continue » peut être réconfortant, mais devient rapidement monotone, répétitif et frustrant, car bien que le but premier de la rétroaction soit l'amélioration de la performance, la relation qui existe entre son but et son effet réel n'est pas linéaire [27].

Plusieurs problématiques semblent être en cause pour expliquer l'inefficacité des rétroactions en médecine. Sachant qu'une rétroaction dite efficace devrait être descriptive, spécifique et axée sur des comportements observables, la rareté des observations directes rend la rétroaction inefficace lorsqu'elle provient de médecins qui ne prennent pas le temps d'observer leurs étudiants. Une autre problématique évidente est la vision unidirectionnelle souvent sollicitée par la rétroaction; une rétroaction portant souvent strictement sur l'expertise médicale. Une bonne rétroaction peut porter sur l'expertise médicale, mais les programmes de résidence devraient s'assurer que leurs apprenants reçoivent de l'information sur l'éventail des compétences et pas seulement l'expertise médicale. Offertes strictement par les médecins enseignants, il n'est pas surprenant que les

rétroactions touchent essentiellement le domaine de l'expertise, compétence perçue comme étant prioritaire [13]. Toutefois, le modèle des compétences CanMEDS reflète bien le besoin de former les médecins sur un plus large éventail de compétences [6].

1.5 La rétroaction multisources, une piste de solution?

De manière courante, ce sont les médecins qui évaluent les résidents. Bien que différents médecins puissent donner une rétroaction à l'apprenant, l'information ne provient que d'une seule source, mettant l'accent sur l'expertise médicale. Les rétroactions multisources sont des évaluations qui fournissent de l'information provenant de différents intervenants, permettant ainsi d'avoir différentes perspectives de l'étudiant. Ces perspectives permettent d'obtenir une meilleure image de la performance de l'apprenant. Nées dans le domaine industriel, les évaluations multisources sont perçues comme étant un outil pratique pour évaluer les différentes compétences au travail [28]. Son utilisation dans le domaine médical a explosé au cours des dernières années, sans doute pour répondre aux lacunes ressenties dans l'évaluation des différentes compétences. Dans une revue de littérature sur les rétroactions de type 360 degrés dans le domaine médical [28], cette approche est considérée comme étant l'une des meilleures pour donner une rétroaction pertinente sur les comportements interpersonnels, la communication, le professionnalisme et le travail d'équipe. L'utilisation de la rétroaction multisources s'appuie principalement sur les fondements de la théorie de l'apprentissage expérientiel et la théorie de l'apprentissage social.

La culture médicale a longtemps tenu pour acquis qu'une majeure partie de l'apprentissage de l'art de la médecine se faisait par la pratique et l'expérimentation dans l'exposition à des cas cliniques. Bien que certains éléments de cette façon de penser soient fidèles à la théorie de l'apprentissage expérientiel [29], cette théorie va bien au-delà de la simple expérimentation [30]; l'apprentissage ne progresse pas seulement au fur et à mesure que le niveau d'expérience augmente, mais les expériences passées affecteront celles du futur, car l'apprenant approchera différemment ces nouvelles expériences. En d'autres mots, il ne s'agit pas seulement d'expérimenter, mais chaque expérience devrait générer chez l'apprenant une réflexion, lui permettant de généraliser l'apprentissage afin de mieux aborder les situations cliniques

subséquentes [31]. Le cycle de Kolb décrit bien ce continuum qui permet à l'apprenant de progresser et de s'améliorer en vivant différentes expériences qui lui permettront d'améliorer ces expériences futures.

Figure 3 : Cycle de l'apprentissage expérientiel de Kolb

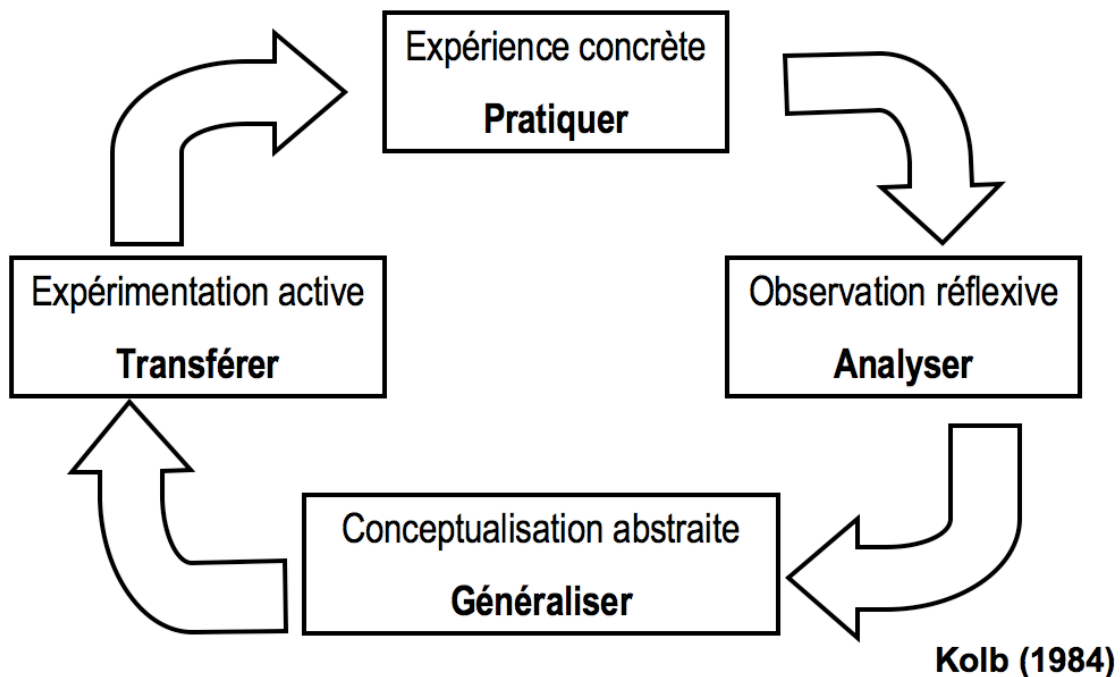


Image tirée du site internet Pédagogie universitaire [32]

La théorie de l'apprentissage social repose plutôt sur la perspective que l'apprentissage prend place dans le milieu social de l'apprenant [33]. L'apprentissage se fait par l'interaction et l'observation des pairs dans un contexte particulier où tous les différents intervenants du milieu exercent une influence mutuelle entre eux. Cette communauté de travail encourage l'implication de l'apprenant dans son environnement de travail et auprès de différents intervenants [31]. L'environnement de travail, dans le contexte de l'urgence, prend une place de premier plan dans l'apprentissage des étudiants. Par l'observation, l'imitation ou le modèle de rôle, l'apprentissage se construit autour des différents intervenants qui travaillent en collaboration au sein de l'environnement de travail de l'apprenant.

La rétroaction multisources s'appuie sur plusieurs éléments clés de ces deux théories de l'apprentissage. Tout d'abord, en offrant un outil de communication qui permet à l'apprenant d'obtenir de l'information provenant de différents intervenants qu'il côtoie (théorie de l'apprentissage social), mais aussi en créant un cadre lui permettant d'obtenir une rétroaction structurée qui tente de promouvoir la réflexion afin d'améliorer les performances futures (théorie d'apprentissage expérientiel). Il est essentiel de comprendre que l'environnement de travail qu'est l'urgence joue un rôle clé dans la formation des futurs urgentologues. Aucune autre situation d'apprentissage (stages cliniques variés, simulations, etc.) ne permet de plonger l'étudiant dans cet environnement authentique où les interactions avec les patients et membres du personnel sont omniprésentes, variées et singulières. Par son approche structurée, la rétroaction multisources facilite la communication et le transfert d'information entre les différents intervenants et encourage l'apprenant à prendre conscience des différentes valeurs et attitudes pertinentes à son environnement de travail. Les rétroactions multisources ont le potentiel de faciliter le développement professionnel de l'étudiant au sein de cet environnement social [31].

L'évaluation 360 degrés a été suggérée comme outil d'évaluation des compétences particulièrement prometteur pour la médecine d'urgence [34]. Cet outil permet l'évaluation d'un individu par plusieurs professionnels différents, à l'aide de questionnaires et d'une compilation des données obtenues. Les termes évaluation de type 360 degrés et rétroaction multisources (multisource *rétroaction*; MSF) sont utilisés de façon interchangeable. Il importe toutefois de distinguer ces deux termes. L'évaluation, souvent sommative, est exprimée à l'aide d'un résultat numérique qui sert à résumer la performance de l'apprenant dans le but de la comparer avec des standards établis [35]. La rétroaction formative a pour but d'informer l'apprenant, sans porter un jugement, pour amener un changement et améliorer la performance [35]. Bien qu'il soit démontré que les apprenants sans expérience sont incapables de s'autoévaluer convenablement et de déterminer leurs propres forces et faiblesses [22, 36, 37], très peu de rétroaction leur est généralement donnée. Le manque d'observation directe amène les résidents à répéter les mêmes erreurs. Il devient donc essentiel d'offrir une rétroaction valable pour s'assurer d'une bonne formation et par conséquent, du bien-être des patients [36]. L'information recueillie par différentes personnes ayant l'occasion d'observer et d'interagir avec le résident semble une avenue utile pour alimenter la rétroaction dans une discipline comme la médecine d'urgence.

De nombreux articles ont été publiés sur le sujet des rétroactions multisources au cours des dernières années. Une revue systématique a permis de démontrer que cet outil est une méthode efficace d'offrir une rétroaction sur la performance clinique, mais aussi sur des compétences comme le professionnalisme, la communication et les relations interpersonnelles [38]. Quelques études sur les évaluations multisources en urgence ont déjà été publiées, autant chez les médecins en pratique [39, 40] que chez les résidents en médecine d'urgence [41, 42], montrant que l'outil est utilisable, fiable et valide [40]. Cependant, aucune étude ne s'intéresse à l'influence des rétroactions offertes aux résidents en formation. Plusieurs études effectuées chez les médecins en pratique ont démontré que certains médecins améliorent leur pratique après une évaluation de type multisources [27, 43, 44]. Les différentes sources interrogées (collègues-médecins, infirmiers, patients) apportent de l'information différente perçue comme utile par les médecins. Toutefois, une étude s'intéressant aux conséquences et à l'utilité de la rétroaction sur les participants [27] a démontré que de multiples facteurs influencent la perception des rétroactions multisources : la crédibilité des évaluateurs, la façon dont l'information est diffusée, la spécificité de l'information et les domaines évalués par l'outil.

Chez les résidents, encore très peu d'études ont exploré la perception et l'utilité de ces rétroactions dans leur formation [45-47]. Pourtant, avant de faire l'effort d'implanter un nouveau système de collecte de données au sein d'un programme de résidence, il serait important de connaître l'effet qu'il aura sur les résidents qui sont déjà continuellement évalués sur le plan sommatif. L'étude de Hesketh et al [45] effectuée auprès des résidents juniors dans leur première année de tronc commun a démontré que, généralement, l'information reçue était perçue comme utile et qu'ils acceptaient d'être évalués par leurs collègues. Une autre étude chez des résidents en radiologie [48] a démontré que la majorité des résidents ont perçu l'expérience comme positive et que les évaluations les ont sensibilisés à leur façon de communiquer avec les patients.

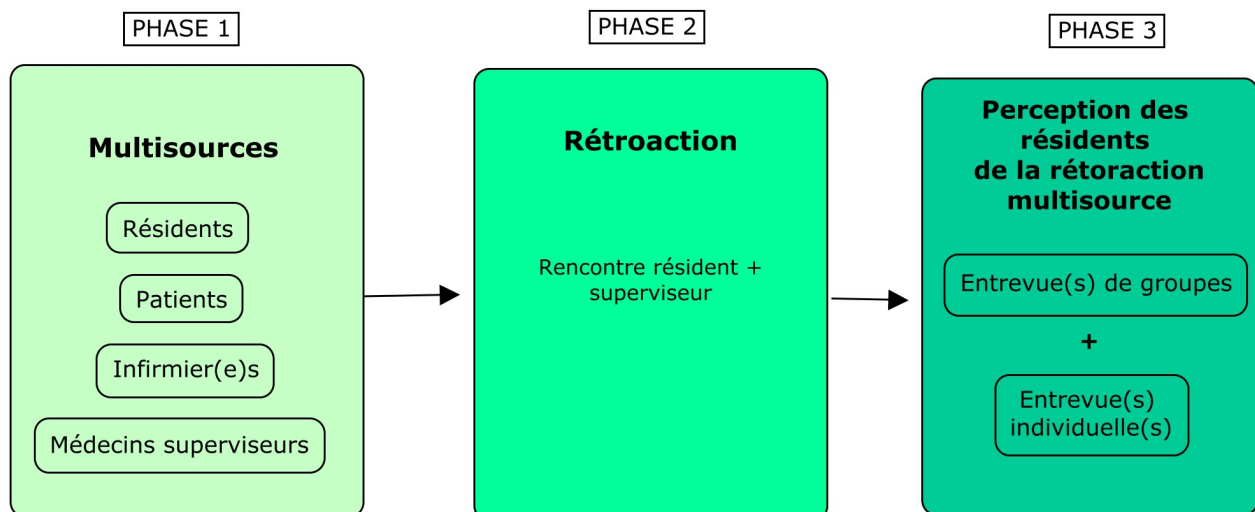
Dans le but de trouver les moyens d'offrir aux résidents une rétroaction efficace et utile, le présent projet visait à explorer en profondeur la perception qu'ont les résidents en médecine d'urgence suite à l'obtention d'une rétroaction multisources. Selon eux, l'information reçue est-elle utile et pertinente? Considèrent-ils que les différentes sources d'information sont toutes aussi

crédibles? La rétroaction de type multisources est-elle un moyen acceptable de recevoir l'information? Les résidents déclarent-ils avoir changé leur pratique suite au processus et considèrent-ils que la rétroaction reçue leur permet de mieux développer l'ensemble de leurs compétences?

CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE

Ce projet qui s'intéresse à la perception des résidents d'urgence suite à l'obtention d'une rétroaction multisources comportait trois différentes phases que nous présentons en détail dans les sections qui suivent. Toutefois, bien que les phases 1 et 2 soient essentielles à la compréhension du processus de rétroaction multisources et témoignent de toute la structure derrière la création des formulaires d'évaluation, la question de recherche visant à explorer la perception et l'expérience des résidents, le recueil de données permettant l'analyse qualitative a principalement été effectué à la phase 3 du projet.

Figure 4 : Les 3 phases du projet de rétroaction multisources



Phase 1 : La première phase a consisté à recueillir de l'information sur les compétences de communication, collaboration et professionnalisme des résidents en médecine d'urgence à l'aide de formulaires d'évaluation distribués aux différentes sources d'information (patients, infirmiers, médecins et résidents) afin d'alimenter la phase de rétroaction.

Phase 2 : Cette phase a consisté en l'étape où, après avoir recueilli l'information sur des compétences à l'aide des formulaires d'évaluation, une rétroaction était offerte aux résidents ayant participé à ce projet.

Phase 3 : Finalement, la troisième étape avait comme objectif d'explorer la perception des résidents en médecine d'urgence suite à l'obtention d'une rétroaction de type multisources à l'aide d'entrevues de groupe et d'entrevues individuelles. Les résidents ont été rencontrés afin d'explorer différents sujets pertinents aux questions de recherche.

2.1 Phase 1 : Multisources; recueil de l'information provenant des différentes sources

Cette section présente les différentes étapes réalisées afin de recueillir l'information pour offrir une rétroaction efficace aux participants.

2.1.1 Les sources d'information

Des informations provenant de quatre sources ont été recueillies dans ce processus de rétroaction multisources, chacune fournissant une perspective différente, mais complémentaire, faisant ainsi la richesse de ce type de rétroaction.

- 1) *Les médecins enseignants* : Ils ont été sollicités afin d'obtenir de l'information à propos des compétences autres que l'expertise médicale, plus particulièrement le professionnalisme, la communication et la collaboration. Bien que les médecins enseignants évaluent constamment les résidents au cours de la formation, l'information fournie porte habituellement sur l'expertise médicale et très peu d'information touche les compétences visées par ce projet. Les médecins ont été impliqués dans le projet pour tenter de faire ressortir de l'information nouvelle sur ces autres compétences.
- 2) *Les membres du personnel infirmier* : Ils ont été sollicités afin d'obtenir leurs opinions sur les mêmes compétences que les médecins (professionnalisme, communication, collaboration). Les interactions auprès de ces intervenants étant très nombreuses dans le quotidien à l'urgence, ce sont eux qui ont aussi l'occasion d'observer directement les résidents auprès des patients. Avant la mise en place de ce projet, aucun processus ne

permettait de recueillir leur perspective sur ces compétences essentielles au travail d'équipe et au bon fonctionnement d'un médecin à l'urgence.

- 3) *Les patients* : Très peu sollicités dans le domaine de l'urgence à cause de l'absence de suivi, ils ont plusieurs choses à dire sur les différentes compétences de l'apprenti médecin. Leur perspective, unique et essentielle à la définition du rôle du médecin, a aussi été sollicitée.

- 4) *Le résident (auto-évaluation)* : Bien que la littérature démontre que l'auto-évaluation est souvent inadéquate lorsque comparée avec l'évaluation des pairs, le fait de connaître et d'évaluer cette divergence peut guider la façon dont la rétroaction est offerte pour mieux orienter l'apprenant et aider à la conciliation entre sa perception et l'information recueillie [49]. L'auto-évaluation a donc été recueillie dans le but de mieux planifier la rétroaction.

2.1.2 Échantillonnage : choix des participants et représentativité théorique

Les résidents : Tous les résidents du programme de médecine d'urgence spécialisée de l'Université de Montréal ont été invités à participer à ce projet. Les résidents de la première à la quatrième année ont été invités, étant donné que le projet de recherche s'étendait sur deux années académiques. Les résidents de cinquième année n'ont pas été en mesure de participer puisqu'ils quittaient le milieu universitaire avant la fin du projet. Sur un potentiel initial de seize résidents à la rédaction du protocole de recherche, ce nombre a été réduit à treize avant le début du projet (une résidente exclue du programme de formation, un résident n'ayant aucun stage dans le milieu de stage où s'est effectué le projet de recherche et une résidente étant en congé de maternité).

Bien qu'il s'agisse d'un échantillon de convenance, c'est-à-dire les résidents d'urgence provenant d'un seul réseau universitaire (Université de Montréal), on peut considérer que ces résidents représentent un échantillon représentatif des résidents en médecine d'urgence spécialisée de l'ensemble des programmes du Canada. Ayant les mêmes objectifs de formation et le même examen de certification, les programmes de formation post-graduée offrent une formation

similaire à leurs résidents. Ils ont des horaires variables, font plusieurs stages dans des milieux différents, travaillent avec une multitude de patients, d'infirmiers et de patrons; caractéristiques qui sont communes et particulières aux différents programmes de spécialités en médecine d'urgence à travers le pays.

L'Hôpital du Sacré-Coeur a été choisi comme étant le milieu le plus approprié pour effectuer ce projet. Plus de soixante-cinq pour cent des stages en médecine d'urgence y sont effectués par les résidents en médecine d'urgence spécialisée du programme de l'Université de Montréal. Ce milieu a été choisi afin de développer un processus qui soit applicable et représentatif de la majorité des milieux universitaires ailleurs au pays et dans le monde étant donné qu'il s'agit du principal milieu de formation pour les résidents. Bien que les résidents aient des stages dans d'autres milieux de formation, il aurait été difficile d'implanter ce projet dans des milieux considérablement moins occupés et d'assurer que les intervenants (médecins, membres du personnel infirmier) se sentent concernés et s'impliquent dans le projet. Il s'agit aussi d'un lieu de convenance pour effectuer ce projet de recherche. Tout d'abord, de faire accepter ce projet de recherche impliquant des patients a été tout un défi auprès du comité d'éthique de l'hôpital. Ainsi, le fait de se concentrer sur un seul milieu a facilité le processus d'acceptation du projet de recherche. De plus, étant donné que de nombreuses formations ont été nécessaires afin de s'assurer que les formulaires d'évaluation soient bien remplis par les médecins et les infirmiers, choisir un seul milieu de formation a facilité le travail de la chercheuse. Avec l'expérience acquise en ce qui a trait à l'acceptation du projet par le comité d'éthique et la formation des différents intervenants, il sera dorénavant plus facile de répandre le processus de rétroactions multisources dans les différents milieux de formation du réseau universitaire.

