

Les facteurs et enjeux relationnels lors de l'évaluation des résidents en médecine familiale

Relationship factors and issues in family medicine and their impact on assessment

Suzanne LAURIN^{1,2,*}, Luc CÔTÉ³, Lise CUSSON¹, Leyla KORANY¹, Annie JOLICOEUR¹,
et Nicolas FERNANDEZ^{1,2}

¹ Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada

² Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada

³ Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada

Manuscrit reçu le 10 mai 2021 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 14 octobre et le 30 octobre 2021 ; accepté pour publication le 31 octobre 2021

Résumé - Contexte : Plusieurs études en pédagogie des sciences de la santé ont documenté le malaise des cliniciens enseignants à accorder des évaluations faibles ou un échec lorsqu'ils constatent des difficultés significatives chez les résidents. Parmi les raisons évoquées figurent les facteurs relationnels superviseur-résident, soit la nature des rapports interpersonnels qui pourraient influencer les décisions du superviseur qui doit traduire le niveau de compétence du résident sur la fiche d'évaluation. **Objectifs :** Explorer les facteurs et enjeux relationnels auxquels sont exposés les médecins de famille enseignants lors de l'évaluation des résidents en médecine familiale et décrire comment ils les gèrent. **Méthodes :** En 2020, nous avons réalisé une étude qualitative exploratoire et descriptive auprès de 15 médecins de famille enseignants provenant de divers milieux de formation clinique du département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal. Ils ont participé à une entrevue téléphonique individuelle semi-dirigée. Les entrevues ont été transcrites intégralement, puis anonymisées. L'analyse thématique inductive des verbatim d'entrevues a été réalisée de manière indépendante selon le principe de la triangulation des chercheurs. **Résultats :** Des facteurs relationnels influencent à divers degrés l'évaluation des résidents. En voulant préserver « à tout prix » l'alliance pédagogique telle qu'ils la conçoivent, les superviseurs se trouvent piégés par des enjeux relationnels au moment d'évaluer les résidents. Des dérives conceptuelles quant à la relation pédagogique semblent être à l'origine du malaise des enseignants à jouer le rôle d'évaluateur. **Conclusion :** La relation pédagogique que les superviseurs entretiennent avec les résidents représente un enjeu majeur lors de l'évaluation. Les enseignants devraient être sensibilisés aux enjeux relationnels qui sont inhérents à l'évaluation dans le contexte de continuité pédagogique de manière à assumer plus aisément leur rôle d'évaluateur.

Mots clés : facteurs relationnels, enjeux relationnels, évaluation de stage, relation pédagogique, médecine familiale, supervision clinique, alliance pédagogique

Abstract. Background: Several studies in health sciences education have documented the discomfort teaching physicians feel in awarding low or failing evaluations when they see significant difficulties in resident learning. Among the causes cited are supervisor-resident relationship factors, *i.e.*, the nature of the interpersonal relationship that may influence the supervisor's decision to reflect adequately the resident's level of competence on the evaluation form. **Objectives:** To explore the relationship factors and issues faced by teaching family physicians in assessing family medicine residents, and to describe how they manage them. **Methods:** In 2020, we conducted an exploratory, descriptive qualitative study with 15 teaching family physicians from various clinical training settings in the Department of Family Medicine and Emergency Medicine at the Université de Montréal. They participated in a semi-structured individual telephone interview. The interviews were transcribed in full and then anonymized. The inductive thematic analysis of the interview

*Correspondance et offprints : Suzanne LAURIN, Clinique universitaire de médecine de famille (CUMF) Sacré-Cœur, 1575 boul. Henri-Bourassa Ouest, 2^e étage, Montréal, Québec, Canada.
Mailto : suzanne.laurin@umontreal.ca.

verbatim was performed independently in conformity with researcher triangulation principle. **Results:** Relational factors influence resident assessment to varying degrees. In their desire to preserve the quality of the educational alliance as they see it, supervisors find themselves trapped by relational issues when evaluating residents. A lack of conceptual clarity about the pedagogical relationship appears to be at the root of the teachers' discomfort with the role of evaluator. **Conclusion:** The pedagogical relationship between supervisors and residents has an important bearing on the evaluation. Teachers should be made aware of the relational issues inherent in the context of educational continuity in order to more easily assume their role as evaluator.