Les patients, infirmiers, médecins enseignants : Tous les patients, membres du personnel infirmier et les médecins enseignants qui se trouvaient à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal pendant la période de neuf mois où s'est déroulée la distribution des formulaires d'évaluation étaient susceptibles de participer au projet de recherche.

Chaque résident était appelé à recruter lui-même les personnes (patients, infirmiers, médecins enseignants) qu'il jugeait être en mesure de lui offrir de l'information formative. Il a été démontré

que les formulaires remplis par des évaluateurs choisis par l'apprenant ne sont pas significativement différents de ceux remplis par des évaluateurs choisis par une tierce partie [50]. Le résident était responsable de cibler les intervenants avec qui il a eu des interactions significatives au cours d'un quart de travail et qui étaient en mesure de remplir adéquatement un formulaire d'évaluation et d'offrir des commentaires pertinents. Bien que de nombreuses études portant sur le sujet des rétroactions multisources interrogent des personnes ciblées à l'avance (mêmes médecins et infirmier) pour évaluer tous les résidents, la nature du travail des résidents en médecine d'urgence (quarts de travail variables, variation élevée du nombre de médecins avec qui ils travaillent) rend cette façon de faire inadéquate, car elle risquerait d'interroger des personnes qui ne sont pas en mesure d'offrir des commentaires pertinents par l'absence de contact avec certains résidents.

En ce qui a trait aux patients, seuls ceux qui ont été vus au moins deux fois par le même résident lors de leur visite à l'urgence ont pu être invités à participer pour s'assurer que les patients sondés puissent émettre des commentaires pertinents et que l'interaction entre le résident et le patient ait été significative. En résumé, après l'évaluation initiale du patient par le résident, le patient devait avoir été réévalué au moins une autre fois au cours de l'épisode de soins pour être invité à remplir un formulaire d'évaluation. Par souci d'inclure tous les types de patient normalement rencontrés à l'urgence et d'éviter de sous-représenter certaines clientèles plus vulnérables (unilingues, personnes âgées ayant des déficits cognitifs, aveugles, analphabètes, etc.), les formulaires d'évaluation pouvaient être lus et remplis par une tierce personne : les accompagnants, les infirmiers, les médecins enseignants ou les infirmiers de recherche présents à l'urgence. Il aurait été intéressant d'inclure les patients trop malades ou dits trop « instables » dans ce projet de recherche en les contactant ultérieurement par téléphone ou par courrier. Toutefois, éthiquement, il a été jugé inadéquat de le faire, l'issue de la maladie n'étant souvent pas connue après leur départ de l'urgence (séquelles permanentes, décès, etc.) et les coordonnées des patients étant des données confidentielles auxquels les chercheurs ne devraient pas avoir accès sans le consentement des patients.

2.1.3 Taille de l'échantillon

Les résidents : Huit à dix résidents sont le nombre de résidents en médecine d'urgence qu'il était souhaitable de recruter pour ce projet. Kuzel [51] estime qu'en présence d'un échantillon qui est homogène, cinq à huit participants sont souvent suffisants pour atteindre la saturation des informations lors de l'analyse qualitative des résultats. Sur un potentiel de treize résidents, dix ont obtenu suffisamment d'évaluations provenant de chacune des sources pour participer aux entrevues permettant d'obtenir leur perception du processus. Ce nombre permet d'avoir un échantillon représentatif du groupe (plus de la moitié des résidents) et aussi d'assurer un éventail de résidents possédant des caractéristiques variées (juniors/séniors, sexe, etc.). Les trois résidents n'ayant pas participé à toutes les différentes étapes du processus n'ont pas recueilli suffisamment de formulaires d'évaluations pour recevoir leur rétroaction et participer aux entrevues. Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques des participants effectifs.

Tableau 1 : *Caractéristiques de l'échantillon*

N = 10	Hommes	Femmes
Résidents juniors (R1-R2)	2	4
Résidents séniors (R3-R4)	2	2

Les patients, infirmiers, médecins enseignants : Un minimum de cinq formulaires d'évaluation par source d'information était requis afin que le résident puisse recevoir la rétroaction. Ce nombre a été exigé pour s'assurer de maintenir la confidentialité des participants et offrir une rétroaction pertinente en assumant que les formulaires sont bien remplis. Les études sur le sujet des évaluations multisources ont démontré qu'un total de huit à dix médecins et de vingt-cinq patients sont nécessaires pour obtenir une bonne fiabilité [40, 44, 50, 52-54]. Cependant, puisque l'enjeu principal de cette étude n'est pas la qualité de la mesure, mais plutôt la perception qu'ont les résidents de la rétroaction et ses effets sur eux, ce nombre de répondants a été visé sans toutefois être nécessaire.

2.1.4 Le recrutement des participants

Les résidents : Les résidents du programme de médecine d'urgence de l'Université de Montréal ont tous été invités à participer à ce projet formatif. Ils ont été rencontrés par la chercheuse lors d'une journée de formation académique (demi-journées hebdomadaires, obligatoires pour les résidents, de septembre à juin). Ceux qui étaient absents ont été rencontrés de façon individuelle ultérieurement. Le but de cette rencontre était de leur expliquer ce que sont les rétroactions de type multisources (but, intérêt, bienfaits démontrés) ainsi que d'expliquer les interrogations qui ont conduit de la chercheuse à mener ce projet de recherche. Une feuille expliquant le projet leur a été remise lors de cette même rencontre (voir annexe B). Les formulaires d'évaluation construits pour chacune des sources interrogées leur ont également été présentés lors de cette rencontre. Après avoir répondu à leurs questions, les résidents qui souhaitaient participer ont manifesté leur intérêt à l'investigatrice du projet ou à l'infirmière de recherche du département d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Un rappel a été effectué par courriel une semaine suivant la rencontre. L'implication dans cette étude étant de nature formative, la participation au projet était strictement sur une base volontaire. Aucune démarche supplémentaire n'a été effectuée si le résident n'avait pas démontré d'intérêt à participer au projet après la rencontre initiale et le rappel par courriel.

Les patients, infirmiers, médecins enseignants : Les personnes faisant partie de ces trois groupes ont été choisies et invitées à participer au projet par le résident lui-même. Une feuille explicative a été remise avec chacun des formulaires d'évaluation distribués expliquant la nature formative du projet. Les personnes sollicitées étaient libres de remplir le formulaire d'évaluation et pouvaient refuser de participer au projet en ne remettant simplement pas le formulaire qui leur avait été soumis. Étant donné qu'aucun formulaire d'évaluation n'était numéroté, il était impossible de déterminer quels répondants ont décidé de participer ou non.

Pour s'assurer que les sources d'information soient en mesure de bien utiliser l'outil de mesure que le résident leur avait remis, les patrons et les infirmiers ont été invités à participer à une formation avant le début du projet. Cette formation avait comme objectif d'expliquer le but du projet et de donner des informations sur l'utilisation du formulaire d'évaluation. Pour les patrons, deux présentations ont été faites lors des demi-journées de formation hebdomadaire auxquelles

tous les membres sont invités à participer pour de la formation médicale continue. Pour les membres du personnel infirmier, les mêmes formations ont été offertes à neuf reprises, trois formations ont été données pour chaque groupe des différents quarts de travail (jour, soir et nuit). De plus, un courriel expliquant la raison d'être et la démarche à suivre pour remplir les formulaires d'évaluations a été envoyé à ces deux sources d'information. Bien qu'il ait été impossible de rejoindre les patients par courriel ou de les convier à une rencontre d'information étant donné la nature du projet, une feuille expliquant le projet et sa raison d'être était distribuée avec le formulaire qu'ils devaient remplir. De plus, le nom et le numéro de téléphone de l'investigatrice principale y étaient indiqués.

2.1.5 Les formulaires d'évaluation des différentes sources

Les formulaires d'évaluations utilisés pour sonder les quatre groupes ont été inspirés de ceux créés par l'équipe de Joshi [55] pour des résidents du programme de gynécologie-obstétrique. Cet outil a été démontré comme étant utile pour évaluer les compétences visées par ce projet. Les formulaires évaluent certains aspects de la collaboration, de la communication et du professionnalisme et comprennent dix items notés sur une échelle de Likert de cinq points. Pour ce projet, l'outil a été traduit et modifié par trois différents comités pour s'assurer que chaque formulaire d'évaluation puisse s'appliquer au contexte de la médecine d'urgence. Pour chacune des sources interrogées, un comité s'est assuré de l'applicabilité du formulaire pour chaque groupe d'évaluateurs et des modifications ont été apportées au besoin (voir annexes C-D-E).

Pour les médecins enseignants, un petit comité de trois personnes impliquées en enseignement a fait certaines suggestions sur la traduction de ces formulaires en langue française et proposé l'ajout d'un item portant sur la tenue vestimentaire (problématique rencontrée, mais rarement abordée). De leur côté, cinq infirmiers d'expérience ont fait le même processus pour le formulaire d'évaluation s'adressant au membre du personnel infirmier, de très légères modifications portant surtout sur l'utilisation de la langue française ont été adoptées, un item sur la tenue vestimentaire y a aussi été ajouté. Le formulaire destiné aux patients a été commenté par des patients rencontrés sur le terrain afin d'obtenir leur opinion sur ce qu'ils considéraient comme important chez les résidents. Très peu de changements ont été effectués.

Deux questions ouvertes ont été ajoutées demandant aux répondants d'identifier deux points forts et deux points à améliorer. Un espace pour des commentaires additionnels a aussi été offert et les évaluateurs ont été encouragés à ajouter des commentaires et donner des exemples de comportements observés. Ces questions ont pour objectif d'obtenir le plus d'information possible afin d'offrir aux participants une rétroaction utile avec le plus de contenu précis. [27]

Les formulaires d'évaluation ont été distribués en version papier accompagné d'une enveloppe qui permettait d'être scellée. Afin d'assurer la confidentialité du processus pour les participants, aucun nom, mais des codes numériques ont été utilisés pour identifier chaque résident en cas de perte des formulaires d'évaluation. Ces codes ont été choisis de façon aléatoire par l'infirmière de recherche du département et ont été gardés confidentiels.

2.1.6 Distribution et recueil des formulaires d'évaluation

Le résident devait distribuer lui-même les formulaires d'évaluation aux patrons et aux infirmiers avec qui il jugeait qu'il avait eu des interactions significatives après un quart de travail effectué à l'urgence. Comme il en a été décidé par le comité d'éthique de l'Hôpital du Sacré-Coeur, les formulaires destinés aux patients étaient remis par l'intermédiaire d'une autre personne travaillant à l'urgence (infirmier ou médecins ou infirmière de recherche), après que les soins prodigués par le résident soient terminés. Tel que mentionné précédemment, seuls les patients ayant été vus au moins deux fois par le même résident lors de leur visite à l'urgence pouvaient être éligibles à remplir le formulaire pour s'assurer que tous les patients sondés puissent émettre des commentaires pertinents et que l'interaction entre le résident et le patient ait été significative. En résumé, après l'évaluation initiale du patient par le résident, le patient devait avoir été réévalué au moins une autre fois au cours de l'épisode de soins pour être invité à remplir un formulaire d'évaluation.

Les membres du personnel de l'hôpital devaient déposer les enveloppes scellées dans une des deux boîtes qui étaient prévues à cette fin. Ces boîtes étaient situées au même endroit où se trouvent tous les documents des différents projets de recherche en cours à l'urgence, soit dans

l'aire ambulatoire et dans l'aire de choc. Les patients devaient remettre l'enveloppe à un membre du personnel infirmier avant leur départ de l'hôpital ou avaient aussi l'option de l'envoyer par la poste, car un timbre leur était offert.

Les résidents qui participaient au projet de recherche avaient neuf mois pour obtenir le nombre minimum de formulaires d'évaluation requis pour recevoir une rétroaction (aucun maximum). Cette période a été déterminée pour s'assurer que la majorité des résidents susceptibles de participer au projet ait l'opportunité d'effectuer un stage d'urgence dans le milieu choisi, étant donné que les résidents de première année ne font que deux stages d'urgence par année et que ceux en troisième année n'en font que trois.

2.2 Phase 2 : La rétroaction

Le processus de rétroaction incluait une première étape où l'information recueillie à l'aide des formulaires d'évaluation était synthétisée pour ensuite être transmise sous forme de rétroaction au résident. Ce volet était d'une importance capitale, car il y a nécessairement un effet important sur la perception qu'auront les résidents de l'information reçue et sur l'influence de celle-ci sur leur pratique.

2.2.1 Préparation de la rétroaction — Synthèse de l'information

Un médecin enseignant était responsable d'offrir verbalement la rétroaction aux résidents. Ce médecin a été choisi par ces derniers à l'aide d'un sondage qui avait pour but de déterminer le superviseur en qui les résidents ont confiance, la crédibilité de cette personne étant importante pour l'effet de la rétroaction. Le sondage a été envoyé par courriel à la fin du processus, et demandait à chacun des participants d'élaborer une liste de médecins avec lesquels ils seraient confortables de recevoir leur rétroaction. Le médecin ayant été le plus souvent cité a été invité à participer au projet et a accepté d'accomplir la tâche d'être le médecin responsable de transmettre la rétroaction aux résidents.

La chercheuse ainsi que ce médecin responsable choisi par les résidents avaient la tâche de recueillir et de résumer toute l'information reçue à l'aide des formulaires d'évaluation pour chaque résident. Cette première étape a été effectuée en masquant l'identité des candidats à qui s'adressait la rétroaction (en utilisant les codes numériques) étant donné que ces deux personnes connaissent les participants. Le but était de rester objectifs. Lors d'une rencontre conjointe, les formulaires d'évaluation recueillis ont été lus et analysés afin d'en faire ressortir les points forts et les points à améliorer pour chacune des sources interrogées. Cette analyse consistait à interpréter l'information provenant d'exemples spécifiques ainsi que de faire des associations entre les différents commentaires pour en faire émerger des éléments clés qui méritaient d'être rapportés. Des tableaux résumés ont été préparés pour dresser la liste des points forts et des points à améliorer supportés d'exemples concrets et de commentaires rapportés dans les formulaires remplis par les différentes sources. Ces tableaux ont ensuite servi de référence au médecin responsable d'offrir la rétroaction lors des rencontres individuelles (voir annexe G).

Une feuille résumant l'ensemble des informations recueillies était complétée pour chacune des sources et ces feuilles ont été remises à chacun des résidents lors de la rencontre (voir annexe H). Sur cette feuille se trouverait la moyenne des résultats obtenus pour chacune des questions du formulaire, le résultat minimal et le résultat maximal. Une moyenne était aussi calculée pour l'ensemble des questions contenues dans les formulaires d'évaluation (pour un total de cinquante points), pour chacune des sources interrogées. Si les résultats avaient varié d'une compétence à l'autre (professionnalisme, collaboration et communication), des moyennes auraient été calculées pour les questions relatives à ces trois compétences distinctes afin de détecter certaines problématiques spécifiques et offrir une intervention appropriée, mais cette situation ne s'est pas produite. Les chiffres n'étaient pas un élément clé lors de la rétroaction, mais permettaient de mettre en évidence certaines lacunes lorsque les valeurs étaient très différentes d'une question à l'autre ou d'une source à l'autre. Les points forts et les points à améliorer qu'avaient soulevés les médecins responsables lors de leur analyse des formulaires d'évaluation étaient aussi mentionnés sur les feuilles remises au résident.

2.2.2 Mode de transmission de la rétroaction

Le médecin choisi a rencontré individuellement chacun des participants. D'une durée de trente minutes, cette rencontre avait pour but de présenter au résident les résultats obtenus et d'en discuter.

L'entretien débutait en rappelant le but premier de la rencontre, soit d'offrir une rétroaction formative à l'apprenant dans le but d'offrir une nouvelle perspective en présentant différentes sources d'information, d'amener des éléments de discussion et de réflexion sur les compétences de communication, collaboration et du professionnalisme. Pour assurer le climat de confiance dans lequel cette rencontre prend place, il était mentionné que tout ce qui était dit dans cette rencontre était de nature confidentielle.

Avant de discuter des résultats obtenus à l'aide des formulaires d'évaluation des différentes sources, la première étape consistait à discuter de l'auto-évaluation du résident qui devait être remplie par le résident et envoyée par courriel préalablement à la rencontre. Le but était de mettre en lumière les différents points que le résident percevait comme des forces et des faiblesses pour mieux préparer et transmettre la rétroaction. Par la suite, les résultats étaient présentés à l'aide des feuilles résumé pour chacune des différentes sources. De type facilitatrice, cette rétroaction multisources guidait l'apprenant dans le but de comprendre le contenu de l'information recueillie par les formulaires d'évaluation et offrait des suggestions pour améliorer les points soulevés par les différentes sources [56].

À la fin de la rencontre, le résident était amené à réfléchir et à élaborer des objectifs pédagogiques concordant avec les points soulevés lors de la rétroaction. Dans le cas de rétroaction difficile (plusieurs points à améliorer ou qui entraîne une réponse négative de la part de l'étudiant), différentes pistes de solutions étaient offertes afin d'y remédier. Le centre d'aide aux étudiants aurait été proposé tout comme un soutien personnalisé, mais cette situation ne s'est pas produite dans le cadre de ce projet.

2.3 Phase 3 : Perception des résidents

2.3.1 Choix de l'approche de recherche

La nature de la problématique soulevée par ce projet de recherche exigeait une approche souple et ouverte qui était en mesure d'explorer les différentes facettes entourant le processus de rétroaction multisources ainsi que l'influence de cette rétroaction chez des résidents en médecins d'urgence. La recherche qualitative permet de comprendre et de décrire un phénomène complexe à partir du point de vue d'une population cible. Elle permet de saisir ce qui se passe dans la réalité des personnes [57].

Omniprésente en médecine, la recherche privilégiant des données quantitatives a pour but d'expliquer et d'établir des liens statistiques entre les faits, mais est difficilement capable de saisir la complexité des phénomènes humains [58]. La recherche privilégiant des données qualitatives possède une vision holistique assurant une représentation de l'ensemble du phénomène à l'étude [57]. Cette approche permet d'explorer les questions du « comment » et du « pourquoi » des choses, au-delà du « quoi » et du « combien » [57]. Par sa richesse et son caractère englobant, elle offre le potentiel de mieux décrypter la complexité des différents phénomènes et expériences vécues par les êtres humains; ce qui est le point d'intérêt majeur de ce projet de recherche.

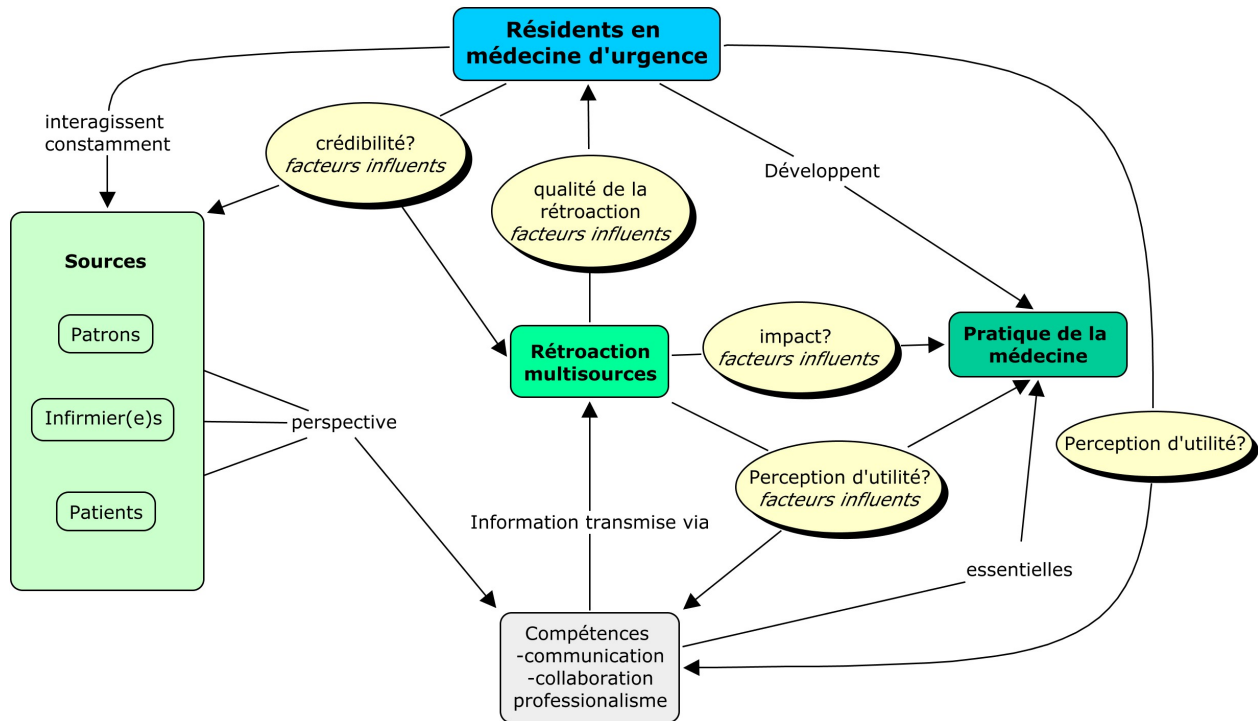
Selon Miles et Huberman [57], la recherche privilégiant des données qualitatives peut être conduite de multiples façons. Ces auteurs prônent le recours à différentes stratégies d'analyse. Bien qu'il existe certaines approches courantes ou plus classiques encore couramment utilisées en recherche impliquant des données qualitatives (théorisation ancrée, ethnographie, etc.), il devient de plus en plus difficile de strictement adhérer à une seule méthodologie et cela n'aurait pas été profitable pour ce projet étant donné la question de recherche. Comme le disent Miles et Huberman [57], « il nous semble clair que la recherche relève davantage d'un savoir-faire que d'une adhésion à des règles méthodologiques. Aucune étude ne se conforme exactement à une méthodologie standard ; tout le monde demande au chercheur d'aménager la méthodologie en fonction des particularités du contexte » (p.18) [57]. Cette vision de la recherche semblait la plus appropriée pour répondre à une question portant sur la perception d'un processus de rétroaction et son effet.

2.3.2 Cadre conceptuel

Bien que la recherche impliquant des données qualitatives permette d'explorer des questions complexes et imprécises, généralement de façon inductive, différentes décisions initiales ont dû être prises au préalable afin d'établir le cadre conceptuel. Bien qu'il s'agisse d'un sujet peu étudié, certaines variables et relations pouvaient être présumées considérant le bagage personnel de la chercheuse et la recension des écrits effectuée. Étant jeune urgentologue qui a gradué du programme de résidence en médecine d'urgence spécialisée, il serait trompeur d'assumer qu'il n'existait aucun a priori sur la question de recherche. La démarche de ce projet de recherche se réclame toutefois d'une certaine neutralité; même s'il est reconnu que certaines situations spécifiques soient teintées par la perception du chercheur qui agit en tant qu'observateur dans le domaine de la recherche qualitative.

Miles et Huberman [57] suggèrent la création d'un cadre conceptuel pour illustrer les différentes dimensions étudiées et indiquer les présumées relations entre différentes variables clés. Le cadre conceptuel que nous avons créé (Voir Figure 5) met en relation les différents facteurs et objectifs généraux de ce projet de recherche. De plus, il contient plusieurs liens présumant en amont certaines relations entre les concepts.

Figure 5 : Cadre conceptuel du processus de rétroaction multisources à l'urgence



Tout d'abord, les *résidents en médecine d'urgence* sont situés au sommet du cadre conceptuel, car ils sont la raison d'être du projet de recherche, étant donné que le but initial était de leur offrir une rétroaction efficace leur permettant de devenir des meilleurs médecins. De plus, la question de recherche s'intéresse directement à ces derniers en tentant d'obtenir leur perception sur une nouvelle méthode de rétroaction.

De gauche à droite se trouvent les *sources* (*patrons, infirmiers et patients*) qui permettront d'offrir une *rétroaction multisources* et qui auront ou non de l'influence sur la *pratique de la médecine* à travers ce processus de rétroaction. Les différentes *compétences* (*communication, collaboration et professionnalisme*) qui sont habituellement évaluées par ce type de rétroaction sont aussi présentes dans le cadre conceptuel, car le projet tente de comprendre si ces compétences sont perçues comme étant utiles par les apprenants et si la rétroaction reçue a contribué à les développer.

Au coeur de ce cadre conceptuel se trouve la *rétroaction multisources*, l'outil pédagogique utilisé pour offrir une rétroaction aux *résidents en médecine d'urgence*. Ce concept est central, car de lui

découlent les différents éléments d'intérêt. Les boîtes de couleur jaune mettent en relations les différents concepts clés du projet de recherche. Tout d'abord, la *crédibilité* des sources. Dans un monde médical où les médecins sont habituellement les seuls à évaluer les résidents, est-ce que des intervenants de la santé ayant une formation différente, comme les infirmiers, ou encore les patients qui ont bien souvent moins d'éducation et aucune formation en santé, sont dans une position légitime pour offrir une rétroaction aux yeux des résidents? La *perception d'utilité* fait référence à l'utilité des commentaires obtenus, ont-ils une valeur pédagogique ajoutée, une plus value si on compare à l'information obtenue aux évaluations que les résidents ont l'habitude de recevoir? L'*impact* de la rétroaction concerne les changements de pratique que les résidents peuvent, ou non, effectués suite à l'obtention d'une rétroaction multisources. Bien sûr, dans le cadre de ce projet de recherche, il ne s'agit que de commentaires rapportés par les résidents, car aucune mesure ne permet de vérifier s'ils ont effectué un réel changement de pratique.

2.3.3 La collecte des données : méthode

Au regard de l'objet et des questions de répondre à la question de recherche, il était essentiel d'obtenir des données dites *suscitées* ou *d'interactions* [59]. De telles données sont générées par l'interaction entre différents individus à l'aide d'entrevues individuelles ou de groupe. Ces entretiens peuvent être de différents types : libres, semi-dirigées ou dirigées. Comme le souligne Van der Maren [59], bien que le chercheur ait certaines questions au préalable, il est impossible de prédire la forme des réponses et donc de prédire l'ordre dans lequel les questions seront posées étant donné que d'autres questions supplémentaires surgiront spontanément. Ce type de données semblait le plus approprié pour répondre aux interrogations du chercheur, car les réponses sont imprévisibles étant donné que l'opinion et la valeur qu'attribuent les résidents en médecine d'urgence à la rétroaction multisources ne peuvent être prédites.

L'utilisation des entrevues de groupes (*focus group*) a été privilégiée. L'interaction entre les participants permet d'explorer l'expérience qu'ils ont vécue et d'approfondir leurs perceptions sur un sujet encore peu étudié [60]. L'effet de groupe a aussi l'avantage de favoriser la discussion, d'argumenter sur les opinions des autres, et de générer de nouvelles pistes de réflexion [61]; ces interactions enrichissent les discussions et permettent de mieux comprendre les opinions

exprimées. Les entrevues de ce type comportent toutefois certains risques pour le maître d'entrevue. Il pourrait se laisser entrainer par les participants qui pourraient éviter de discuter de certains tabous concernant le processus [59].

Puisque les résidents quittent régulièrement la ville pour faire différents stages à l'extérieur, dans le cas d'absence d'un résident à la rencontre de groupe, des entrevues individuelles ont été réalisées afin d'explorer leur perception personnelle. Les entrevues étaient dirigées par une animatrice d'expérience n'ayant aucun lien avec les résidents. Bien que lors de l'élaboration initiale du protocole de recherche, il avait été décidé que la chercheuse devait être présente dans la salle, il en a été décidé autrement, car sa présence aurait inévitablement inhibé les réactions des participants et biaisé les résultats étant donné son titre de responsable locale de l'enseignement. L'animatrice avait en sa possession un guide de discussion pour orienter l'entrevue en fonction des principaux thèmes de la recherche (voir annexe I) [62]. Toutes les entrevues ont été enregistrées.

2.3.4 La collecte des données : étapes

1) Préparation aux entrevues : L'entrevue de groupe a eu lieu trois mois après la réception de la rétroaction. Ce délai minimum a été déterminé afin d'explorer l'influence potentielle de la rétroaction. Un délai plus court aurait pu représenter qu'une réaction émotive ou encore des changements de pratique qui ne sont pas durables, laissant donc une fausse impression de l'effet réel de la rétroaction multisources. De plus, cette période de temps a permis aux résidents de modifier certains comportements en leur laissant l'opportunité de mettre en pratique les éléments discutés lors de la rétroaction.

Pour préparer les participants à cette rencontre, un questionnaire en ligne leur a été envoyé une semaine au préalable (voir annexe J) afin de susciter la réflexion sur les processus de rétroaction multisources auxquels ils ont participé. Des questions ouvertes leur ont été posées pour les amener à réfléchir à ce dont ils se souviennent de la rétroaction reçue et des deux objectifs établis suite à celle-ci.

2) *Entrevue(s) de groupe* : Une ou deux entrevues de groupe étaient prévues en fonction du nombre de participants. Étant donné le nombre de participants effectif, deux entrevues de groupe (résidents juniors et résidents séniors) ont eu lieu. Les entrevues de groupe avaient pour but d'explorer la perception générale du processus des rétroactions de type multisources : explorer l'opinion des participants sur la pertinence et la crédibilité des sources d'information; explorer l'utilité et l'influence de la rétroaction sur leur pratique et sur le développement de différentes compétences.

3) *Entrevues individuelles* : Les résidents qui n'avaient pas été en mesure de participer aux entrevues de groupe ont été rencontrés individuellement dans un deuxième temps pour s'assurer d'obtenir leur opinion sur le processus des rétroactions multisources. Il y a eu deux rencontres et elles se sont tenues quatre semaines après les entrevues de groupes pour avoir le temps d'effectuer une première lecture des transcriptions de ces dernières et faire ressortir certains thèmes qui ont pu être davantage approfondis lors des entrevues individuelles.

2.3.5 Analyse des données

La méthode d'analyse qui a été utilisée pour ce projet est la méthode d'analyse de cas intrasite proposée par Miles et Huberman [57]. Ce type d'analyse s'applique aux projets qui se déroulent dans un contexte circonscrit constituant une seule « étude de cas ». Le groupe des résidents en médecine d'urgence spécialisée correspond à la définition de « cas intrasite », soit un petit groupe de personnes au sein d'une organisation. Ce type d'analyse est donc le plus approprié dans le cadre de cette recherche.

Deux secrétaires expérimentées en retranscription d'entretiens de recherche ont transcrit la totalité des entrevues. Une première lecture des entrevues de groupes a permis de mettre en évidence des thèmes importants et d'effectuer un travail de réflexion. Celle-ci a permis une mise au point sur la stratégie d'entrevue à utiliser pour les entrevues individuelles qui ont ensuite été transcrites à leur tour. Le corpus total des entrevues consistait en plus de 150 pages de verbatim à interligne simple.

Les différentes étapes de l'analyse qualitative de Miles et Huberman (2003) ont été effectuées :

Étape 1 : La condensation des données

Selon Miles et Huberman, [57] la condensation des données "renvoie à l'ensemble des processus de sélection, centration, simplification, abstraction et transformation des données brutes figurant dans les transcriptions des notes de terrains" (p. 29). Les données ont fait l'objet d'un codage thématique. Selon Paillé et Mucchielli [63], le thème est défini comme "un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la tenue du propos" (p. 242). Cette étape de codage a permis de faire ressortir certains thèmes récurrents à travers le corpus afin de bien saisir la perception, le sens que portent les résidents au processus de la rétroaction multisources. L'extraction de ces données a permis de faire ressortir beaucoup d'information nourrissant les interrogations de la chercheuse tout en restant ouvert à ce qui n'avait pas nécessairement été anticipé, tel que le prônent Miles & Huberman [57]. Le codage du verbatim a été effectué par deux personnes de façon indépendante à l'aide du logiciel d'analyse qualitative *QDA Miner*. Après que chaque personne ait effectué le codage des textes, il y a eu confrontation des codages, remaniement des codes jusqu'à un accord jugé satisfaisant (95% d'accord). Cette codification a permis de rassembler une grande quantité de matériel pour permettre au chercheur d'en faire une analyse plus significative. Les codes utilisés se trouvent en annexe (voir annexe K).

Étape 2 : La présentation des données

Dans l'analyse de cas intrasite, Miles et Huberman suggèrent différents « modes de présentation des données » en invitant les chercheurs à faire preuve de créativité en réalisant des représentations graphiques pour organiser les données, les mettre en relation les unes et les autres afin d'aider à expliquer les différents phénomènes à l'étude. Cette organisation de l'information permet de saisir l'ensemble du matériel pour en tirer des conclusions valables. Différents tableaux et schémas ont été utilisés pour répondre aux différentes interrogations de la chercheuse (voir annexe L).

Étape 3 : L'élaboration et vérification des conclusions

Il s'agit de l'étape ultime de l'élaboration d'une réflexion théorique, celle où les conclusions émergent de l'analyse des données. Tout au long de l'étude, la chercheuse a maintenu un esprit ouvert et critique pour ne pas tirer de conclusion prématurée. Les conclusions ont été vérifiées au fur et à mesure qu'elles ont pris forme afin de respecter les propos rapportés par les participants.

2.3.6 Confidentialité et éthique

Les formulaires d'évaluation distribués par les résidents ont tous été numérotés et ces codes sont restés confidentiels, seuls l'infirmière de recherche de l'hôpital, la chercheuse principale et le médecin responsable d'offrir la rétroaction ont eu accès à la liste de ces codes. Tout le matériel recueilli a été analysé avec ces mêmes codes.

Les données recueillies demeurent elles aussi confidentielles; lors de la transcription des entrevues par les secrétaires, un nom fictif a été attribué à chaque participant. L'identité réelle des résidents n'est connue que par l'animateur, les participants. L'analyse des données étant effectuée à l'aide de noms fictifs, la chercheuse principale et l'assistant de recherche qui a participé au codage du corpus de données d'entrevues ne sont pas en mesure d'identifier les participants.

La participation des résidents, patients, infirmiers et médecins enseignants a été strictement volontaire tout au long du projet. Le résident avait la possibilité de quitter le projet à tout moment dans le processus.

À noter que le projet a été présenté au Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal qui l'a accepté (certificat d'approbation du comité d'éthique en annexe F).

CHAPITRE III : RÉSULTATS ET ARTICLE

Les résultats sont présentés sous forme d'article. Cet article sera soumis à une revue en médecine d'urgence publiant des articles en pédagogie.

Déclaration sur la contribution des auteurs de l'article :

L'auteure de ce mémoire a été la contributrice principale à toutes les étapes de ce projet de recherche incluant la rédaction de l'article ci-dessous.

Patrick Lavoie, infirmier, PhD, a été le cochercheur qui a participé au codage et à l'analyse des données recueillies par les entrevues, il a aussi effectué la révision de l'article.

Dr Philippe Karazivan, MD, MEd, a contribué à la construction, structure et révision de l'article.

Dre Judy Morris, MD, MSc, a contribué à l'élaboration de la synthèse des rétroactions et la transmission de la rétroaction. Elle a aussi révisé l'article.

Robert Gagnon, MSc, directeur de maîtrise, a contribué à l'ensemble des étapes du projet de recherche.

Perceptions of emergency medicine residents of multisource feedback: different, relevant, and useful information

Veronique Castonguay, MD; Patrick Lavoie, RN, PhD; Philippe Karazivan, MD, MEd;
Judy Morris, MD, MSc; Robert Gagnon, n MPsy

ABSTRACT

Objective

Competency assessments and feedback provided to residents by physicians emphasize medical expertise, with limited attention paid to other competencies such as communication, collaboration, management, and professionalism. Multisource feedback, a process through which different members of the care team assess and provide feedback to residents, is a promising option for competencies that are less often addressed by physicians. The present study explored emergency residents' perceptions of multisource feedback provided by teaching physicians, nurses, and patients they have worked with during a rotation in an emergency department. An attempt was also made to document the influence of such feedback on the residents' practice.

Methods

In the emergency department of a tertiary-care university hospital, ten emergency medicine residents participated in a multisource feedback intervention. Three months after the intervention, they participated in semi-structured group and individual interviews on their perception of the intervention and its added value in terms of changes in their practice. The data thus gathered were analyzed qualitatively.

Results

Each source (physicians, nurses, patients) provided relevant comments that differed significantly in their content. Physicians focused primarily on medical expertise, whereas nurses addressed competencies related to management, collaboration, and communication, and patients commented on the competencies of professionalism and communication. Residents concluded that obtaining feedback from nurses and patients was acceptable and useful in their training. Several reported modifying certain behaviours after receiving the multisource feedback.

Conclusion

Multisource feedback appeared as an acceptable and useful venue for the assessment of medical competencies that emergency residents are expected to develop in addition to medical expertise.

INTRODUCTION

Background

Assessment and feedback from teaching physicians play a core role in the development of residents' competencies [22-24]. Training programs have the responsibility of training residents for a comprehensive set of competencies, as defined by the CanMEDS framework [8] and the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) [64]. However, teaching physicians' assessment and feedback tend to focus on medical expertise and pay limited attention to other competencies, i.e., communication, collaboration, management, professionalism [9, 12, 65]. To this day, the teaching and assessment of these other competencies remains a challenge in medical education.

Multisource feedback, or 360-degree assessment, "is the combined evaluation of a person by multiple individuals that have different working relationships with the person through use of questionnaires and a compiled feedback report" [66]. In a review of the literature on multisource feedback in the medical field [28], this approach was considered one of the best for providing residents with feedback on interpersonal behaviours, communication, professionalism, and teamwork. Studies have shown that some physicians improve their practice after a multisource feedback [43, 44]. However, others either do not value or use the information received [67]. This latter observation raises questions regarding the acceptability, perceived relevance, and receptivity toward this type of feedback.

Importance

Numerous articles have been published in recent years on the use of multisource feedback in the residency context, with a focus on its feasibility and the reliability of scales used for assessment [41, 55, 68-73]. However, very few studies explored residents' perceptions of multisource feedback and its usefulness [45-47]. In the emergency room setting, very few quantitative studies

have examined the use of multisource feedback among practising physicians [40] and emergency medicine residents [41, 42]. This paucity of studies is surprising, given the potential of multisource feedback for providing feedback on competencies other than medical expertise that are frequently solicited in the peculiar context of the emergency department. Emergency medicine rests heavily on teamwork and is characterized by brief and intense relationships with patients. While emergency medicine residents interact with many different actors, they mostly interact with teaching physicians, nurses, and patients. Yet, nurses' and patients' perspectives of their competencies are rarely considered as a feedback tool throughout their residency.

To our knowledge, no study has yet examined the perceptions of emergency medicine residents of multisource feedback. It is currently unclear how residents perceived feedback not only from teaching physicians, but also from nurses and from patients with whom they have interacted.

Goal of This Investigation

The present study explored residents' perceptions of multisource feedback provided by their teaching physicians, nurses with whom they worked, and patients whom they treated during an emergency department rotation. The study also explored the benefits of this feedback according to residents.

METHODOLOGY

Study Design and Setting

Using a qualitative descriptive design, this study examined the perceptions of emergency medicine residents of multisource feedback during a clinical rotation in the emergency department of Hôpital Sacré-Coeur, a tertiary-care teaching hospital in Montreal, Canada. The focus was on residents' perception of the value and utility of multisource feedback. The study was approved by the hospital's institutional review board.

Selection of Participants

Between January and September 2015, all junior and senior residents from a postgraduate emergency medicine program doing a rotation at the Hôpital Sacré-Coeur's emergency

department were invited to participate in this study. Information about the study was provided to all residents during an information meeting. Participants were enrolled upon providing informed consent. Participation in the study was voluntary and was not rewarded with extra credits.

Intervention - Multisource feedback process

After being enrolled in the study, residents were provided with multisource feedback questionnaires. Three questionnaires were designed to gather assessment from different sources: teaching physicians, nurses, and patients. The questionnaires were adapted from those created by Joshi and colleagues in a multisource feedback study of residents' competency in interpersonal and communication skills [55]. Each questionnaire contained ten items scored on a 5-point Likert scale, with changes in word use to adapt to the different sources. Open-ended questions were added to ask for two strengths and two areas for improvement to provide residents with specific elements of feedback [74].