Keywords: interpersonal relationship, clinical assessment, teaching relationship, family medicine, clinical supervision, educational alliance

Introduction

Depuis l'étude bien connue de Dudek *et al.* en 2005 [1], plusieurs études en pédagogie des sciences de la santé ont documenté le malaise des cliniciens enseignants à formuler des jugements évaluatifs de faiblesse, voire à attribuer un échec lorsqu'ils constatent des difficultés significatives chez les résidents ou les stagiaires (*failure to fail*) [1–8].

À la suite d'une revue systématique de la littérature à ce sujet, Yepes-Rios *et al.* [6] ont relevé six barrières principales à l'attribution d'un échec : 1) des considérations professionnelles des enseignants, en lien avec la charge de travail accrue associée à la reconnaissance de difficultés ; 2) des considérations personnelles, les enseignants se sentant fautifs dans leur incapacité à susciter un apprentissage suffisant ; 3) des considérations liées au résident, à savoir la crainte de nuire à l'estime de soi ou à l'avenir professionnel du résident ; 4) un manque d'outils d'évaluation et de formation pédagogique, c'est à dire un doute quant à leur appréciation de la compétence du résident ou un sentiment d'être mal préparés à affronter la colère ou le désaccord du résident ; 5) une culture institutionnelle où peu d'enseignants osent nommer les difficultés et, enfin, 6) une insuffisance de moyens pour remédier aux difficultés.

Bien qu'elles fassent état de facteurs personnels affectant l'évaluation (par exemple, le désir d'être aimé par le résident, la crainte de lui faire de la peine), les études recensées par les auteurs abordent peu l'influence de la relation pédagogique entre les résidents et les superviseurs sur la capacité de ces derniers à nommer les difficultés lors des évaluations. Pourtant, l'évaluation de stage d'un résident est une appréciation de sa compétence par un ou des enseignants avec qui il a été en relation et qui continueront peut-être à le superviser au cours de sa formation.

La relation pédagogique et l'apprentissage

Au Québec, les résidents (apprenants de niveau post gradué, nommés internes dans d'autres pays, comme en France) sont affectés à des cliniques universitaires de médecine de famille (CUMF) où des médecins de famille enseignants les accompagnent dans leur apprentissage pendant les deux années que dure leur formation. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) mise sur la relation de confiance qui se tisse entre les résidents et

les superviseurs au fil du temps et sur le climat de travail en sûreté qui en découle pour faciliter l'apprentissage et soutenir le développement de l'identité professionnelle [9] et favoriser l'ouverture des résidents à la rétroaction et l'évaluation.

Une relation pédagogique où le résident se sent soutenu et à l'aise pour tenter de nouvelles expériences est un facteur bien documenté d'une supervision efficace [10–14]. Les nombreux travaux sur la rétroaction vue comme un dialogue vont en ce sens [15–18]. L'alliance pédagogique, inspirée des travaux de Bordin sur l'alliance thérapeutique [19] et sur l'alliance de travail en supervision [20], représente un modèle relationnel entre superviseurs et résidents qui sied bien au contexte de la formation professionnelle des médecins de famille. Dans le cadre de l'alliance pédagogique proposée par Telio *et al.*, le superviseur et le résident conviennent d'objectifs communs et s'entendent sur les moyens pour y parvenir [21]. Dans ce contexte, la rétroaction prend la forme d'une discussion où le résident expose son point de vue et s'ouvre à la critique parce qu'il perçoit que son superviseur est bienveillant et le respecte.

L'attitude d'ouverture du résident à aborder ses difficultés dans le but d'apprendre est appelée « position d'apprentissage » par Giroux et Girard [22]. Les auteurs nomment « position d'évaluation » la posture défavorable à l'apprentissage où le résident tait ou justifie ses difficultés pour bien paraître, dans le cadre d'une relation où il se sent jugé par le superviseur. Les résidents adoptent l'une ou l'autre des postures selon les contextes et situations, les émotions ressenties, les attitudes des enseignants, etc. [23]. Selon Giroux et Girard, la position d'apprentissage est possible dans le cadre d'une relation pédagogique fondée sur la confiance, le partenariat et l'échange lors des rétroactions.

La relation pédagogique et l'évaluation

L'évaluation continue de l'apprentissage, intégrée à la supervision des activités cliniques, est un des fondements de l'approche par compétences. Périodiquement, les résidents de médecine familiale sont évalués et des cotes « conforme aux attentes » ou « inférieur aux attentes », de même que des commentaires quant au niveau de compétence atteint durant les stages, sont inscrits sur une fiche d'évaluation à échelle qualitative. Les fiches d'évaluation sont envoyées à la direction du programme

universitaire. Le contenu de l'évaluation (cotes et commentaires) de chaque résident résulte du partage et de la confrontation des expériences et opinions des différents médecins de famille enseignants qui jouent à la fois les rôles de superviseur et d'évaluateur.

L'alliance pédagogique favorise l'apprentissage, mais il semble que la qualité de la relation entre le superviseur et le résident influe aussi sur l'évaluation de stage. Karpenko et Gidycz [3] sont d'avis qu'une relation pédagogique constructive favorise les observations et rétroactions plus fréquentes et, par conséquent, une évaluation plus rigoureuse et mieux documentée. Elles estiment aussi qu'une relation pédagogique difficile peut conduire à une évaluation moins étoffée, voire plus sévère. En contrepartie, Côté *et al.* [24] ont documenté que lorsque l'alliance est perçue plus ardue par les superviseurs, très peu d'entre eux rapportent en discuter ouvertement avec leurs stagiaires et encore moins noter cette difficulté lors de l'évaluation. Cette étude sur l'alliance pédagogique relève aussi que les superviseurs n'osent pas non plus aborder les difficultés quand la relation est harmonieuse, craignant en outre qu'une évaluation défavorable entraîne le bris de l'alliance stagiaire-superviseur, le maintien d'une relation pédagogique de qualité devenant un enjeu de l'évaluation.

Objectifs

Nous avons voulu documenter et mieux comprendre les facteurs et enjeux relationnels auxquels les médecins de famille enseignants sont exposés lors de l'évaluation des résidents. Nous nous sommes intéressés à l'impact de facteurs relationnels entre les superviseurs et les résidents sur l'évaluation de stage, mais aussi de ceux qui s'exercent entre superviseurs lors des discussions de groupe. Nous avons de plus voulu comprendre la manière dont les médecins de famille impliqués gèrent ces facteurs et enjeux. Nos questions de recherche étaient les suivantes :

- À quels enjeux relationnels avec les résidents et entre collègues les superviseurs sont-ils exposés lors de l'évaluation des résidents de médecine de famille ? Comment ces enjeux influent-ils sur l'évaluation ?
- Comment les superviseurs gèrent-ils ces enjeux relationnels ?

Méthodes

Devis

En raison de la nature de nos questions de recherche, nous avons réalisé une étude qualitative exploratoire et descriptive. Le devis qualitatif vise la compréhension d'un phénomène complexe à partir d'une analyse essentiellement inductive et interprétative des données issues du terrain de recherche [25]. Ainsi, le recrutement des participants et l'analyse des données se font en parallèle jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire que l'ajout de

nouveaux participants n'ajouterait rien aux données déjà recueillies [26,27].

Recrutement des participants

L'étude a été réalisée entre août et décembre 2020 auprès de 15 médecins de famille (superviseurs de stage) provenant de divers milieux de formation clinique du département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, répartis dans la province de Québec (Canada). Le recrutement s'est fait en deux étapes. Nous avons d'abord constitué un échantillon intentionnel (informateurs-clés) selon le critère de la diversité des superviseurs (genre, années d'expérience en supervision et dans l'évaluation de résidents, situation géographique des milieux de formation). La diversité des participants figure parmi les critères de crédibilité en recherche qualitative, car elle contribue à comprendre la problématique d'étude à partir de plusieurs expériences, points de vue et perspectives [25]. Lors de la deuxième étape, un courriel de sollicitation personnalisé, accompagné d'un formulaire d'information et de consentement de participation à l'étude a été envoyé par la chercheuse principale (SL) aux médecins de famille figurant sur la liste de participants potentiels. Ce formulaire avait été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal. Le questionnaire d'entrevue était joint au courriel afin que les participants aient le temps de réfléchir aux enjeux relationnels (voir le guide d'entrevue à l'annexe A). Ce guide avait été testé au préalable auprès de deux médecins de famille enseignants.