During the study's period, the emergency medicine residents distributed questionnaires to teaching physicians, nurses, and patients with whom they felt they had enough interactions during their clinical shifts. A box was placed in the emergency department to collect questionnaires from teaching physicians, nurses and patients. A self-addressed stamped envelope was also provided for patients to mail the completed questionnaires if needed. To be included in the study, residents needed to obtain completed questionnaires from at least five sources from each category. All questionnaires were anonymized to protect sources' confidentiality.

Data from the questionnaires was compiled by two researchers/educators. Together, they prepared individual feedback reports for each resident with items' scores (minimum/maximum values and means) for each category of sources (physicians, nurses, and patients). The feedback reports also included a summary of responses to open-ended questions.

Residents provided a list of supervisors from whom they would feel comfortable receiving the feedback reports. The teaching physician listed most often was asked to conduct individual meetings with each resident to present the feedback report and discuss its content. Individual

meetings lasted for 30 minutes on average. More details regarding the assessment process and the content of the feedback reports are available elsewhere (*référence-mémoire de maîtrise*)

Data collection

Three months after individual feedback meetings, semi-structured group interviews were conducted by an experienced facilitator to explore residents' perception of the multisource feedback. This method of data collection was chosen to stimulate interactions and foster discussion and debate around participants' opinions [61]. This was meant to explore in greater depth their perceptions of a topic that had received little research attention to date [60]. An interview guide designed after the study's purpose was provided to the facilitator. Two group interviews were conducted with junior residents (2h) and senior residents (1,5h). Individual interviews with one junior resident (1h) and one senior resident (0,5h) who were not able to attend the group interviews were also conducted by the same facilitator using the interview guide. Very little additional information was obtained from these individual interviews; such that saturation was deemed to have been achieved. All interviews were audio-recorded and transcribed verbatim by two experienced medical transcribers. Nominal data were anonymized.

Primary Data Analysis

The total corpus of data consisted of over 150 single-spaced pages of transcripts that were analyzed using QDA Miner, a qualitative data analysis software. Two independent researchers coded the transcripts. Coding was compared and amended until a satisfactory level of inter-coder agreement (95%) was achieved. Based on Miles and Huberman's method for intrasite case analysis [57], various tables and diagrams were used to organize the information and captured residents' perceptions of the value and utility of multisource feedback. The final step, after this schematization, involved developing and validating the conclusions to produce the project's results.

RESULTS

Characteristics of study subjects

Out of 13 eligible residents, 12 provided informed consent and were enrolled in the study. Ten obtained enough completed questionnaires to be eligible for the interviews.

Table 1. Participants' characteristics

N = 10	Men	Women
Junior residents (R1-R2)	2	4
Senior residents (R3-R4)	2	2

On average, each resident received approximately seven questionnaires from nurses, seven from physicians and 12 from patients.

Main results

Residents commented that each source had provided relevant feedback. However, the content of feedback differed significantly from one source to another. Physicians' feedback focused primarily on medical expertise; nurses' feedback mainly addressed the dimensions of management, collaboration, and communication; and patients' feedback generally assessed competencies related to professionalism and communication. Residents' perceptions of the three sources of feedback are presented separately in the following sections.

Physicians' feedback

The teaching physicians' feedback was mostly focused on medical expertise. Those comments were not considered new or useful, as they were already mentioned by supervisors during daily assessment.

No, there wasn't much that was new from our supervisors. In the ER, we're being assessed every day [...] It was pretty much the same things coming up again. (Flora, junior resident)

Honestly, from our supervisors, everything written on my [feedback] sheet was stuff I've already been told. There were no surprises for me, it was really the same. (Amelia, junior resident)

According to the residents, of the competencies addressed by the physicians, medical expertise was the one raised most often.

The vision was different [...] the supervisor was mostly focused on clinical activity, knowledge, and ways of working. [...] More on expertise (Flora, junior resident).

More medical things came from the physician's perspective regarding diagnosis or things that were really medically oriented. (Wayne, senior resident)

However, some residents expressed frustration when they received anonymous feedback that, they felt, should have been told face-to-face.

I received a comment that [...] was something a supervisor should have told me in person but didn't, and it was a comment on my physical examination. This irritated me because I asked myself: "Why write this anonymously, when their role is specifically to deepen my knowledge? To help me to improve as a resident?" (Edith, junior resident)

Nurses' feedback

The residents attributed great value to nurses' feedback, as they addressed competencies that teaching physicians were not in the habit or able to comment. For instance, management emerged as a core competency in nurses' feedback, with comments on medical records, medical orders, and leadership in the resuscitation room.

Putting the medical records back in place, or things like that. That's more organizational. That's not the kind of thing the supervisors tell us because it makes no difference to them. Those points were really useful. (Daniel, junior resident)

Nurses focused on relationship, teamwork, functioning. [...] The orders that we write and that are done at the same time. They poke the patient, then they see your order sheet: "Oh, there are other orders but I don't have the tube!" They must go back and poke the patient again. These are very practical things, but they're game-changing. (Charles, junior resident)

Many specific constructive comments were reported about communication, either verbal or in medical records, and order-writing. Some residents said that these comments impacted their work.

"In writing orders, it would be better to do this and that." These are relevant, but most supervisors never say anything about how I write my orders. (Edith, junior resident)

They told me I spoke a bit too fast, that I wasn't very clear in my explanations. I wasn't aware of that [...] Now I am, and I think it has an impact on my work since then. (Daniel, junior resident)

While few new elements with regard to professionalism were reported, residents felt that numerous positive comments on this competency helped reinforce the behaviours that they engaged in spontaneously.

“Such-and-such is really effective in interactions with nurses because everyone really appreciates when it's done that way.” For me, it was really helpful to know this, even if it's something that seems pretty ordinary to me. (Beatrice, junior resident)

Teamwork and collaboration were also raised often by nurses. This was discussed extensively in the senior residents' group interview, who stressed that this competency was essential to their practice to ensure safe and optimal patient care.

In the emergency room, in terms of teamwork, things must work out well with nurses. It's a *sine qua non* condition for doing a good job. I'm an absent-minded type of guy, and I need them as a safety net. For me, [their feedback] was extremely important. (Yan, senior resident)

I would include other professionals. I would include respiratory therapists, the orderlies [...] These are people we're in daily contact with who are part of the team. (Zara, senior resident)

Several residents said they engaged in conscious efforts to improve or change the points that were raised by nurses or that they actively sought further feedback.

I wasn't aware of that [...] Now I am, and it has had an impact on my work since then. I've sought feedback from different members of the staff to see if it would be helpful in any way, and they said yes, it would. (Daniel, junior resident)

Patients' feedback

All residents agreed on the importance and relevance of questioning patients.

I could have done five years of residency and 15 years of practice, without ever being told whether the way I behaved with patients was good or not. [...] We could have gone through our usual routine, everyone could hate us, and we'd never know. Even if it's just positive things like: "He's good, he's fine." At least that tells me I'm doing something right. So, that was relevant. (Daniel, junior resident)

That's why I come to work in the morning [...] our bread and butter is to reassure patients [...] patients leave the ER and they're feeling better. (Violette, senior resident)

Even if some comments were perceived as outlandish and unrealistic, residents considered that having access to patients' views was useful and formative.

There may have been some whose comments I thought were out in left field, but I think they're worth listening to, because ultimately, it's all about them. (Beatrice, junior resident)

Without agreeing with the patient, I can understand his perspective. For example, a comment like: "It went well, but he spent less time on my second complaint." It's not surprising that the patient thinks that, and for me, it was true. (Wayne, senior resident)

Communication and professionalism (patient-physician relationships) were two competencies often raised by patients. Patient feedback on communication helped some residents target areas of improvement regarding this competency.

There are small things like the fact that I don't speak loudly enough, that came up twice. But it's true that I don't speak very loudly. It's constructive, for sure. For me it's been relevant. I'm going to make more of an effort. (Edith, junior resident)

The residents used the questionnaire for patients in different ways. Some specifically gave questionnaires to patients with whom they had a more difficult relationship to obtain ideas for improvement or to understand their perceptions.

Sometimes I had the impression that my interactions with patients were not very good. I thought that the patients might have the same perception, but in the end, that wasn't the case at all. That was somewhat reassuring. (Daniel, junior resident)

LIMITATIONS

The main limitation of this study was the small sample of residents from one university program in a single hospital setting. There may, in fact, be differences among training programs. Another limitation was that residents selected their sources (teaching physicians, nurses, patients), which may have introduced a selection bias. Even though the information in questionnaires completed by sources selected by the learner or by a third-party do not differ significantly [50], it is possible that residents preferred respondents with whom they had good relationships. This could have resulted in more positive comments and a limited number of improvement-oriented comments. This in turn could have positively influenced residents' perception of multisource feedback. While group interviews can promote discussion, some residents may have felt inhibited about expressing their views in the presence of colleagues in the same program and at the same level. To mitigate this possibility, an experienced facilitator was used.

DISCUSSION

This study provided preliminary evidence that a multisource feedback involving nurses and patients was acceptable and perceived as useful by emergency medicine residents. Nurses and patients commented on competencies that are generally overlooked in the teaching physicians' assessments. The residents received information they found relevant and helpful, and the majority reported having modified certain behaviours after obtaining this feedback.

Nurses provided a wide range of constructive feedback on several competencies: management, communication, collaboration, and professionalism. While these competencies are sometimes assessed by physicians, the nurses approached them from different angles. Communication was addressed in terms of medical records, telephone calls, and medical orders. Management, often perceived macroscopically by physicians who have a global view of the emergency room, was addressed from a more microscopic angle by the nurses, focusing on elements that directly concerned patient care. Surprisingly, nurses spontaneously commented on the management competency, even if it had not been included in the questionnaire. These days, with increasing numbers of patients and overcrowded emergency rooms, management strategies are important

[75]. These new elements of feedback helped to better equip the residents, bringing a new and complementary perspective on this competency.

The collaboration competency emerged strongly from the nurses' feedback and this was perceived as a core element by senior residents. Even though they did not obtain as much new information as their junior colleagues, they seemed to pay more attention to it, even going so far as to propose involving other professionals with whom they worked in the emergency room. This interest in receiving feedback from other professionals was possibly due to their sense of responsibility, as senior residents, for overall patient management and for good workflow in the ER. While they appeared to have assimilated the full importance of teamwork at their level, it could be interesting to know whether receiving multisource feedback earlier in their training (as junior residents) would have helped and would have better equipped them for the transition to their roles as senior residents.

The information from patients was also perceived as useful. Certain comments related to communication enabled residents to work on different aspects of this competency. The results of our study illustrate the complexity of the patient–physician relationship. Some residents still did not appear to have fully grasped this unique patient perspective, as they were unable to respond or to clarify patients' hidden agendas, even to the point of invalidating some of the patients' comments. This complexity appears to have been experienced, since certain residents chose specifically to distribute their questionnaires to patients with whom they felt they had a more difficult relationship. Patients, and especially those with chronic conditions, have an expertise that no care provider can have: the experiential knowledge of living with illness and of the care experience. At the University of Montreal, the innovative Patients-as-Partners program fosters patient involvement in medical education, research, and care provision. That program is based precisely on this notion that patients have unique competencies that are useful in clinical care, research, and education [76].

Contrary to several studies that have found that feedback from physicians is generally the most valued by residents [47, 53, 77], the participants in this study did not share that view, given that very little new information came from that source. As the residents were in close contact with

their supervisors in the emergency context, they had frequent opportunities for feedback from them. However, even though the questionnaires specifically addressed other competencies than clinical expertise, physicians continued to comment on medical expertise. While this competency is often viewed as high-priority both for initial training and continuing professional development [12, 13], there are other competencies that define what it means to be a competent physician, and these merit attention.

The emergence of new feedback from physicians in this anonymous process reflects the complexity of providing negative feedback, a phenomenon that is well-known in the literature [78]. Supervisors are sometimes incapable or simply unwilling to offer constructive feedback on negative elements. Some physicians perhaps assume residents will come to realize their errors on their own, but numerous studies to date have revealed health professionals' poor capacity for self-evaluation [25], and it is the supervisors' responsibility to guide the learners in their training. The residents' voluntary participation in this research project and their responses to the feedback attest to their desire to learn and to improve themselves.

CONCLUSION

While organizations that oversee medical training promote the development of a broader set of competencies, this study highlights once again that physicians tend primarily to assess their residents' medical expertise. However, our results show that other members of the care team and patients are in a position to observe and assess other competencies in an emergency setting. As such, multisource feedback appears promising. The residents reported that the information from nurses and patients was relevant and useful, and particularly, that it complemented the assessments of their teaching physicians. The idea of involving other members of the care team (e.g., orderlies, respiratory therapists, consultants), who also have specific competencies that could be useful to residents in the development of their own competencies, could present a logical, fruitful, and interesting avenue for future research. More research is also needed to test the effectiveness of multisource feedback on emergency medicine residents' competencies.

References

1. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teach*. 2012;24:787-791.
2. Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA*. 1983;250:777-781.
3. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Rev Educ Res*. 2007;77:81-112.
4. Frank JR, Snell L, Sherbino J, eds. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015. Available at: www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-full-framework-e.pdf. Accessed October 24, 2016.
5. ACGME. *Common Program Requirements*. Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education; 2016. Available at: http://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/CPRs_07012016.pdf. Accessed October 24, 2016.
6. Sherbino J, Upadhye S, Worster A. Self-reported priorities and resources of academic emergency physicians for the maintenance of clinical competence: a pilot study. *CJEM*. 2009;11:230-234.
7. Bryden P, Ginsburg S, Kurabi B, et al. Professing professionalism: are we our own worst enemy? Faculty members' experience of teaching and evaluating professionalism in medical education at one school. *Acad Med*. 2010;85:1025-1034.
8. Whitehead CR, Kuper A, Hodges B, et al. Conceptual and practical challenges in the assessment of physician competencies. *Med Teach*. 2015;37:245-251.
9. Ten Cate O, Sargeant J. Multisource feedback for residents: how high must the stakes be? *J Grad Med Educ*. 2011;3:453-455.
10. Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. *J Contin Educ Health Prof*. 2003;23:4-12.
11. Lipner RS, Blank LL, Leas BF, et al. The value of patient and peer ratings in recertification. *Acad Med*. 2002;77:S64-66.
12. Fidler H, Lockyer JM, Toews J, et al. Changing physicians' practices: the effect of individual feedback. *Acad Med*. 1999;74:702-714.

13. Lockyer J, Violato C, Fidler H. Likelihood of change: a study assessing surgeon use of multisource feedback data. *Teach Learn Med.* 2003;15:168-174.
14. Joshi R, Ling FW, Jaeger J. Assessment of a 360-degree instrument to evaluate residents' competency in interpersonal and communication skills. *Acad Med.* 2004;79:458-463.
15. Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, et al. Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161:44-49.
16. Massagli TL, Carline JD. Reliability of a 360-degree evaluation to assess resident competence. *Am J Phys Med Rehabil.* 2007;86:845-852.
17. Allerup P, Aspegren K, Ejlersen E, et al. Use of 360-degree assessment of residents in internal medicine in a Danish setting: a feasibility study. *Med Teach.* 2007;29:166-170.
18. Meng L, Metro DG, Patel RM. Evaluating professionalism and interpersonal and communication skills: implementing a 360-degree evaluation instrument in an anesthesiology residence program. *J Grad Med Educ.* 2009;1:216-220.
19. Chandler N, Henderson G, Park B, et al. Use of a 360-degree evaluation in the outpatient setting: the usefulness of nurse, faculty, patient/family, and resident self-evaluation. *J Grad Med Educ.* 2010;2:430-434.
20. Warm EJ, Schauer D, Revis B, et al. Multisource feedback in the ambulatory setting. *J Grad Med Educ.* 2010;2:269-277.
21. Garra G, Wackett A, Thode H. Feasibility and reliability of a multisource feedback tool for emergency medicine residents. *J Grad Med Educ.* 2011;3:356-360.
22. Hesketh EA, Anderson F, Bagnall GM, et al. Using a 360 degrees diagnostic screening tool to provide an evidence trail of junior doctor performance throughout their first postgraduate year. *Med Teach.* 2005;27:219-233.
23. Burford B, Illing J, Kergon C, et al. User perceptions of multi-source feedback tools for junior doctors. *Med Educ.* 2010;44:165-176.
24. Vesel TP, O'Brien BC, Henry DM, et al. Useful but different: resident physician perception of interprofessional feedback. *Teach Learn Med.* 2016;28:125-134.

25. Lockyer JM, Violato C, Fidler H. The assessment of emergency physicians by a regulatory authority. *Acad Emerg Med*. 2006;13:1296-1303.
26. Tintinalli JE. Evaluation of emergency medicine residents by nurses. *Acad Med*. 1989;64:49-50.
27. Alofs L, Huiskes J, Heineman MJ, et al. User reception of a simple online multisource feedback tool for residents. *Perspect Med Educ*. 2005;4:57-65.
28. Wood ML. Focus group interview in family practice research: implementing a qualitative research method. *Can Fam Physician*. 1992;38:2821-2827.
29. Liamputtong Rice P, Ezzy D. *Qualitative Research Methods: A Health Focus*. South Melbourne: Oxford University Press; 2000.
30. Miles MB, Huberman M. *Qualitative Data Analysis: A Method Sourcebook* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications; 2013.
31. Campbell SG, Sinclair DE. Strategies for managing a busy emergency department. *CJEM*. 2004;6:271-276.
32. Karazivan P, Dumez V, Flora L, et al. The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med*. 2015;90:437-441.
33. Sargeant J, Mann K, Ferrier S. Exploring family physicians' reactions to multisource feedback: perceptions of credibility and usefulness. *Med Educ*. 2005;39:497-504.
34. van Schaik SM, O'Sullivan PS, Eva KW, et al. Does source matter? Nurses' and physicians' perceptions of interprofessional feedback. *Med Educ*. 2016;50:181-188.
35. Bandiera G, Lendrum D. Dispatches from the front: emergency medicine teachers' perceptions of competency-based education. *CJEM*. 2011;13:155-161.

CHAPITRE IV - DISCUSSION

Les résultats de ce projet de recherche mettent en valeur le potentiel que peut avoir le mode de rétroaction multisources dans la formation des résidents en médecine d'urgence. Au-delà de la discussion entamée dans l'article scientifique, certains éléments méritent d'être soulevés dans ce mémoire. Ce chapitre propose une discussion plus approfondie sur la richesse que peut avoir la rétroaction multisources pour favoriser la collaboration interprofessionnelle dans l'environnement particulier qu'est l'urgence. Par la suite, nous tenterons d'expliquer pourquoi les médecins ont majoritairement parlé d'expertise médicale dans ce projet qui avait pourtant pour but d'aborder d'autres compétences. Nous soulignerons ensuite l'importance d'aborder différentes compétences pour s'assurer de bien préparer les futurs urgentologues au monde du travail. Finalement, nous parlerons des défis reliés à l'implantation de cet outil dans un milieu comme l'urgence et nous aborderons certaines limites de notre étude et des perspectives de recherches futures.

4.1 La collaboration interprofessionnelle, au coeur de la pratique en médecine d'urgence

"Dis-moi et j'oublierai. Montre-moi et je me souviendrai, implique-moi et je comprendrai."

- Confucius

La collaboration interprofessionnelle est essentielle à l'urgence [19]. Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) [79] définit la collaboration interprofessionnelle comme étant "le processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes / patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux" (p. 8). Cette définition prend en compte un éventail d'acteurs qui interagissent quotidiennement au sein d'un environnement de travail. Dans le contexte spécifique de ce projet de recherche, la collaboration entre l'apprenant et différents intervenants dans le contexte spécifique de l'urgence a été mise en relief.