Pour être sélectionnés, les personnes sollicitées devaient retourner le formulaire de consentement de participation dûment signé. Les 15 premières personnes ayant accepté de participer ont constitué notre échantillon. Leurs données socioprofessionnelles sont les suivantes : 10 femmes et cinq hommes ; six participants provenant de milieux cliniques urbains (Montréal et sa banlieue), cinq de milieux dits intermédiaires (villes périphériques) et quatre de milieux éloignés (à plus de 200 km de Québec ou Montréal). Du point de vue de l'expérience pédagogique, quatre médecins faisaient de la supervision clinique depuis deux à cinq ans, quatre depuis six à 15 ans et sept depuis 16 à 32 ans.

Recueil des données

Nous avons réalisé le recueil des données pendant l'automne 2020 lors d'entrevues individuelles téléphoniques semi-dirigées. Un des membres de l'équipe de recherche (NF), familier dans la conduite d'entrevues, a mené toutes les entrevues et a consigné ses observations sur les entrevues dans un journal de bord, au fur et à mesure de leur réalisation. Celles-ci, d'une durée moyenne de 39 minutes (extrêmes : 25 et 48 minutes), ont été enregistrées en audio et transcrites par un service professionnel en vue de la codification et de l'analyse.

Codification et analyse des données

Les entrevues ont été transcrites intégralement, puis anonymisées afin que les chercheurs ne puissent pas reconnaître l'identité des participants. La codification inductive, c'est-à-dire qui se réalise sans grille de codification prédéterminée, à partir des éléments proposés par les participants, s'est faite en suivant les étapes de la démarche recommandée pour une analyse thématique [28,29]. L'analyse thématique consiste à repérer systématiquement, à regrouper et à analyser les thèmes (et sous-thèmes, le cas échéant) émanant d'entrevues ou de documents ayant fait l'objet d'une étude. De même, nous avons respecté le principe de la triangulation des chercheurs, selon lequel au moins deux membres de l'équipe de recherche codifient les données de manière indépendante, puis partagent leurs résultats. Concrètement, toutes les entrevues ont été codifiées par SL et AJ ainsi que par un autre chercheur (LCo, LCu ou LK). Une première proposition de codification a été réalisée par SL, AJ et LCo et a été soumise pour discussion aux autres chercheurs. Tous les chercheurs ont participé aux étapes itératives subséquentes de codification et d'analyse des données. Finalement, les notes consignées dans le journal de bord de l'interviewer ont été analysées par SL et LCo et ont été utilisées en tant que données complémentaires pour l'analyse.

Résultats

Nous présenterons d'abord des constats généraux sur les entrevues avant de détailler les thèmes directement en rapport avec nos questions de recherche. Des extraits verbatim serviront à documenter les thématiques présentées.

Constats généraux

La majorité des participants ont été en mesure de donner des exemples de situations d'évaluation où ils ont été confrontés à des facteurs relationnels et d'expliquer comment ils avaient tenté de les gérer. Ils se sont davantage exprimés sur les facteurs et enjeux relationnels entre superviseurs et résidents que sur ceux vécus entre les superviseurs lors des réunions d'évaluation des résidents.

La plupart des médecins enseignants questionnés avaient vécu personnellement ces situations, alors que certains ont relaté des expériences rapportées par des collègues de leur milieu ou dont ils ont eu connaissance sans être directement impliqués. Quelques-uns, bien qu'ils aient reçu les questions à l'avance et avaient eu le temps de se préparer à l'entrevue, n'ont pu proposer d'exemple précis. Ces derniers énonçaient des principes généraux tels que l'importance de bien évaluer les résidents à partir de critères reconnus et d'éviter les erreurs ou les biais, mais n'exprimaient aucune représentation personnelle de l'éventuelle influence de facteurs relationnels lors de l'exercice réel d'évaluation des résidents. Enfin, quelques participants ont mentionné être conscients de l'existence

d'enjeux relationnels, mais que leur appréciation de la performance des résidents n'en était pas affectée et qu'ils parvenaient facilement à rester objectifs lors des évaluations en se référant aux normes du programme pour l'évaluation des résidents.

Dans l'ensemble, les propos des participants étaient concordants et mettaient en évidence l'importance qu'ils accordent à la relation avec les résidents pour des raisons tant pédagogiques que personnelles, mais aussi leur application à sauvegarder la qualité de cette relation. La préservation de la relation pédagogique représente pour eux un enjeu significatif de l'évaluation et contribue à leur difficulté à nommer les problèmes des résidents et, davantage encore, à accorder des cotes défavorables d'évaluation lorsque cela est justifié.

L'importance de la relation pédagogique

Les enseignants valorisent une relation pédagogique fondée sur la collaboration et la confiance et ils s'y investissent parce qu'ils croient à son impact sur l'apprentissage. Ils s'appliquent aussi à préserver une relation agréable avec les résidents qu'ils doivent côtoyer pendant deux ans. Dans ce contexte, leurs témoignages font non seulement état de l'influence de la qualité de la relation pédagogique sur leur évaluation de la compétence des résidents, mais aussi de leur crainte que le contenu de l'évaluation, en raison de la réaction qu'ils anticipent de la part des résidents, ait un impact sur la qualité de la relation pédagogique à laquelle ils tiennent et qu'ils estiment fragile.

La relation pédagogique, un facteur qui influe sur l'évaluation

– La qualité de la relation pédagogique

La relation pédagogique est jugée « bonne » ou « positive » lorsque le résident est motivé, fait des efforts, est « gentil », démontre de l'ouverture aux commentaires du superviseur (position d'apprentissage) ou partage certaines affinités et valeurs avec ce dernier. Quand le résident « n'est pas souriant », qu'il se ferme aux rétroactions ou remet en question des valeurs professionnelles ou les commentaires des enseignants, la relation s'en trouve entachée à divers degrés.

Dans les cas où la relation est perçue positivement, les enseignants ont souvent tendance à être plus compréhensifs et à se montrer plus cléments lors de l'évaluation, même s'ils ont constaté des lacunes. Ils disent vouloir éviter de blesser ou de décevoir les résidents. Ils souhaitent aussi conserver l'estime des résidents et préserver auprès d'eux une image de superviseur bienveillant :

« ...je pense que c'est encore plus difficile dans ce temps-là quand il faut que tu dises à quelqu'un que tu apprécies... des affaires difficiles comme ça. C'est encore plus difficile parce que ça vient t'atteindre toi autant que la personne de l'autre côté. » (participant 8)

« ... c'est facile quand ça va bien, quand vous avez une bonne, c'est-à-dire, c'est que quand tu as juste des belles choses à dire ça va bien la relation, mais quand tu as quelque chose de plus négatif à dire, là moi, j'avais peur de mal paraître comme patron (superviseur). » (participant 1)

La plupart des enseignants avouent exprimer plus aisément une rétroaction négative quand ils ont un « contre transfert négatif » envers un résident, le manque d'ouverture du résident aux commentaires constructifs semblant être le facteur le plus susceptible de leur faire adopter une posture plus intransigente :

« ... je dirais que plus on a une perception positive du résident, plus c'est difficile de lui transmettre une rétroaction négative, parce qu'on veut le protéger... Par contre, avec un résident avec qui c'est plus difficile (sur le plan relationnel), je pense qu'on est probablement plus sévères dans certains cas et qu'on a moins de difficultés à nommer des difficultés. » (participant 14)

En revanche, certains disent se méfier de ce qu'ils ressentent envers un résident avec qui la relation est difficile et douter de leur appréciation de sa performance, parce qu'ils craignent d'être injustement sévères.

« Dans le fond, le fait qu'on ne l'aimait pas tant, ça nous faisait peur de donner des mauvaises évaluations parce qu'on voulait être sûr qu'elles étaient justes. » (participant 8)

– Les caractéristiques individuelles des résidents

Plusieurs enseignants ont rapporté des situations où l'empathie qu'ils éprouvaient à l'égard de certains résidents avec qui ils partageaient certains traits de personnalité ou expériences personnelles leur donnait envie de les protéger d'une mauvaise évaluation :

« C'est une résidente qui est très anxieuse, qui a peut-être un profil de personnalité qui ressemblait un peu au mien en termes de timidité et d'anxiété. Donc je pouvais comprendre un peu l'enjeu qu'elle avait vécu dans cette situation-là. » (participant 12)

« ... quand je reconnais certaines difficultés qui me ressemblent chez un résident, j'ai remarqué que parfois, je pouvais avoir une tendance à être moins sévère... il y a certaines gens avec qui on a des atomes crochus et pour lesquels on développe une sorte de contre-transfert positif sans trop savoir pourquoi. » (participant 15)