Bien que cette compétence soit essentielle à la pratique de la médecine d'urgence, l'habileté des apprenants et des différents professionnels à interagir adéquatement les uns envers les autres n'est

pas toujours simple et certaines personnes ont davantage de difficulté à travailler en équipe. Cette capacité de collaborer et de travailler en équipe est une faculté évolutive; différentes habiletés sont acquises tout au long de la vie professionnelle et sont mises en oeuvre dans toute situation de pratique professionnelle [79]. Bien sûr, le simple fait de travailler et d'apprendre dans un environnement de travail où les relations interprofessionnelles sont omniprésentes permet au résident d'acquérir différentes habiletés. Mais est-ce que le simple fait de baigner dans le contexte clinique, comme la culture médicale semble souvent encourager, est réellement la meilleure façon d'inculquer la compétence de la collaboration interprofessionnelle aux résidents en médecine d'urgence?

Les résultats de la présente étude illustrent que la rétroaction multisources a permis aux résidents de mettre en lumière ces différentes relations interprofessionnelles sollicitées à l'urgence. L'outil de rétroaction multisources a permis aux résidents d'obtenir une rétroaction provenant des patients et des infirmiers, en créant un moyen de communication autrefois inexistant entre l'apprenant et ces sources. En sollicitant différents acteurs qui jouent des rôles de premier plan à l'urgence, la rétroaction multisources a permis de conscientiser et mieux outiller les résidents sur les différentes relations interpersonnelles qui prennent place à l'urgence, mais aussi, sur leur méthode de fonctionnement dans cet environnement de travail.

Comme éducateurs responsables de construire un curriculum de formation, il est intéressant de mettre en relief toute la richesse des interactions qui prennent place dans cet environnement particulier [80]. Bien qu'il soit possible que l'information obtenue par les résidents ait été acquise plus tardivement par le simple fait de pratiquer la médecine dans les différents stages cliniques, l'opportunité d'obtenir des commentaires constructifs sur la compétence de la collaboration en formation médicale est certainement un avantage. Cette information obtenue précocement permet à l'apprenant d'être encadré et conseillé par les médecins enseignants qui le supervise dans le cadre de sa formation post-graduée. Certains résidents ont d'ailleurs affirmé avoir recherché activement de la rétroaction suite aux commentaires reçus. On peut espérer que cette expérience vécue par les résidents leur permettra d'être mieux préparés pour devenir des urgentologues prêts à travailler dans un milieu clinique comme celui que l'on connaît.

4.2 L'expertise toujours l'expertise; mais pourquoi?

L'intérêt premier qu'attribuent les résidents au processus de rétroaction multisources provient de l'effet de nouveauté : un outil nouveau, rempli par de nouvelles sources d'information. Dans un environnement de travail où les résidents utilisent quotidiennement le même outil de rétroaction rempli par la même source, il n'est pas surprenant que ce projet ait généré un intérêt marqué de la part des résidents.

Il serait erroné de croire que seul ce nouvel outil (i.e. l'outil de rétroaction multisources conçu pour le projet) soit responsable de ces éléments de nouveauté, car une même source (les médecins) n'a pas réussi à changer l'angle de ses commentaires. Malgré que le questionnaire interroge les compétences de communication, collaboration et professionnalisme, la vision des médecins est restée orientée vers l'expertise médicale. Les résidents, tout comme les chercheurs, ont été surpris de constater que les médecins ont fait des commentaires redondants, en parlant d'expertise médicale, alors que nous nous attendions à ce que l'emphase soit mise sur les différentes compétences visées par le formulaire d'évaluation.

Mais pourquoi les médecins abordent majoritairement l'expertise médicale? Les hypothèses sont multiples. Une première hypothèse est qu'ils le fassent par habitude, ayant reçu ce type d'enseignement lorsqu'ils étaient résidents dans l'ère qui a précédé la promotion des compétences CanMEDS. Est-il aussi possible que les urgentologues parlent principalement d'expertise parce qu'ils considèrent cette compétence comme prioritaire dans l'enseignement aux résidents? Nous devons l'avouer, parmi les différents intervenants qui travaillent à l'urgence, les urgentologues sont les détenteurs de l'expertise médicale. Ils sont d'abord et avant tout des cliniciens qui ont comme responsabilité première le bien-être des patients. Bien que travailler dans un centre universitaire leur demande d'assumer le double rôle de clinicien enseignant, exercer ces deux rôles dans un environnement de travail sous pression et avec des patients qui ont des pathologies urgentes reste un défi. De jongler avec ce double rôle force les médecins enseignants à faire des choix, et peut-être prioriser l'enseignement qu'ils font aux étudiants. Aux dires de nos résidents, nos médecins semblent avoir priorisé l'expertise médicale.

Nous croyons qu'une partie de la réponse qui explique pourquoi les médecins ont commenté l'expertise repose sur les méthodes de supervision qu'ils utilisent à l'urgence. Sur le plancher, la quasi-absence d'observation des étudiants de la part des médecins enseignants limite la quantité d'information qu'ils peuvent transmettre dans leur rétroaction. Tel que mentionné précédemment, les études démontrent qu'à l'urgence, les médecins enseignants ne passent que 3% du temps à faire de l'observation directe (le superviseur observe l'apprenant en action) et que 11% de temps est passé à faire de la supervision indirecte (discussion d'une histoire de cas en l'absence du patient) [17]. Ce faible niveau d'interaction entre l'apprenant et le superviseur, mais surtout, l'utilisation majoritaire de la supervision indirecte force les médecins à parler de l'aspect très "médical" de la relation médecin-patient. Il est difficile d'offrir une rétroaction sur des compétences comme la communication et la collaboration étant donné que ces compétences sont majoritairement sollicitées lors des interactions avec les membres de l'équipe et les patients. Avec une interaction aussi limitée avec l'étudiant, peut-on réellement exiger des médecins d'offrir une rétroaction sur toutes ces différentes compétences qu'ont leur demande d'enseigner? Ces statistiques sur le temps passé entre l'enseignant et l'apprenant à l'urgence nous font douter de la pertinence que pourrait avoir cette rétroaction portant sur ces autres compétences.

Mais pourquoi y a-t-il si peu d'observation dans nos milieux? L'environnement de travail et la pression du débit sont certainement des éléments qui rendent l'observation directe difficile, mais nous croyons qu'il ne s'agit pas de la seule explication. Nous sommes d'avis qu'une partie de la réponse provient du fait que certains médecins ne sont pas confortables à faire de l'observation, ne sachant pas toujours quoi ou pourquoi observer. Le rôle d'enseignant, qui vient avec celui du clinicien est une lourde tâche, il peut être normal que certains enseignants aient davantage de difficulté à assumer ce double rôle. Quelques résidents se sont dits frustrés de constater que plusieurs médecins semblaient inconfortables à offrir une rétroaction face à face étant donné que de nouveaux commentaires sont apparus sur les fiches d'évaluation qui étaient anonymisées, même s'il s'agissait de commentaires touchant l'expertise médicale. Ils ont affirmé que certains médecins mériteraient d'avoir davantage de formation en pédagogie étant donné qu'ils travaillent dans des centres universitaires et que la supervision d'étudiants fait partie de leurs responsabilités. Nous avons aussi été surpris de constater que plusieurs résidents aient reçu de nouveaux

commentaires de la part des médecins et ne pouvons qu'abonder dans ce sens : jouer le double rôle de clinicien et d'enseignant est un défi, mais est aussi une responsabilité.

Les résultats de cette étude permettent de faire ressortir certains messages clés destinés aux médecins superviseurs. Les médecins travaillant auprès d'étudiants ont davantage à varier leurs méthodes de supervision (observations directes, augmenter le temps d'interaction entre superviseurs et étudiants) afin de changer l'angle de leurs supervisions. De plus, malgré les défis cliniques imposés par notre discipline, il apparaît essentiel que les médecins enseignants soient davantage formés en pédagogie afin de pouvoir utiliser différentes méthodes de supervision et d'offrir des rétroactions efficaces qui permettront aux résidents de s'améliorer et progresser dans leur formation.

Bien que les médecins aient parlé principalement d'expertise médicale, la présente étude montre que d'autres sources d'information sont en mesure d'aborder différentes compétences : les infirmiers et les patients. Par leurs visions différentes et par leurs rôles distincts au sein de l'équipe de soins, ces sources ont montré qu'elles possèdent une expertise qui leur est propre, une vision unique de l'étudiant que les médecins ne réussissent pas à percevoir. Ce constat est la raison d'être de l'outil de rétroaction multisources et nous sommes très satisfaits de constater que notre étude a su mettre ces différences perspectives en valeur aux yeux des résidents. Il est essentiel de varier nos méthodes d'enseignement et de rétroaction [81] et l'utilisation de la rétroaction multisources semble être prometteuse pour permettre à l'étudiant d'accéder à de l'information qui ne lui était pas accessible.

4.3 L'importance d'aborder différentes compétences pour former des médecins compétents

Au cours des dernières années, suite à la publication du saisissant rapport "*To Err is Human: building a safer health system*"[82], rapport choquant qui fait état du nombre élevé d'erreurs médicales qui causent la mort de patients dans les hôpitaux aux États-Unis, la communauté médicale est devenue très sensible au sujet de la sécurité des soins. Un article paru en 2016 rapporte que la troisième cause de mortalité aux États-Unis est l'erreur médicale, devancée en

premier rang par les maladies cardio-vasculaires, suivi du cancer [83]. Ces erreurs médicales qui surviennent dans nos milieux sont de causes multiples et dépassent largement les problèmes reliés à l'expertise médicale. Plusieurs auteurs rapportent qu'une mauvaise communication, un manque de collaboration entre les différentes équipes ou encore un travail d'équipe inefficace sont mis en cause dans la plupart des situations [84, 85]. Même si l'expertise médicale est centrale au cadre de compétences CanMEDS, toutes les différentes compétences qui s'y trouvent sont utiles et essentielles à la pratique d'une médecine sécuritaire, une médecine de qualité. Il est important d'offrir un cadre pédagogique qui permet à nos étudiants de devenir ces médecins compétents, pas seulement des médecins savants.

Avec l'utilisation de la rétroaction multisources, les résidents affirment avoir reçu de nombreux éléments de rétroaction pertinents et utiles portant sur un grand éventail de compétences. On remarque avec satisfaction que la rétroaction multisources chez les résidents en médecine d'urgence est inclusive, elle permet de couvrir la plupart des compétences : les médecins ont surtout parlé d'expertise, les infirmiers ont parlé de gestion, communication et collaboration et les patients de communication et professionnalisme. Bien que certaines compétences aient été abordées par plus d'une source, une autre force de cet outil repose sur le fait qu'une même compétence a été commentée différemment selon la source. La compétence de la communication est un bon exemple : les infirmiers ont commenté cette compétence sous l'angle de communication indirecte par l'utilisation de différents médias (dossier, téléphones, etc.) alors que les patients ont parlé de la communication plus directe (verbale; face à face). La définition que donne Tardif [86] d'une compétence "Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations" (p. 22) illustre toute la complexité de ce qu'est une compétence. Il est important de percevoir cette complexité et de tenter d'offrir des outils de formation permettant le développement des compétences. Chacune des sources interrogées par le processus de rétroaction multisources étant différentes, elles ont pu enrichir la rétroaction portant sur une compétence en y apportant leur vision unique.

Malgré ces avantages, il serait irréaliste de croire que le mode de rétroaction multisources répond à tous les besoins pédagogiques de nos résidents. Il permet d'avoir différentes perspectives sur

différentes compétences, mais à quelques occasions, nous aurions bénéficié d'obtenir davantage d'information sur certains éléments rapportés pour mieux comprendre et mieux conseiller les résidents. Malheureusement, le format anonyme du processus ne nous a pas permis de retracer les sources pour avoir ces détails sur les commentaires rapportés. De plus, bien que l'outil permette d'aborder de nombreuses compétences, il n'a pas réponse à tout. Par exemple, bien que la gestion ait été une compétence abordée par les infirmiers sous un angle microscopique, l'outil ne permet pas de voir la gestion de l'urgence sous son aspect macroscopique, i.e. d'assurer un certain débit (nombre de patients vus) ou encore l'utilisation des ressources (examens demandés, etc.). Cette facette de la compétence de gestion est surtout perceptible par les médecins. Alors la formation des médecins et non les autres sources permettra aux résidents d'obtenir de la rétroaction sur cet aspect de la gestion. Par conséquent, il nous semble essentiel qu'une variété d'outils pédagogiques soient utilisés afin d'offrir des rétroactions portant sur un éventail de compétences pour leur permettre d'être prêts pour le "vrai" monde.

4.4 Défis reliés à l'implantation de la méthode

Sur le plan de l'applicabilité de la rétroaction multisources dans un département d'urgence, malgré les résultats encourageants obtenus, il faut reconnaître que l'implantation de cette méthode présente des défis notables. Bien que nous nous attendions à rencontrer certains défis, nous ne nous attendions pas à ce que le processus demande autant de temps et d'effort. Tout d'abord, la formation des différents intervenants (médecins et infirmiers) qui travaillent sur des quarts de travail variables fut très complexe. Contrairement à la majorité des disciplines médicales, qui offrent l'occasion de travailler avec des équipes régulières en nombre limité, de tenter de rejoindre tous les intervenants (35 médecins enseignants et près de 170 infirmiers) qui travaillent sur différents quarts de travail demande beaucoup d'organisation et de disponibilité. Malgré nos multiples formations et de grands efforts, certains membres du personnel n'ont pas reçu la formation préalable permettant d'expliquer le projet de recherche et les instructions permettant de bien remplir le formulaire. Ces intervenants, qui ont quand même participé au projet, ont pu ne pas utiliser le formulaire d'évaluation à sa pleine capacité, ce qui a pu affecter la qualité de l'information obtenue via les questionnaires d'évaluation et par conséquent, celle de la rétroaction reçue par les résidents.

Les résidents affirment avoir aussi rencontré certains défis. Selon leurs commentaires, la distribution des questionnaires n'était pas toujours facile à exécuter. Les infirmiers (qu'ils n'avaient pas la chance de revoir le lendemain) étaient souvent partis à la fin du quart de travail avant que le résident ait eu le temps de leur remettre le questionnaire. Il en est de même pour les patients, parfois pressés de partir après de longues heures d'attente à l'urgence avant que le questionnaire leur soit remis. Ces contraintes ont pu contribuer à un nombre parfois faible de questionnaires recueillis par les résidents. De plus, plusieurs résidents affirment avoir distribué beaucoup plus de questionnaires d'évaluation que le nombre qui leur a été rapporté sur leur feuille résumée. Malheureusement, ces données n'ont pas été recueillies et il est impossible de savoir quel est le pourcentage de questionnaires d'évaluation qui ont été distribués et qui ont finalement été inclus dans la rétroaction.

Dans le monde actuel à l'urgence où le personnel est souvent en nombre restreint et surchargé, certains membres du personnel ont aussi rapporté qu'il pouvait être exigeant d'aider les patients à remplir le questionnaire en plus des nombreuses tâches cliniques exigées par leur travail. Malheureusement, dans notre milieu clinique, étant donné le manque de ressources, une seule infirmière de recherche était disponible pendant une période limitée (de jour, les jours ouvrables). Pendant sa présence, elle aidait les résidents à distribuer les questionnaires et les patients à les remplir. Davantage de personnel de recherche aurait sans doute pu augmenter le nombre de questionnaires recueillis, particulièrement ceux provenant des patients.

Toutefois, malgré ces nombreux défis, nous sommes d'avis que la pertinence et l'utilité des rétroactions multisources, la curiosité et l'enthousiasme des résidents face au projet en valent le coup. Les résultats prometteurs obtenus devraient encourager les programmes universitaires à déployer des efforts et des ressources (temps et argent) pour implanter des outils qui permettent d'encadrer l'apprentissage des résidents et de mettre en valeur les différents types d'interaction qui prennent place dans l'environnement où ils exerceront dans le futur.

4.5 Limites de l'étude

Au-delà des défis organisationnels ayant pu limiter la qualité et la quantité d'information transmise aux résidents et des limites rapportées dans l'article de ce mémoire, nous devons soulever certaines limites supplémentaires.

Tout d'abord, de par son rôle (jeune urgentologue graduée du programme de médecine d'urgence spécialisée), la chercheuse principale peut avoir des biais d'interprétation des données étant donné son expérience récente et personnelle du milieu clinique dans lequel évoluent les résidents. Pour limiter autant que possible ce biais, le directeur de recherche (psychologue) et l'assistant de recherche (infirmier) provenaient de disciplines différentes, ce qui a permis une lecture différente des verbatims et une analyse objective des résultats. Toutefois, il est important de noter que certains auteurs voient la familiarité entre le chercheur et les personnes interrogées comme un avantage, permettant de mettre au jour une plus grande richesse des propos recueillis [87].

Le projet a pris place dans un seul centre hospitalier, soit l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal. Il est possible que ce milieu, par ses caractéristiques qui lui sont particulières (centre universitaire tertiaire, centre de traumatologie, milieu multiethnique), ait pu générer de la part des intervenants et des patients certains commentaires qui leur sont très spécifiques et qui pourraient ne pas être représentatifs de tous les milieux où pratiquent les résidents. Nous croyons toutefois que généralement, les commentaires constructifs qui ont été soulignés pourront leur être utiles dans d'autres circonstances, peu importe le type de patient ou le contexte clinique.

Il est possible qu'il y ait eu un biais de sélection, étant donné que dix des treize candidats potentiels ont recueilli suffisamment de formulaires d'évaluations pour recevoir leur rétroaction. Malgré que nous soyons satisfaits d'avoir réussi à obtenir dix candidats, il est possible que les participants n'ayant pas pris part au projet aient eu des commentaires plus négatifs étant donné le manque d'intérêt qu'ils accordent à un projet de recherche s'intéressant aux relations avec les infirmiers et les patients.

Bien que la saturation ait été jugée comme étant atteinte par l'analyste, il est important de rappeler que la saturation théorique est un processus subjectif [88], un jugement par lequel l'on considère que de nouvelles données recueillies n'apporteront rien de supplémentaire à l'étude. Toutefois, malgré que la saturation soit toujours relative, nous croyons que peu d'information supplémentaire aurait été dévoilée à l'aide d'autres entrevues, les entrevues de groupe ayant été très riches en matériel et les entrevues individuelles ayant amené peu d'information supplémentaire.

4.6 Perspectives pour la recherche

Bien que nous ayons souligné l'effet positif que rapportent les résidents, suite à l'obtention d'une rétroaction multisources dans le cadre de leur formation, il ne s'agit que de propos rapportés et les retombées réelles sont difficiles à documenter. Est-ce que les résidents améliorent effectivement leurs compétences suite à l'obtention d'une rétroaction multisources? Acquièrent-ils davantage d'autonomie les aidant à rapidement progresser à leur rôle de résident sénior? Il pourrait être intéressant de vérifier, avec leurs évaluations de stage par exemple ou en répétant le processus d'évaluation multisources pour voir si les résidents se sont améliorés dans leurs différentes compétences.

Étant donné le bon niveau d'implication des infirmiers dans le projet (démonstré par le haut taux d'assiduité aux présentations du projet et la qualité avec laquelle ils ont rempli les formulaires d'évaluation), il pourrait être pertinent de recueillir leur opinion sur le processus. Voient-ils une amélioration de la performance des résidents sur le plancher? Il pourrait aussi être intéressant de voir si un processus de rétroaction multisources impliquant différents intervenants peut avoir une influence sur le travail d'équipe. Une autre perspective qui pourrait être captivante auprès des infirmiers est d'explorer les retombées personnelles du projet; se sont-ils sentis valorisés d'être interrogés pour évaluer un résident?

Tel que mentionné par les résidents qui suggèrent l'implication de différents professionnels (inhalothérapeutes, consultants, etc.) qui interviennent au sein de l'équipe à l'urgence, il pourrait

être intrigant de vérifier si ces différentes sources apportent autant de commentaires jugés utiles et pouvant avoir une influence potentielle sur la pratique médicale des résidents.

De plus, étant donné que certains médecins superviseurs semblent avoir de la difficulté à offrir une rétroaction portant sur les compétences qui diffèrent de l'expertise médicale, il pourrait être pertinent de faire une étude auprès de ces enseignants pour mieux comprendre les difficultés qu'ils ont de offrir une rétroaction portant sur ces autres compétences.

CONCLUSION

Alors que les organisations régissant les programmes de formation médicale insistent sur le développement d'un ensemble de compétences, ce projet souligne le potentiel évident de l'utilisation des rétroactions multisources chez les résidents en médecine d'urgence. Considérant qu'à l'heure actuelle, les médecins ont tendance à évaluer principalement l'expertise médicale, ce projet démontre que d'autres membres de l'équipe médicale sont en mesure d'observer et évaluer de nombreuses autres compétences pertinentes à la pratique d'urgence. Le potentiel pédagogique de la rétroaction multisources semble donc prometteur, car les résidents affirment que l'information provenant des infirmiers et des patients est pertinente et utile, mais surtout, complémentaire aux évaluations de leurs médecins enseignants. Les programmes de formation doivent varier leurs méthodes pédagogiques afin de mettre en lumière les multiples facettes de ces différentes compétences et ainsi mieux outiller nos futurs médecins.

*"Ça prend plus de personnes qui aiment la pédagogie,
ça fait la job"*

- Charles

*"Ça prend plus de personnes avec un
intérêt en pédagogie"*

- Daniel

BIBLIOGRAPHIE

1. CMQ. *Critères d'agrément*. 2009 [1 septembre 2014]; Available from: <http://www.cmq.org/EtudiantsResidents/Agrement/CriteresAgrement.aspx>.
2. Gray, J.D. and J. Ruedy, *Undergraduate and postgraduate medical education in Canada*. Canadian Medical Association Journal, 1998. **158**: p. 1047-1050.
3. FMSQ. *Formation, un long parcours expliqué rapidement*. 2013 [cited 1 septembre 2014]; Available from: <https://www.fmsq.org/fr/profession/formation>.
4. Epstein, R.M. and E.M. Hundert, *Defining and assessing professional competence*. JAMA, 2002. **287**: p. 226-235.
5. Peets, A.D. and H.T. Stelfox, *Changes in residents' opportunities for experiential learning over time*. Medical Education, 2012. **46**: p. 1189-1193.
6. Frank, J.R., *Le Cadre des compétences CanMEDS 2004 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. 2005, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada: Ottawa.
7. Chou, S., et al., *Assessing postgraduate trainees in Canada: Are we achieving diversity in methods?* Medical Teacher, 2009. **31**: p. e58-e63.
8. Frank, J.R.S., L.; Sherbino, J. editors, *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. , R.C.o.P.a.S.o. Canada, Editor. 2015: Ottawa.
9. Whitehead, C.R., et al., *Conceptual and practical challenges in the assessment of physician competencies*. Medical Teacher, 2015. **37**(3): p. 245-251.
10. Chou, S., et al., *CanMEDS evaluation in Canadian postgraduate training programmes: tools used and programme director satisfaction*. Medical Education, 2008. **42**(9): p. 879-886.
11. Kassam, A., T. Donnon, and I. Rigby, *Validity and reliability of ITER to measure CanMEDS roles in EM residents*. Canadian Journal of Emergency Medicine, 2014. **16**(2): p. 144-150.
12. Sherbino, J., S. Upadhye, and A. Worster, *Self-reported priorities and resources of academic emergency physicians for the maintenance of clinical competence: a pilot study*. Canadian Journal of Emergency Medicine, 2009. **11**(3): p. 230-234.
13. Bandiera, G. and D. Lendrum, *Dispatches from the front: emergency medicine teachers' perceptions of competency-based education*. Canadian Journal of Emergency Medicine, 2011. **13**(3): p. 155-161.
14. Atzema, C., G. Bandiera, and M.J. Schull, *Emergency Department Crowding: The Effect on Resident Education*. Annals of Emergency Medicine, 2005. **45**(3): p. 276-281.
15. DeRosa, D.A., et al., *Barriers to effective teaching*. Academic Medicine, 2011. **86**(4): p. 453-459.
16. Yarris, L.M., et al., *Attending and resident satisfaction with feedback in the emergency department*. Academic Emergency Medicine, 2009. **16**(Suppl 2): p. S76-81.
17. Chisholm, C.D., et al., *An evaluation of emergency medicine resident interaction time with faculty in different teaching venues*. Academic Emergency Medicine, 2004. **11**(2): p. 149-155.
18. Burdick, W.P. and J. Schoffstall, *Observation of emergency medicine residents at the bedside: how often does it happen?* Academic Emergency Medicine, 1995. **2**(10): p. 909-913.

19. Vadeboncoeur, A., et al., *La médecine d'urgence spécialisée au Québec, la prochaine décennie*. 2009, ASMUQ.
20. Bernard, A.W., N.E. Kman, and S. Khandelwai, *Feedback in the Emergency Medicine Clerkship*. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2011. **12**(4): p. 537-539.
21. O'Brien, H.V., M.B. Marks, and B. Charlin, *La rétroaction (ou rétro-action); un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique*. *Pédagogie Médicale*, 2003. **4**(3): p. 184-191.
22. Ende, J., *Feedback in clinical medical education*. *JAMA*, 1983. **250**(6): p. 777-81.
23. Ramani, S. and S.K. Krackov, *Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment*. *Medical Teacher*, 2012. **24**: p. 787-791.
24. Hattie, J. and H. Timperley, *The power of feedback*. *Review of Educational Research*, 2007. **77**: p. 81-112.
25. Dory, V., T. de Foy, and J. Degryse, *L'auto-évaluation: postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale*. *Pédagogie Médicale*, 2009. **10**(1): p. 41-53.
26. Branch, W.T. and A. Paranjape, *Feedback and reflection: Teaching methods for clinical settings*. *Academic Medicine*, 2002. **77**(12): p. 1185-1188.
27. Sargeant, J., et al., *Challenges in multisource feedback: intended and unintended outcomes*. *Med Educ*, 2007. **41**(6): p. 583-91.
28. Lockyer, J., *Multisource feedback in the assessment of physician competencies*. *J Contin Educ Health Prof*, 2003. **23**(1): p. 4-12.
29. Kolb, D.A., *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. 1984, New Jersey: Prentice-Hall.
30. Yardley, S., P.W. Teunissen, and T. Dornan, *Experiential learning: Transforming theory into practice*. *Medical Teacher*, 2012. **34**: p. 161-164.
31. Ende, J., *Theory and Practice of Teaching Medicine* Teaching Medicine Series, ed. J. Ende. 2010: American College of Physicians. 161.
32. Daele, A. *Réfléchir à son enseignement*. *Pédagogie Universitaire - Enseigner et Apprendre en Enseignement Supérieur* 2009 [1 octobre 2016]; Available from: <https://pedagogieuniversitaire.wordpress.com/about-2/>.
33. Bandura, A., *Social Learning Theory*. 1977, New York: Prentice-Hall; 1st edition. 247.
34. Rodgers, K.G. and C. Manifold, *360-degree feedback: possibilities for assessment of the ACGME core competencies for emergency medicine residents*. *Acad Emerg Med*, 2002. **9**(11): p. 1300-4.
35. Lenze, L.F. *Summative Evaluation and Formative Feedback*. National Education Association, 1995. **1**.
36. Gigante, J., M. Dell, and A. Sharkey, *Getting beyond "Good job": how to give effective feedback*. *Pediatrics*, 2011. **127**(2): p. 205-7.
37. Sachdeva, A.K., *Use of effective feedback to facilitate adult learning*. *J Cancer Educ*, 1996. **11**(2): p. 106-18.
38. Donnon, T., et al., *The reliability, validity, and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review*. *Academic Medicine*, 2014. **89**(3): p. 511-516.
39. Etherington, J., et al., *Development, implementation and reliability assessment of an emergency physician performance evaluation tool*. *CJEM*, 2000. **2**(4): p. 237-45.

40. Lockyer, J.M., C. Violato, and H. Fidler, *The assessment of emergency physicians by a regulatory authority*. Acad Emerg Med, 2006. **13**(12): p. 1296-303.
41. Garra, G., A. Wackett, and H. Thode, *Feasibility and reliability of a multisource feedback tool for emergency medicine residents*. Journal of Graduate Medical Education, 2011. **3**(3): p. 356-60.
42. Tintinalli, J.E., *Evaluation of emergency medicine residents by nurses*. Acad Med, 1989. **64**(1): p. 49-50.
43. Fidler, H., et al., *Changing physicians' practices: the effect of individual feedback*. Acad Med, 1999. **74**(6): p. 702-14.
44. Lipner, R.S., et al., *The value of patient and peer ratings in recertification*. Acad Med, 2002. **77**(10 Suppl): p. S64-6.
45. Hesketh, E.A., et al., *Using a 360 degrees diagnostic screening tool to provide an evidence trail of junior doctor performance throughout their first postgraduate year*. Med Teach, 2005. **27**(3): p. 219-33.
46. Burford, B., et al., *User perceptions of multi-source feedback tools for junior doctors*. Medical Education, 2010. **44**(2): p. 165-176.
47. Vesel, T.P., et al., *Useful but Different: Resident Physician Perception of Interprofessional Feedback*. Teaching and Learning in Medicine, 2016. **28**(2): p. 125-134.
48. Wood, J., et al., *Patient, faculty, and self-assessment of radiology resident performance: a 360-degree method of measuring professionalism and interpersonal/communication skills*. Acad Radiol, 2004. **11**(8): p. 931-9.
49. Sargeant, J., et al., *"Directed" self-assessment: practice and feedback within a social context*. J Contin Educ Health Prof, 2008. **28**(1): p. 47-54.
50. Ramsey, P.G., et al., *Use of peer ratings to evaluate physician performance*. JAMA, 1993. **269**(13): p. 1655-60.
51. Kuzel, A., *Sampling in qualitative inquiry*, in *Doing qualitative research*. 1999, B. Crabtree and W. Miller, Editors.
52. Hall, W., et al., *Assessment of physician performance in Alberta: the physician achievement review*. CMAJ, 1999. **161**(1): p. 52-7.
53. Sargeant, J., K. Mann, and S. Ferrier, *Exploring family physicians' reactions to multisource feedback: perceptions of credibility and usefulness*. Med Educ, 2005. **39**(5): p. 497-504.
54. Violato, C., J.M. Lockyer, and H. Fidler, *Assessment of pediatricians by a regulatory authority*. Pediatrics, 2006. **117**(3): p. 796-802.
55. Joshi, R., F.W. Ling, and J. Jaeger, *Assessment of a 360-degree instrument to evaluate residents' competency in interpersonal and communication skills*. Acad Med, 2004. **79**(5): p. 458-63.
56. Archer, J.C., *State of the science in health professional education: effective feedback*. Med Educ, 2010. **44**(1): p. 101-8.
57. Miles, M.B. and M. Huberman, *Analyse des données qualitatives (2e éd.)*. 2003, Paris: De Boeck Université.
58. Pourtois, J.-P., *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*, in *Revue française de pédagogie*. 1993. p. 132-134.
59. Van der Maren, J.-M., *Méthodes de recherche pour l'éducation. 2ème ed.*, ed. M.e.s. humaines. 2004, Bruxelles: De Boeck & Larcier.

60. Wood, M.L., *Focus Group Interview in Family Practice Research: Implementing a qualitative research method*. Can Fam Physician, 1992. **38**: p. 2821-7.
61. Rice, P.L. and D. Ezzy, eds. *Qualitative Research Methods*. Oxford University Press ed. 2000: South Melbourne, Victoria.
62. Geoffrion, P., *Le groupe de discussion*, in *Recherche sociale. De problématique à la collecte des données*, B. Gauthier, Editor. 2009, Presses de l'Université du Québec.: Québec. p. 391-414.
63. Paillé, P. and A. Mucchielli, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2003, Paris: Armand Colin. 238.
64. Education, A.C.f.G.M., *Common Program Requirements*.
65. Bryden, P., et al., *Professing professionalism: are we our own worst enemy? Faculty members' experience of teaching and evaluating professionalism in medical education at one school*. Academic Medicine, 2010. **85**(6): p. 1025-1034.
66. Ten Cate, O. and J. Sargeant, *Multisource Feedback for Residents: How High Must the Stakes Be?* Journal of Graduate Medical Education, 2011. **3**: p. 453-455.
67. Lockyer, J., C. Violato, and H. Fidler, *Likelihood of change: A study assessing surgeon use of multisource feedback data*. Teaching and Learning in Medicine, 2003. **15**(168-174).
68. Brinkman, W.B., et al., *Effect of Multisource Feedback on Resident Communication Skills and Professionalism: A randomized Controlled Trial*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2007. **161**: p. 44-49.
69. Massagli, T.L. and J.D. Carline, *Reliability of a 360-degree evaluation to assess resident competence*. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 2007. **86**(10): p. 845-852.
70. Allerup, P., et al., *Use of 360-degree assessment of residents in internal medicine in a Danish setting: a feasibility study*. Medical Teacher, 2007. **29**: p. 166-170.
71. Meng, L., D.G. Metro, and R.M. Patel, *Evaluating professionalism and interpersonal and communication skills: Implementing a 360-degree evaluation instrument in an anesthesiology residence program*. Journal of Graduate Medical Education, 2009. **1**: p. 216-220.
72. Chandler, N., et al., *Use of a 360-degree evaluation in the outpatient setting: The usefulness of nurse, faculty, patient/family, and resident self-evaluation*. Journal of Graduate Medical Education, 2010. **2**: p. 430-434.
73. Warm, E.J., et al., *Multisource feedback in the ambulatory setting*. Journal of Graduate Medical Education, 2010. **2**: p. 269-277.
74. Alofs, L., et al., *User reception of a simple online multisource feedback tool for residents*. Perspectives on Medical Education, 2005. **4**(2): p. 57-65.
75. Campbell, S.G. and D.E. Sinclair, *Strategies for managing a busy emergency department*. Canadian Journal of Emergency Medicine, 2004. **6**(4): p. 271-276.
76. Karazivan, P., et al., *The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition*. Academic Medicine, 2015. **90**(4): p. 437-441.
77. van Schaik, S.M., et al., *Does source matter? Nurses' and Physicians' perceptions of interprofessional feedback*. Medical Education, 2016. **50**: p. 181-188.
78. Dudek, N.L., M.B. Marks, and G. Regher, *Failure to Fail: The Persepctives of Clinical Supervisors*. Academic Medicne, 2005. **80**(10): p. S84-S87.

79. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en Santé, C., *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. 2010, College of Health Discipline, Université de la Colombie-Britannique: Vancouver. p. 37.
80. Morcke, A.M., et al., *Complex perspectives on learning objectives: stakeholders' beliefs about core objectives based on focus group interviews*. Medical Education, 2006. **40**: p. 675-681.
81. Norcini, J. and V. Burch, *Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31*. Medical Teacher, 2007. **29**: p. 855-871.
82. Kohn, L.T., J. Corrigan, and M.S. Donaldson, *To err is human: Building a safer health system*. 2000, Washington, D.C.: National Academy Press.
83. Makary, M. and M. Daniel *Medical error - the third leading cause of death in the US*. British Medical Journal, 2016. **353**, 1-5.
84. Rosenstein, A. and M. O'Daniel, *A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety*. Joint Community Journal on Quality and Patient Safety, 2008. **34**(8): p. 464-471.
85. Chassin, M.R. and E.C. Becher, *The wrong patient*. Annals of Internal Medicine, 2002. **136**(11): p. 826-833.
86. Tardif, J., *L'évaluation des compétences - documenter le parcours de développement*. 2006, Montréal, Québec.
87. Bourdieu, P., *La misère du monde*. 1993, Paris.
88. Guillemette, F., *L'approche de la Grounded Theory; pour innover?* Recherches Qualitatives. **26**(1): p. 32-50.

ANNEXES

ANNEXE A - Échéancier

Octobre à décembre 2014	<ul style="list-style-type: none">• Formation des comités et modification des questionnaires pour les appliquer en médecine d'urgence (patients, infirmiers, médecins, auto-évaluation)• Recrutement des résidents participant au projet• Formation des participants à la rétroaction et aux questionnaires utilisés (personnel infirmier, médecins et résidents)
Janvier à Octobre 2015	<ul style="list-style-type: none">• Administration et recueil des questionnaires auprès des différentes sources de rétroaction
Novembre 2015	<ul style="list-style-type: none">• Rencontre individuelle des résidents avec le médecin responsable d'offrir la rétroaction
Février 2016	<ul style="list-style-type: none">• Remise du questionnaire préalable aux premiers groupes de discussion une semaine avant les rencontres de groupe.• Entrevue de groupe
Mars 2016	<ul style="list-style-type: none">• Transcription des entrevues de groupe par des secrétaires• Analyse des données• Entrevues individuelles et transcription
Avril 2016 à Décembre 2016	<ul style="list-style-type: none">• Analyse des données• Rédaction du mémoire de recherche• Soumission pour publication des résultats

ANNEXE B - Documents du résident en médecine d'urgence



HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL

HSCM *Doués pour la vie*



Formulaire d'information et de consentement du résident

La rétroaction multisources chez les résidents en médecine d'urgence; au-delà du « C'est bon continue »?

**Chercheuses responsables : Véronique Castonguay, M.D., FRCP(C). et Judy Morris M.D.,
FRCP(C), Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal**

Nous sollicitons votre collaboration afin de participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nature et objectifs du projet :

Les compétences comme la communication, la collaboration et le professionnalisme sont continuellement sollicités dans une discipline comme la médecine d'urgence. Bien qu'elles soient une partie intégrante de votre quotidien lors des interactions avec les patients, les infirmiers(es) et les médecins, très peu d'information sur ces compétences sont données lors de la formation en résidence.

Le but de ce projet est de recueillir de l'information sur ces compétences provenant de sources rarement interrogées, dans le but de vous donner une rétroaction strictement formative pour souligner vos forces et certains points qui mériteraient peut-être d'être améliorés afin de vous aider à devenir un meilleur médecin. La nature de ce projet est strictement formative, aucune des informations recueillies ne sera utilisée dans le but de vous évaluer formellement. Le but est simplement de vous aider à développer ces compétences.

Déroulement de l'étude :

Sur une période de neuf mois, vous aurez à distribuer des formulaires aux différents groupes sondés par ce projet (valeurs cibles, mais non requises : 10 infirmiers [es], 10 médecins-urgentologues et 25 patients). Chacun comprend 10 questions évaluées sur une échelle de 5 points. Après chaque question, quelques lignes sont offertes pour donner au répondant l'occasion de donner des exemples précis. Deux questions à la fin demandent de donner deux forces et deux points à améliorer chez le résident, suivies

d'exemples. Les questions viseront à évaluer la perception des patients, infirmiers (es) et médecins sur des compétences telles que la communication, la collaboration et le professionnalisme. Les questionnaires non nominaux servent à garantir la confidentialité des résultats.

Par la suite, vous rencontrerez un patron (qui aura été choisi par le groupe de résidents désirant participer à l'étude) qui vous donnera une rétroaction sur ces compétences. Deux rencontres de groupes d'environ 1 h 30 chacune auront lieu 3 et 6 mois plus tard, dans le but d'obtenir vos impressions et vos commentaires sur le processus de rétroaction multisources dans un contexte d'urgence.

Avantages pouvant découler de votre participation :

- Avoir l'occasion de vous améliorer sur des compétences comme la communication, la collaboration et le professionnalisme. L'interrogation de sources rarement interrogées auparavant a l'avantage possible d'amener de l'information nouvelle jamais ressortie dans les évaluations de stages.
- Contribuer au développement d'une méthode de collecte de données et d'une rétroaction multisources dans une discipline comme la médecine d'urgence. Vérifier l'utilité et la pertinence de cette méthode.

Inconvénients pouvant découler de votre participation :

- La participation à ce projet demande une implication de votre part (distribution des questionnaires) et du temps nécessaire aux groupes de discussion et à la rencontre pour la rétroaction.
- Des commentaires négatifs provenant des évaluations pourraient provoquer de la frustration chez certains résidents. Toutefois, un support approprié vous sera offert pour assurer une bonne prise en charge, le cas échéant.

Retrait de votre participation :

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est volontaire et que vous restez, à tout moment, libre de mettre fin à votre participation, sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Confidentialité :

Les données individuelles demeureront strictement confidentielles : il y aura codification des données nominales sur les questionnaires, un code servant à vous identifier sera inscrit sur chacun des questionnaires distribués. Seuls les chercheurs auront accès à ces données. Les questionnaires fournis seront gardés temporairement à l'hôpital dans des enveloppes scellées, l'information sera transcrite sur

un ordinateur sécurisé. L'information sera conservée pour une période de 5 ans après la fin de l'étude, sous la responsabilité de Dre Véronique Castonguay, la chercheuse principale. Ces données seront confidentielles. Vous ne serez pas identifié par votre nom, ni identifiable par vos réponses.