La connaissance de difficultés personnelles ou familiales vécues par un résident pouvait aussi influencer positivement sur l'évaluation de certains enseignants :

« ... C'est sûr que parfois on connaît plus leur situation sociale, familiale et cela peut influencer (positivement) les évaluations » (participant 9)

« ... si des résidents se sont confiés à moi en me disant que ça allait moins bien, par exemple, qu'ils vivent une peine d'amour... ou qu'ils se sont ouverts sur un trouble anxieux qui fait qu'ils sont stressés ou des choses comme

ça, je pense que je suis influencée parce que je connais son vécu... j'ai des souvenirs d'avoir été plus douce au moment de la remise de l'évaluation... ça va être un peu plus enrobé comme difficultés. » (participant 3)

– Les interactions sociales

Dans les milieux de formation où des activités sociales étaient fréquentes avec certains ou tous les résidents, ou encore où le contexte favorisait les contacts personnels à l'extérieur du milieu de stage, les enseignants admettaient que cela pouvait teinter positivement l'évaluation :

« ... la veille on a été faire une activité sociale avec eux, on a pris de la bière ensemble puis le lendemain bien il (le résident) va plus ou moins bien puis on lui tape dessus... je pense que plus on est attaché à un résident bien plus c'est difficile (de l'évaluer négativement) quand ça va moins bien. » (participant 3)

« ... dans les régions, ce sont de petits milieux, les gens se connaissent, ils s'invitent au barbecue, au party de Noël, les parties d'été, le ski entre résidents et patrons... cette proximité-là est encore plus présente (que dans de grands centres urbains) et c'est donc délicat (d'évaluer négativement un résident) quand ça ne va pas bien. » (participant 1)

– L'investissement pédagogique particulier auprès d'un résident

Des enseignants soulignaient aussi que le fait d'avoir été responsables d'activités pédagogiques de soutien (sessions de révision de connaissances, périodes de discussion de cas, supervision directe intensive, etc.) d'un résident en difficulté rendait l'exercice d'évaluation encore plus perméable aux facteurs relationnels. Ils constataient qu'il leur était difficile de demeurer objectifs quant aux progrès réels et à la compétence d'un résident après s'être particulièrement investis auprès de lui :

« Le fait de passer du temps (comme responsable d'un plan de soutien) avec une résidente ou avec un résident, tu t'impliques comme humain, comme personne et certainement comme médecin... quand on fait quelque chose on a tendance à vouloir que ça réussisse... le fait d'avoir passé du temps, d'être responsable, il y a un certain biais. » (participant 13)

La relation pédagogique, un enjeu de l'évaluation

De nombreux participants ont exprimé des craintes que le contenu de l'évaluation puisse avoir un impact défavorable sur la relation pédagogique et quelques-uns ont relaté des expériences où cela est arrivé.

– La relation de confiance entre le superviseur et le résident

Lorsqu'ils doivent aborder des difficultés avec un résident lors des rétroactions ou des évaluations, certains enseignants ont l'impression de trahir sa confiance et se sentent coupables. Ils craignent de nuire à l'apprentissage du résident en fragilisant l'alliance pédagogique.

« *Le lien de confiance avec le résident est très important puis si la rétroaction négative n'est pas bien assimilée ou acceptée par le résident, ça va entraîner une perte de relation de confiance puis une difficulté dans les apprentissages* » (participant 7)

« *On veut qu'ils réussissent. On ne veut pas les décourager, donc ça vient nous forcer à choisir ce qu'on retient comme rétroaction et ce qu'on ne retient pas, dans le but de préserver une alliance pédagogique.* » (participant 14)

– La réaction des résidents et la continuité pédagogique

Les enseignants s'inquiètent aussi d'avoir à gérer les réactions d'un résident déçu ou en colère suite à son évaluation. Ils redoutent aussi une fracture de la relation pédagogique et un malaise lors des supervisions ultérieures.