Si vous avez des questions concernant cette étude, veuillez communiquer avec Chantal Lanthier, infirmière et coordonnatrice de recherche à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal au (514) 338-2222 poste 3318.

Pour toute question relative à vos droits en tant que participant à un projet de recherche, vous pouvez vous adresser à la Direction générale de l'établissement, au 514-338-2222, poste 3581.



CONSENTEMENT

Titre : **La rétroaction multisources chez les résidents en médecine d'urgence; au-delà du « C'est bon continue »?**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom du sujet de recherche (en lettres moulées)

Signature du sujet de recherche

Date

Jour/mois/année

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le consentement (en lettres moulées)

Signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Jour/mois/année

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom du chercheur responsable du projet de recherche (en lettres moulées)

Signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

Jour/mois/année

QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION DU RÉSIDENT

Échelle : 1 = Totalemment en désaccord; 2 = En désaccord; 3 = Ni en accord ni en désaccord;
4 = En accord; 5 = Totalemment en accord

QUESTIONS	ÉCHELLE				
1. Je me présente et précise mon rôle lorsque je rencontre une personne pour la première fois (surtout les patients). <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
2. Je porte une tenue appropriée qui respecte le code vestimentaire de l'hôpital. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
3. J'écoute attentivement lors des discussions avec les patients, infirmiers (es) et médecins; j'évite d'interrompre ou le fais de façon adéquate lorsque justifiée. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
4. Je suis courtois et poli lors des interactions avec les patients, consultants, infirmiers (es), etc. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
5. Je montre du respect aux différents membres de l'équipe traitante; je les informe de mes actions et demande leur opinion au moment opportun. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
6. J'accepte la critique; je ne suis pas combatif ou sur la défensive. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
7. J'explique mes actions de façon claire et logique. Je présente clairement les éléments justificatifs derrière mes actions lorsqu'on me questionne sur le sujet. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
8. Je prends le temps de répondre poliment aux questions des patients et celles du personnel; je n'argumente pas de façon inappropriée dans les situations de désaccord. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
9. Je communique clairement mes ordonnances de façon écrite et verbale. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5

10. Si pertinent, je présente mes excuses si j'agis de façon inadéquate.

1 2 3 4 5

Justifiez : _____

Chaque individu a des forces ainsi que des éléments qui mériteraient d'être améliorés. Pourriez-vous citer deux de vos points forts ainsi que deux aspects de votre pratique qui pourraient être améliorés. Si possible, appuyez-les d'exemples concrets que vous avez vécus.

Nommez 2 points forts :

1) _____

2) _____

Nommez 2 points à améliorer :

1) _____

2) _____

Autres commentaires :

Combien de temps avez-vous passé à remplir ce questionnaire? _____

ANNEXE C - Documents des médecins



HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL

HSCM *Doués pour la vie*



Feuillet d'information aux répondants (médecins)

La rétroaction multisources chez les résidents en médecine d'urgence; au-delà du « C'est, bon continu »?

**Chercheuses responsables : Véronique Castonguay, M.D., FRCP(C). et Judy Morris M.D.,
FRCPC(C), Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal**

Nous sollicitons votre collaboration afin de participer à un projet de recherche. Dans le cadre de cette étude, nous demandons aux médecins qui travaillent auprès des résidents en médecine d'urgence de remplir un questionnaire évaluant certaines compétences (le professionnalisme, la communication et la collaboration). Dans le but d'offrir au résident l'opportunité de s'améliorer sur ses compétences, ce projet sollicite différentes sources d'information (des patients, des infirmiers [es] et des médecins) pour informer le résident sur ses forces et ses points à améliorer pour l'aider à développer ses compétences et l'aider à devenir un meilleur médecin. Bien que ces compétences soient évaluées lors de nos évaluations sommatives, ce projet à une visée strictement formative, il a pour but d'informer le résident et de l'aider à s'améliorer. Aucune sanction ou évaluation ne découlera de ce processus.

Remplir ce questionnaire devrait vous prendre environ 15 minutes. Il comprend 10 questions évaluées sur une échelle de 5 points. Après chaque question, quelques lignes sont offertes pour donner l'opportunité de donner des exemples précis que vous avez observés. De plus, deux questions à la fin demandent de donner deux forces et deux points à améliorer suivis d'exemples. Il est important d'obtenir des exemples pour être en mesure d'offrir des commentaires utiles au résident.

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire. Vous pouvez décider de vous retirer en tout temps, et ce, sans conséquence. Veuillez noter que le fait de **remplir** et de **soumettre** le questionnaire implique votre consentement à participer à cette étude. Aussi, les informations recueillies seront gardées strictement confidentielles. Les questionnaires fournis seront gardés temporairement à l'hôpital et transcrits sur un ordinateur sécurisé. Elles seront conservées pour

une période de 5 ans après la fin de l'étude, sous la responsabilité de Dre Véronique Castonguay, la chercheuse principale. Ces données seront confidentielles. Vous ne serez pas identifié par votre nom, ni identifiable par vos réponses.

Si vous avez des questions concernant cette étude, veuillez communiquer avec Chantal Lanthier, infirmière et coordonnatrice de recherche à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal au (514) 338-2222 poste 3318.

Pour toute question relative à vos droits en tant que participant à un projet de recherche, vous pouvez vous adresser à la Direction générale de l'établissement, au 514-338-2222 poste, 3581.

Merci de votre collaboration.

Véronique Castonguay, M.D., FRCP(C)

QUESTIONNAIRE AUX MÉDECINS

Échelle : 1 = Totalement en désaccord; 2 = En désaccord; 3 = Ni en accord ni en désaccord;
4 = En accord; 5 = Totalement en accord

QUESTIONS	ÉCHELLE				
10. Le résident se présente et prend le temps de préciser et clarifier son rôle. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
11. Le résident porte une tenue appropriée qui respecte le code vestimentaire de l'établissement. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
12. Le résident vous écoute attentivement lors de vos discussions concernant les patients; il évite de vous interrompre ou le fait adéquatement lorsque justifié. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
13. Le résident est courtois et poli lors des interactions avec vous et vos collègues (consultants, personnel infirmier, préposés, etc.) <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
14. Le résident vous informe de ses actions et demande votre opinion au moment opportun; il vous avise rapidement s'il commet une erreur (si pertinent). <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
15. Le résident accepte la critique; n'est pas combatif ou sur la défensive. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
16. Le résident vous explique ses actions de façon claire et logique. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
17. Le résident répond à vos doutes et vos questions poliment, n'argumente pas de façon inappropriée dans les situations de désaccord. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
18. Le résident présente ses histoires de cas de façon claire et concise. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5
10. Si pertinent, le résident vous présente ses excuses s'il agit de façon inadéquate. <i>Justifiez :</i> _____ _____	1	2	3	4	5

Dans le but de faciliter la rétroaction envers le résident, il serait apprécié si vous pouviez nous citer deux forces ainsi que deux points à améliorer tout en les appuyant par des exemples concrets.

Nommez 2 points forts :

1) _____

2) _____

Nommez 2 points à améliorer :

1) _____

2) _____

Autres commentaires :

Combien de temps avez-vous passé avec le résident? _____

Combien de temps avez-vous passé à remplir ce questionnaire? _____

MERCI!

ANNEXE D - Documents du personnel infirmier



HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL

HSCM *Doués pour la vie*



Feuillet d'information aux répondants (personnel infirmier)

La rétroaction multisources chez les résidents en médecine d'urgence; au-delà du « C'est bon, continu »?

**Chercheuses responsables : Véronique Castonguay, M.D., FRCP(C). et Judy Morris M.D.,
FRCPC(C), Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal**

Nous sollicitons votre collaboration afin de participer à un projet de recherche. Dans le cadre de cette étude, nous demandons aux infirmiers et infirmiers(es) qui travaillent auprès des résidents en médecine d'urgence de remplir un questionnaire évaluant certaines compétences (le professionnalisme, la communication et la collaboration). Dans le but d'offrir au résident l'opportunité de s'améliorer sur ses compétences, ce projet sollicite différentes sources d'information (des patients, des infirmiers [es] et des médecins) pour informer le résident sur ses forces et points à améliorer pour l'aider à développer ses compétences et l'aider à devenir un meilleur médecin. L'opinion des infirmiers et infirmières est rarement sollicitée lors de la formation médicale et nous aimerions entendre vos commentaires. Ce projet à une visée strictement formative, il a pour but d'informer le résident et de l'aider à s'améliorer. Aucune sanction ou évaluation ne découlera de ce processus.

Remplir ce questionnaire devrait vous prendre environ 15 minutes. Il comprend 10 questions évaluées sur une échelle de 5 points. Après chaque question, quelques lignes sont offertes pour donner l'opportunité de donner des exemples précis que vous avez observés. De plus, deux questions à la fin demandent de donner deux forces et deux points à améliorer suivis d'exemples. Il est important d'obtenir des exemples pour être en mesure d'offrir des commentaires utiles au résident.

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire. Vous pouvez décider de vous retirer en tout temps, et ce, sans conséquence. Veuillez noter que le fait de **remplir** et de **soumettre** le questionnaire implique votre consentement à participer à cette étude. Aussi, les informations recueillies seront gardées strictement confidentielles. Les questionnaires fournis seront gardés

temporairement à l'hôpital et transcrits sur un ordinateur sécurisé. Elles seront conservées pour une période de 5 ans après la fin de l'étude, sous la responsabilité de Dre Véronique Castonguay, la chercheuse principale. Ces données seront confidentielles. Vous ne serez pas identifié par votre nom, ni identifiable par vos réponses.

Si vous avez des questions concernant cette étude, veuillez communiquer avec Chantal Lanthier, infirmière et coordonnatrice de recherche à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal au (514) 338-2222 poste 3318.

Pour toute question relative à vos droits en tant que participant à un projet de recherche, vous pouvez vous adresser à la Direction générale de l'établissement, au 514-338-2222 poste, 3581.

Merci de votre collaboration.

Véronique Castonguay, M.D., FRCP(C)

QUESTIONNAIRE AUX INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES

Échelle : 1 = Totalement en désaccord; 2 = En désaccord; 3 = Ni en accord ni en désaccord;
4 = En accord; 5 = Totalement en accord

QUESTIONS

ÉCHELLE

19. Le résident se présente et précise son rôle lorsqu'il vous rencontre pour une première fois et/ou vous salue lors de rencontres subséquentes. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

20. Le résident porte une tenue appropriée qui respecte le code vestimentaire de l'établissement. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

21. Le résident vous écoute attentivement lors de vos discussions concernant les patients; il évite de vous interrompre ou le fait adéquatement lorsque justifié. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

22. Le résident se montre disponible lorsque vous tentez de le rejoindre (téléphone, interphone, etc.). 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

23. Le résident vous respecte en tant que membre de l'équipe traitante. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

24. Le résident considère vos suggestions, vos opinions et vos points de vue. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

25. Le résident vous présente les éléments justificatifs derrière ses actions et ses plans de traitement lorsque vous l'interrogez sur le sujet. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

26. Le résident répond à vos questions et/ou vos interrogations poliment. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

27. Le résident communique clairement ses ordonnances de façon écrite et verbale. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

10. Si pertinent, le résident vous présente ses excuses s'il agit de façon inadéquate. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

Dans le but de faciliter la rétroaction envers le résident, il serait apprécié si vous pouviez nous citer deux forces ainsi que deux points à améliorer tout en les appuyant par des exemples concrets.

Nommez 2 points forts :

1) _____

2) _____

Nommez 2 points à améliorer :

1) _____

2) _____

Autres commentaires :

Combien de temps avez-vous passé avec le résident? _____

Combien de temps avez-vous passé à remplir ce questionnaire? _____

MERCI!

ANNEXE E - Documents des patients



HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL

HSCM *Doués pour la vie*



Feuillelet d'information aux répondants (patients)

La rétroaction multisources chez les résidents en médecine d'urgence; au-delà du « C'est bon, continue »?

Chercheuses responsables : Véronique Castonguay, M.D., FRCP(C). et Judy Morris M.D., FRCPC(C), Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Nous sollicitons votre collaboration afin de participer à un projet de recherche. Dans le cadre de cette étude, nous demandons aux patients qui ont rencontré un résident en médecine d'urgence lors de leur visite à l'urgence de remplir un questionnaire évaluant certaines compétences (le professionnalisme, la communication et la collaboration). Dans le but d'offrir au résident l'opportunité de s'améliorer sur ses compétences, ce projet sollicite différentes sources d'information (patients, infirmiers(es) et médecins) pour informer le résident sur ses forces et sur ses points à améliorer pour l'aider à développer ses compétences et l'aider à devenir un meilleur médecin. L'opinion des patients est rarement sollicitée lors de la formation médicale et nous aimerions entendre vos commentaires. Ce projet a une visée strictement formative, il a pour but d'informer le résident et de l'aider à s'améliorer. Aucune sanction ou évaluation ne découlera de ce processus.

Remplir ce questionnaire devrait vous prendre environ 15 minutes. Il comprend 10 questions évaluées sur une échelle de 5 points. Après chaque question, quelques lignes sont offertes pour donner l'opportunité de donner des exemples précis que vous avez observés. De plus, deux questions à la fin demandent de donner deux forces et deux points à améliorer chez le résident, suivies d'exemples. Il est important d'obtenir des exemples pour être en mesure d'offrir des commentaires utiles au résident.

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire. Vous pouvez décider de vous retirer en tout temps, et ce, sans conséquence. Votre traitement ne sera aucunement affecté par votre décision ou non de participer. Veuillez noter que le fait de **remplir** et de **soumettre** le questionnaire implique votre consentement à participer à cette étude. Aussi, les informations

recueillies seront gardées strictement confidentielles. Les questionnaires fournis seront gardés temporairement à l'hôpital et transcrits sur un ordinateur sécurisé. Ils seront conservés pour une période de 5 ans après la fin de l'étude, sous la responsabilité de Dre Véronique Castonguay, la chercheuse principale. Ces données seront confidentielles. Vous ne serez pas identifié par votre nom, ni identifiable par vos réponses.

Si vous avez des questions concernant cette étude, veuillez communiquer avec Chantal Lanthier, infirmière et coordonnatrice de recherche à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal au (514) 338-2222 poste 3318. Pour toute question relative à vos droits en tant que participant à un projet de recherche, vous pouvez vous adresser à la Direction générale de l'établissement, au 514-338-2222, poste 3581.

Merci de votre collaboration.

Dre Véronique Castonguay, M.D., FRCP(C)

QUESTIONNAIRE AUX PATIENTS

Échelle : 1 = Totalement en désaccord; 2 = En désaccord; 3 = Ni en accord ni en désaccord;
4 = En accord; 5 = Totalement en accord

QUESTIONS

ÉCHELLE

28. Le résident se présente et précise son rôle au sein de l'équipe de soins lors de votre première rencontre. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

29. Le résident porte une tenue appropriée à son travail. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

30. Le résident vous écoute attentivement tout en vous laissant parler librement; il évite de vous interrompre et ne semble pas trop pressé. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

31. Le résident est courtois et sensible à vos sentiments et à vos besoins. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

32. Le résident vous aide (vous et vos proches) à participer à la prise de décision qui s'applique à votre problème (traitements, interventions, etc.). 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

33. Le résident utilise un langage clair et compréhensible pour expliquer votre problème de santé ainsi que le traitement nécessaire. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

34. Le résident vous explique pourquoi il effectue ses actions et prend le temps de répondre à vos questions. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

35. Le résident vous explique toutes les procédures et examens qu'il prescrit afin d'éviter toute forme d'inquiétude de votre part. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

36. Le résident est gentil et s'assure de votre confort lors de l'examen physique. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

10. Je recommanderais ce résident à un ami ou à un proche. 1 2 3 4 5

Justifiez : _____

Dans le but de faciliter la rétroaction envers le résident, il serait apprécié si vous pouviez nous citer deux forces ainsi que deux points à améliorer tout en les appuyant par des exemples concrets.

Nommez 2 points forts :

1) _____

2) _____

Nommez 2 points à améliorer :

1) _____

2) _____

Autres commentaires :

Combien de temps avez-vous passé avec le résident? _____

Combien de temps avez-vous passé à remplir ce questionnaire? _____

MERCI!

ANNEXE F - Approbation du comité d'éthique



HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL

HSCM Doués pour la vie



APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE

NO DE DOSSIER DU CÉR : 2013-855

TITRE: La rétroaction multisource chez les résidents en médecine d'urgence; au-delà du « C'est bon, continue »?
- *Demande d'évaluation d'un projet de recherche, en date du 28 février 2013*
- *Protocole, non daté et version corrigée*
- *Résumé*
- *Feuillelet d'information aux répondants (médecins), version française, en date du 21 février 2013*
- *Formulaire d'information et de consentement, du résident, version française, en date du 21 février 2013*
- *Feuillelet d'information, du personnel infirmier, version française, en date du 21 février 2013*
- *Feuillelet d'information aux répondants (patients), version française, en date du 21 février 2013*
- *Budget*
- *Lettre d'appui du chef du département de médecine d'urgence, en date du 25 février 2013*
- *Courriel d'attestation du Dre Judy Morris, en date du 28 février 2013*
- *Curriculum vitae de Véronique Castonguay*
- *Formulaire de demande d'application de subvention du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada*
- *Document pour la conservation des documents*
- *Questionnaires : aux patients, aux infirmiers et infirmières, aux médecins, et d'auto-évaluation du résident, versions française et anglaise*

LIEU : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 5400, boul. Gouin Ouest, Montréal (Québec) H4J 1C5

CHERCHEUR(S) : **Judy Morris, M.D. FRCPC, M.Sc., Véronique Castonguay, M.D, FRCPC, Bernard Charlin, M.D., FRCPC, Ph. D et Robert Gagnon, M.Ps**

PROVENANCE DES FONDS : Demande de financement au Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

PROBLÉMATIQUE et OBJECTIF DE L'ÉTUDE : L'objectif du projet est d'explorer la perception des résidents en médecine d'urgence spécialisée suite à l'obtention d'une rétroaction multisource sur ces compétences: l'utilité et la pertinence des informations reçues, la crédibilité des différentes sources d'information sondées, le mode de transmission de l'information utilisé et les possibles changements apportés à la pratique médicale.

TYPE DE RECHERCHE : Qualitative, Pédagogie médicale, Banque et Dossier

NOMBRE DE SUJETS RECRUTÉS À L'HSCM : 20

CONSÉQUENCES ÉTHIQUES : Liberté de participer : oui Consentement éclairé : oui
Confidentialité : oui Liberté d'en sortir sans contrainte : oui

FEUILLET D'INFORMATION : (3) au personnel infirmier, aux médecins et aux patients
Requis : oui (version française en date du 17 janvier 2014 approuvées)

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT : (1) du résident
Requis : oui (version française en date du 17 janvier 2014 approuvée)

APPROBATION DU PROTOCOLE : Date Le 20 janvier 2014

DATE DU RAPPORT D'ÉVALUATION AU COMITÉ: **Le 22 avril 2013 (séance plénière)**
- 9 juin 2014 (renouvellement accepté rétroactivement au 22 avril 2014 jusqu'au 9 juin 2015)

TITRE: La rétroaction multisource chez les résidents en médecine d'urgence; au-delà du « C'est bon, continue »?