« *... mais de faire tomber l'espèce de couperet de l'inférieur (d'une cote « inférieur aux attentes »), (...) c'est difficile pour l'ego du résident puis justement, on a ce contexte-là où on continue de travailler avec résident-là après, puis on veut garder une relation positive entre les superviseurs et le résident...* » (participant 4)

« *À partir de maintenant, vu que tu as donné une mauvaise évaluation, si tu la donnes mal, si elle le prend mal, peu importe, qu'elle te prenne en grippe, qu'elle ne veuille plus travailler avec toi, qu'elle se ferme, qu'elle ne soit pas contente, qu'elle chiale (rôle).* » (participant 1)

Certains ont mentionné que lorsqu'ils doivent vraiment aborder certaines difficultés avec un résident, ils le font verbalement mais n'inscrivent pas toujours des commentaires clairs d'évaluation parce qu'ils craignent sa réaction :

« *... il fallait s'asseoir avec elle puis lui dire "Ça ne va pas" et c'était tellement difficile parce qu'on anticipait quelle serait sa réaction. (...) Pour nous, je pense qu'on était capable de le dire. Les compétences ne sont pas atteintes. Je ne suis pas sûr que formellement l'écriture démontrait autant le manque de compétences que ça aurait pu, que ça aurait dû traduire.* » (participant 8)

– Les relations sociales et le recrutement

Dans les milieux où les superviseurs entretiennent davantage de relations sociales avec les résidents ou lorsque les superviseurs cherchent à recruter de nouveaux médecins, un éventuel bris relationnel a beaucoup plus d'impact :

« *Quand l'évaluation se passe moins bien ça peut créer certaines frictions ou en tout cas déceptions qui font que ça peut être moins agréable de se recroiser (socialement).* » (participant 9)

« *... quand les résidents veulent revenir travailler dans notre milieu (...), je pense que la première chose souvent qu'ils nomment c'est l'équipe, c'est le fun, c'est collégial, c'est on se sent bien.* » (participant 3)

En contrepartie, certains enseignants confrontés dans le passé à des situations où le retard à mettre en place un plan de soutien a nui à la progression d'un résident, disent trouver la détermination de formuler des évaluations négatives, malgré les éventuels impacts relationnels, en prenant du recul et en s'appuyant sur un processus rigoureux d'évaluation.

« *On est capable de se dire cette personne-là ne m'aime pas beaucoup en ce moment, mais j'ai été rigoureux dans ma démarche. J'ai fait ça selon les règles de l'art et là il faut l'assumer après.* » (participant 15)

« *... ce n'est pas leur rendre service de trop les épargner parce qu'il faut être direct quand on donne une évaluation.* » (participant 2)

La relation entre superviseurs et l'évaluation

Quelques enseignants se sont exprimés sur les facteurs et enjeux vécus entre superviseurs lors des réunions d'évaluation des résidents. Même si la relation pédagogique avec les résidents a pour eux plus d'impact, il semble que la qualité des interactions entre collègues superviseurs influe aussi sur l'évaluation du résident. Des situations où des évaluateurs qui entretenaient une amitié soutenaient solidairement un point de vue, au point de peser significativement sur la décision quant aux cotes à accorder à un résident, ont été rapportées. Dans certains groupes, l'opinion de quelques superviseurs est systématiquement atténuée ou contredite par d'autres, parce qu'ils sont perçus comme des évaluateurs trop sévères ou guidés par des émotions négatives (irritation, frustration).

« *Dans les dynamiques de discussion, si une personne est plus intense comme personnalité, s'empporte plus facilement, j'ai l'impression que ses commentaires seront peut-être moins tenus en compte au final, dû au fait qu'il persiste un doute à savoir si c'est vrai ou s'il y a beaucoup d'exagération.* » (participant 9)

Plusieurs participants disaient choisir de taire leur opinion lorsque des membres plus influents de l'équipe exprimaient un point de vue différent du leur, doutant alors de leur propre jugement. D'autre part, quelques superviseurs reconnus comme influents avouaient ne pas toujours se prononcer lors des discussions d'évaluation par crainte de faire basculer l'opinion du groupe.

« *J'essaie de ne pas m'imposer personnellement rapidement dans l'évaluation pour être certain de ne pas influencer d'un côté ou l'autre.* » (participant 15)

Le double rôle de superviseur et d'évaluateur : un dilemme

Presque tous les participants ont exprimé un malaise à assumer le rôle d'évaluateur de la compétence des résidents. Plusieurs perçoivent comme une contradiction le fait de jouer à la fois le rôle de superviseur, c'est à dire de guide ou de « coach » qui soutient le résident dans son apprentissage, et celui d'évaluateur qui doit juger la compétence du résident et attribuer des cotes parfois défavorables lors de l'évaluation.