MEMBRES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE ET DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

AVIS FAVORABLE :

- Dre Chantal Lambert, scientifique non-médecin, présidente
- Mme Marie-France Thibaudeau, scientifique non-médecin, vice-présidente
- Me Marie Boivin, juriste
- Mme Henriette Bourassa, membre non affilié représentant la collectivité
- Mme Christine Grou, personne spécialisée en éthique
- Mme Isabelle Larouche, scientifique non-médecin
- Mme Andrée Leboeuf, membre non affilié représentant la collectivité
- Dre Jadranka Spahija, scientifique non-médecin
- Dr Yvan Pelletier, scientifique médecin
- Dr Marcio Stürmer, scientifique médecin

N.B. : ~~Le Comité d'éthique de la recherche de l'HSCM poursuit ses activités en accord avec *Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada)* et tous les règlements applicables~~
~~Cette approbation est valable pour une période d'un an seulement. Une demande de renouvellement doit être faite après cette période.~~

ANNEXE G - Exemple de fiche synthèse des évaluations des différentes sources

Résident 107 - MÉDECINS	
Points forts	<i>Exemples, citations</i>
Complet	Recueil d'examens complets <i>"Présentation de cas cliique très claire et complète"</i> Bon suivi de ces patients
Bon jugement clinique	Se fait une idée rapide du patient et identifie les points pertinents
Travaillant et désir de s'améliorer	Tente de s'exposer avec quoi il est moins à l'aise <i>"s'expose volontairement à faire des revoirs, car moins à l'aise avec ça"</i>
Conscientieux (x2) -	<i>"Lorsque incertain sur une conduite n'hésite pas a demandé l'opinion du patron; ex: une conduite pour une patiente enceinte et une possibilité d'oeuf clair"</i>
Organisé et soucieux de l'efficacité	<i>"Mentionne durant la journée qu'il doit revoir 2 patients, prescrire de l'insuline et faire un examen gynéco avant de poursuivre; il structure ces actions par souci d'efficacité"</i>
Respectueux (x3)	
Bonne supervision d'étudiants	

Résident 107 - MÉDECINS	
Points à améliorer	<i>Exemples, citations</i>
Ne pas hésiter à prendre position et "à se mouiller"	<i>"Recherche mon approche plutôt que se mouiller complètement", doit plus me dire ce qu'il fera et le faire et je lui dirai si je suis d'accord"</i>
Attention à la fermeture précoce (diagnostique) ** En contre partie ; a une bonne autocritique: a verbalisé qu'il aurait du changé sa conduite	<i>"Initialement, semblait peu ouvert à remettre en question sa conduite chez un pt qui semblait initialement seulement intoxiqué ROH mais qui restait somnolent 8h-10h post ingestion; ne pas hésiter a changer conduite et pousser bilan"</i>
S'assurer d'appliquer la communication en boucle	<i>"S'assurer que les ordres verbales demandées soient effectuées plutôt que les donner sans aucune assurance que les sont fait"</i> - pour les cas instables/environnement bruyant
S'assurer de garder une attitude ouverte envers l'apprentissage	<i>"a tendance a argumenter, ce qui est adéquat, mais parfois difficile de savoir si par fermeté ou si argumente pour défendre son point de vue"</i>

Résident 107 - INFIRMIERS	
Points forts	Exemples, citations
Sympathique	" Semble aimé son travail"
Travail en équipe	"Toujours attentifs à nos questions /commentaires au sujet des patients" "Prend en considération nos observations"
Disponible	"A pris au sérieux mon appel d'inquiétude" "Prend le temps de répondre aux questions" "répond très rapidement et souvent, il se déplace" " J'ai jamais l'impression de le déranger"
Accessible	"Laisse même tomber le titre de Docteur lorsqu'on parle un à un" "Facile d'approche" ***"Première impression peut paraître plus distant, mais ne l'est pas du tout; est facile d'approche" "Bel écoute" (x2)
Rapidité d'exécution/Efficacité	"Calme, mais rapide" "Retourne nos appels rapidement" "Rapide d'exécution"
Bon pédagogue	"À la capacité d'expliquer clairement"
Apprécié	"Engager le à HSCM"

Résident 107 - INFIRMIERS	
Points à améliorer	Exemples, citations

Résident 107 - PATIENTS	
Points forts	Exemples, citations
S'exprime clairement; langage et explications claires (x4)	<i>"A su répondre à mes questions, mêmes quand celles-ci pouvaient être répétitives"</i> <i>"bon vulgarisateur, n'utilise pas du vocabulaire médical"</i> <i>"ma expliqué la suite des procédures"</i> <i>"Pose des questions claires"</i> <i>"Il a fait un excellent travail de pédagogue en m'expliquant patiemment tout ce qu'il faisait"</i>
Calme + rassurant (x3)	<i>"a pris le temps de se présenter et me mettre en confiance"</i> <i>"approche et ton de voix calme et rassurant; ex: situation émotionnelle avec un patient avec des difficultés familiales, a été en mesure de faire preuve de compréhension et nous assurer qu'il voulait notre bien"</i> <i>"M'explique les résultats des tests ainsi que les prochaines étapes"</i>
Professionnel	<i>"S'est bien présenté" (3x)</i> <i>"même lorsque ma mère est devenue agitée et incohérente, restait à son écoute"</i>
Patient	<i>"A su répondre à mes questions, mêmes quand celles-ci pouvaient être répétitives"</i>
Poli	
Dévoué	<i>"Nous sommes agréablement surprises de l'efficacité du dévouement de ce jeune médecin; attentif, poli, propre, souriant, bonne écoute"</i>
Apprécié	<i>"Vous êtes voués à une belle carrière"</i>

Résident 107 - PATIENTS	
Points à améliorer	Exemples, citations
Porter une attention aux différentes plaintes du patient ou expliquer la raison pour laquelle le problème ne sera pas abordé à l'urgence.	<i>"Lorsque je lui ai dit que j'avais aussi mal au dos, il a dit "sans rapport" mais sans explications"</i>

ANNEXE H - Feuille résumé du résident (médecins, infirmiers, patients)

Résident 107 - Résumé des questionnaires aux médecins

Échelle : 1 = Totalement en désaccord; 2 = En désaccord; 3 = Ni en accord ni en désaccord;
4 = En accord; 5 = Totalement en accord

	Moyenne	Max	Min
1. Le résident se présente et prend le temps de préciser et clarifier son rôle.	4,8	5	4
2. Le résident porte une tenue appropriée qui respecte le code vestimentaire de l'établissement.	5	5	4
3. Le résident vous écoute attentivement lors de vos discussions concernant les patients; il évite de vous interrompre ou le fait adéquatement lorsque justifié.	4,7	5	4
4. Le résident est courtois et poli lors des interactions avec vous et vos collègues (consultants, personnel infirmier, préposés, etc.)	4,8	5	4
5. Le résident vous informe de ses actions et demande votre opinion au moment opportun; il vous avise rapidement s'il commet une erreur (si pertinent).	4,6	5	4
6. Le résident accepte la critique; n'est pas combatif ou sur la défensive.	4,7	5	4
7. Le résident vous explique ses actions de façon claire et logique.	4,8	5	4
8. Le résident répond à vos doutes et vos questions poliment, n'argumente pas de façon inappropriée dans les situations de désaccord.	4,7	5	4
9. Le résident présente ses histoires de cas de façon claire et concise.	4,7	5	4
10. Si pertinent, le résident vous présente ses excuses s'il agit de façon inadéquate.	5	5	5

47,8/50 n = 6

Points forts:

- Organisé, soucieux de l'efficacité
- Bon jugement clinique
- Travaillant et désir de s'améliorer
- Conscientieux
- Complet
- Respectueux
- Bonne supervision d'étudiants

Points à améliorer:

- Ne pas hésiter à prendre position et affirmer sa propre conduite
- Attention à la fermeture précoce (diagnostic)

Résident 107 - Résumé des questionnaires aux infirmiers

Échelle : 1 = Totalemment en désaccord; 2 = En désaccord; 3 = Ni en accord ni en désaccord;
4 = En accord; 5 = Totalemment en accord

	Moyenne	Max	Min
1. Le résident se présente et précise son rôle lorsqu'il vous rencontre pour une première fois et/ou vous salue lors de rencontres subséquentes.	4,6	5	4
11. Le résident porte une tenue appropriée qui respecte le code vestimentaire de l'établissement.	5	5	4
12. Le résident vous écoute attentivement lors de vos discussions concernant les patients; il évite de vous interrompre ou le fait adéquatement lorsque justifié.	5	5	4
13. Le résident se montre disponible lorsque vous tentez de le rejoindre (téléphone, intercom, etc.).	4,8	5	4
14. Le résident vous respecte en tant que membre de l'équipe traitante.	4,8	5	4
15. Le résident considère vos suggestions, vos opinions et vos points de vue.	4,8	5	4
16. Le résident vous présente les éléments justificatifs derrière ses actions et ses plans de traitement lorsque vous l'interrogez sur le sujet.	4,8	5	4
17. Le résident répond à vos questions et/ou vos interrogations poliment.	4,8	5	4
18. Le résident communique clairement ses ordonnances de façon écrite et verbale.	4,6	5	4
19. Si pertinent, le résident vous présente ses excuses s'il agit de façon inadéquante.	4,6	5	4

47,8/50 n = 5

Points forts:

- Travail en équipe
- Disponible
- Accessible
- Rapidité d'exécution
- Bon pédagogue
- Sympathique

Points à améliorer:

- -

Résident 107 - Résumé des questionnaires aux patients

Échelle : 1 = Totalement en désaccord; 2 = En désaccord; 3 = Ni en accord ni en désaccord;
4 = En accord; 5 = Totalement en accord

	Moyenne	Max	Min
1. Le résident se présente et précise son rôle au sein de l'équipe de soins lors de votre première rencontre.	4,8	5	4
2. Le résident porte une tenue appropriée à son travail.	5	5	5
3. Le résident vous écoute attentivement tout en vous laissant parler librement; il évite de vous interrompre et ne semble pas trop empressé.	5	5	5
4. Le résident est courtois et sensible à vos sentiments et à vos besoins.	5	5	5
5. Le résident vous aide (vous et vos proches) à participer à la prise de décision qui s'applique à votre problème (traitements, interventions, etc.).	4,8	5	4
6. Le résident utilise un langage clair et compréhensible pour expliquer votre problème de santé ainsi que le traitement nécessaire.	5	5	5
7. Le résident vous explique pourquoi il effectue ses actions et prend le temps de répondre à vos questions.	5	5	5
8. Le résident vous explique toutes les procédures et examens qu'il prescrit afin d'éviter toute forme d'inquiétude de votre part.	5	5	5
9. Le résident est gentil et s'assure de votre confort lors de l'examen physique.	5	5	5
10. Je recommanderais ce résident à un ami ou à un proche.	5	5	5

49,6/50 n = 5

Points forts:

- Calme et rassurant
- S'exprime clairement
- Professionnel
- Poli
- Patient
- Dévoué à ses patients

Points à améliorer:

- Porter une attention aux différentes plaintes du patient ou expliquer la raison pour laquelle le problème ne sera pas abordé à l'urgence.

ANNEXE I - Guide d'entrevue de l'animatrice

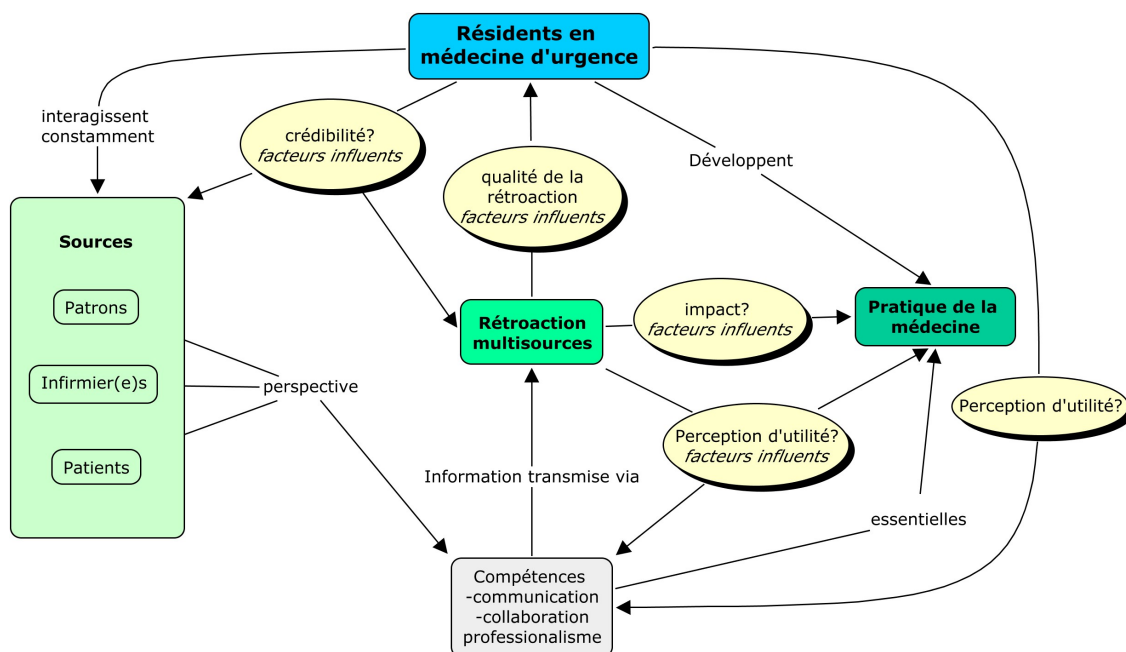
GUIDE D'ENTREVUE

Question de recherche:

Dans le but de trouver les moyens d'offrir aux résidents une rétroaction efficace et utile, ce projet approfondira le sujet de la perception qu'ont les résidents en médecine d'urgence suite à une rétroaction multisources.

Pistes à explorer:

- 1) Est-ce que l'information reçue est utile et pertinente?
- 2) Ont-ils l'impression que les différentes sources d'information sont crédibles?
- 3) La rétroaction formative est-elle un moyen acceptable de recevoir l'information?
- 4) Les résidents déclarent-ils avoir changé leur pratique suite au processus?
- 5) Ont-ils l'impression que la rétroaction reçue leur permet de mieux développer leurs compétences autres que l'expertise médicale?



ANNEXE J - Questionnaire de préparation à l'entrevue

Bonjour XXX,

Ce courriel a pour but de vous donner un peu d'information sur l'entrevue (individuelle ou de groupe) qui se déroulera la semaine prochaine.

Une animatrice sera avec vous pour poser certaines questions et guider la discussion. Les entrevues seront enregistrées et tous les textes seront transcrits par une secrétaire avec des "noms inventés" et ce sont ces textes qui seront analysés pour le projet de recherche (processus confidentiel!).

Nous vous demandons d'être honnête, que vous ayez une opinion positive, négative ou ambivalente envers le processus, le but du projet est simplement de connaître votre perception, la vraie.

Voici quelques pistes de réflexion avant cette rencontre:

- 1) Est-ce que l'information que vous avez reçue suite à ce processus est utile?
- 2) Avez-vous l'impression que les différentes sources d'information (patients, membres du personnel infirmier, médecins) sont des sources crédibles et pertinentes?
- 3) La rétroaction formative que vous avez reçue (forme, contenue) est-elle un moyen acceptable de recevoir l'information?
- 4) Avez-vous travaillé sur les objectifs que vous vous étiez fixés?
- 5) Croyez-vous que la rétroaction a amené certains changements dans votre façon d'agir?
Croyez-vous avoir changé votre pratique suite au processus?

Merci de votre participation,

Véronique Castonguay, chercheuse principale

ANNEXE K - Grilles de codes

- 360 dans contexte urgence
 - Court séjour des patients
 - Lourdeur administrative du 360
 - Meilleur taux de réponse si source connue
 - Résidents manque de temps
 - Sources manquent de temps
 - Rotation des stages
 - S'attend à cohérence 360-autres éval
 - Achalandage
- 360 VS autoévaluation
 - AÉ plus sévère que résultats 360
 - AÉ similaire à résultats 360
 - Confirmer autoévaluation
 - Difficile de s'autoévaluer
 - Participe au projet= réflexion amorcée avant projet
 - Compétences transversales utilisées ds la vie en générale
- Effets en pratique
 - Confirmer/ conserver façons de faire
 - Conscientise sur les relations avec inf/pt
 - Effort conscient pour améliorer points soulevés
 - Mettre l'emphase et améliorer travail équipe
 - Aide à devenir meilleur MD
 - Rafiner sa pratique
- Personne responsable de la rétroaction
 - + bonne rétroaction
 - + constructif
 - + modéré
 - + montrer ensemble de la rétro
 - + n'a pas participé à évaluation
 - + respect
 - + vulgarisation
- Connue/ inconnue
 - Aimerais mieux connue
 - Aimerais mieux inconnue
- Prérequis
 - Avoir du tact
 - Connaitre contexte urgence
 - Intérêt pour donner rétro
 - Séniorité / distance patron-résidence
 - Même formation / parcours
 - Choisie par les résidents
- Pertinence - 360
 - Valeur - information
 - Patron répète info déjà donnée
 - Évènement trop distant
 - Divergence d'opinion entre les sources
 - Points non-pertinents
 - Commentaire difficile à comprendre
 - Évènement unique
 - Anonymat décontextualise la rétroaction
 - Répétition de l'info déjà obtenue
 - contamination entre les sources

- Pertinence + 360
 - Nouvelle perspectives/information
 - Thèmes différents de ce qui est abordé par patron
 - Compense pour absence de réflexivité
 - Selon niveau de formation
 - Commentaires pertinents
 - Provient pt=objectif travail MD
 - Confirmation perceptions
 - Est une évaluation formative
- Info rarement obtainable autrement
 - Par manque de temps
 - Parce que non sollicité par autres méthodes évaluation
- Nature info différente selon la source
 - Inf- Capacité communiquer info
 - Inf- Gestion du travail (paperasse/cas)
 - Inf- Travail d'équipe
 - Inf/patron- Professionnalisme
 - Patient- Communication, aspect social
 - Patron- Expertise médicale
- Valeur + information
 - Provient de collègues
 - Cohérence entre les sources
 - Complémentarité des sources
 - Rétro d'une source différente des autres= attention particulière
 - Vise pas le personnel
- Permet de vérifier relations/situations difficiles
- Sources investies dans apprentissage résident
- Valeur rétro dépend relation avec source
- Pistes d'amélioration
 - Distribution à tous les patients du quest.
 - Distribution aléatoire questionnaire
 - Distribution du quest. par autre personne
 - Version anglaise questionnaire
 - Aimerais que soit longitudinal
 - Donner plus de questionnaires
 - Faciliter accès pour les patients
 - Désigner des moments pour 360
 - Façon de donner les questionnaires
 - Avoir des quotas de questionnaires
 - Aviser le personnel de tenue du 360
 - Inclure autres professionnels
 - Inclure plus de milieux de stage
- Questionnaire/processus - 360
 - Biais de sélection sources
 - Barrière linguistique
 - Éducation des sources
 - État mental du patient
 - Choisir les relations
 - Gravité maladie
 - Un seul milieu hospitalier
 - Relation très +/- = participation accrue au projet
 - Retour questionnaire non garanti
 - Sollicitation des sources

- Questionnaire/processus + 360
 - Info descriptive/détaillée
 - Pcq écrit
 - Pcq qualitatif
 - Anonymat
 - Plus d'info, pas de filtre
 - Commentaire pas associé à qqn
 - Peuvent remplir n'importe qd
 - Patron exprime ce qu'il n'aurait pas dit
 - Bien fait
- Réaction à la rétro du 360
 - Aime avoir points positifs
 - Fait du bien
 - Permet voir forces et faiblesses
 - Marqué par points à améliorer
 - Veut obtenir plus d'info p/r point soulevé
 - Soulagé car pas de nouvelles infos
 - Pas d'accord, mais comprend perspective
 - Neutre
 - Dépend des circonstances personnelles

ANNEXE L - Exemples de diagrammes/tableaux/matrices utilisés pour l'analyse



Tableau - Compétences abordées par différentes sources

	Expertise	Communication	Collaboration	Gestion	Professionalisme	Érudition	Promotiom
Patrons	+++++	+/-	+/-	+	+	+	
Infirmières		+++	+++	+++++	+		
Patients		++		+	++		

Tableau - Éléments de nouveautés rapportées par source infirmiers

	Nouveautés	Aucune nouveautés rapportées
Amelia	+ gestion des dossiers + communication par le dossier médical	
Beatrice	+ gestion des dossiers	
Charles	+ gestion/retour des dossiers + gestion des prescriptions; travail dédoublé	
Daniel	+ gestion/retour des dossiers + communication: verbale et non-verbale	
Edith	+ gestion/commentaires organisationnel + communication par les prescriptions	
Flora	+ professionnalisme: se présenter + gestion des ressources/organisation	
Wayne		X
Violette	+ gestion dossier	
Yan	<i>gestion : prise de décision en salle de réanimation (était conscient? nouveauté?)</i>	X
Zara	+ Communication verbale	