Certains enseignants ne croient pas qu'il soit possible d'encourager une position d'apprentissage chez les résidents lors des supervisions, si ces mêmes supervisions servent périodiquement aussi à rédiger une évaluation. Ces enseignants estiment que la formulation d'une rétroaction négative, *a fortiori* d'une évaluation défavorable, est peu compatible avec leur conception de l'alliance pédagogique. Ils perçoivent, en quelque sorte, que l'évaluation peut nuire à l'apprentissage et remettent en question le double rôle de superviseur et d'évaluateur qui leur est confié :

« Pour apprendre il faut qu'il nous fasse confiance, mais s'il se confie puis qu'on lui tape dessus, après il va se refermer. Si on veut qu'il apprenne, on veut qu'il nous montre (dise) ce qu'il ne savait pas, mais si on l'évalue sur ce qu'il ne sait pas, et bien on se tire dans le pied. Je trouve ça très délicat comme modèle. » (participant 1)
 « Le fait que l'université nous demande de trancher sur une évaluation, mine de rien ça demande quasiment au résident de se placer en position d'évaluation et non de se placer en position d'apprentissage. Ce qui est un peu en contradiction avec l'espèce de modèle de coaching qu'ils nous demandent d'adopter. » (participant 4)

Discussion

Cette étude s'est intéressée à un sujet très peu exploré en éducation médicale. Elle a permis de documenter différents facteurs relationnels de l'évaluation soulevés par Karpenko et Gidycz [3] et par Yepes-Rios *et al.* [6], mais aussi de dégager des enjeux liés à la place qu'occupe la relation pédagogique dans l'expérience des participants.

La majorité des participants semblent conscients que des facteurs et enjeux relationnels peuvent influencer sur leur évaluation des résidents. Seuls quelques-uns parmi eux sont d'avis que leur évaluation des résidents n'en est pas affectée. Il est possible qu'un biais de désirabilité sociale lors de l'entrevue (donner une bonne image d'eux comme superviseurs) ou un sentiment d'immunité (impression de ne pas être vulnérables à ces enjeux) soient responsables de ces réponses, mais certains enseignants ont évoqué leur capacité à prendre du recul et à se référer aux normes du programme pour évaluer les résidents, pour expliquer leur maîtrise des enjeux relationnels. Chez les rares participants qui n'ont pas su relater d'exemples précis en lien avec les questions de recherche, nous émettons les hypothèses qu'une méconnaissance ou même une inconscience de l'existence éventuelle d'enjeux relationnels lors de l'évaluation pourraient être en cause, mais parfois aussi une faible expérience de supervision. Bien que quelques enseignants aient rapporté des circonstances où la relation entre collègues enseignants avait influé sur l'évaluation d'un résident, cette question semble avoir suscité peu de réflexions. La formulation de la question d'entrevue peut être en cause, mais il est possible aussi qu'un sentiment d'impuissance à changer les rapports interpersonnels et une normalisation des alliances et tensions dans l'équipe font en sorte que les participants ne les perçoivent pas comme des facteurs relationnels pouvant avoir un impact

sur l'évaluation. Il est aussi possible que, pour ne pas discréditer leurs collègues, les participants aient préféré ne pas explorer cet aspect en profondeur.

Les superviseurs accordent une grande importance à la relation qu'ils entretiennent avec les résidents pour des raisons pédagogiques et personnelles, mais aussi parce qu'elle est inhérente à la culture de continuité pédagogique du programme de médecine familiale. Dans cette perspective, ils sont particulièrement vulnérables à l'effet « *Minimizing unpleasant messages* » (MUM), phénomène psychologique initialement décrit par Rosen et Tesser [30] et proposé par Scarff *et al.* [31] pour expliquer cette tendance à adoucir, voire à taire les messages jugés désagréables qui pourraient nuire à la relation avec les résidents (*keeping MUM about Unpleasant Messages*). Ginsburg *et al.* ont fait sensiblement le même constat lors de l'analyse des commentaires écrits sur fiches d'évaluation des résidents [32]. Notre étude nous permet de croire, à l'instar de ces auteurs, que la relation pédagogique n'est pas qu'un facteur contextuel, mais un enjeu majeur de la démarche d'évaluation dans le contexte de la résidence en médecine familiale, non seulement lors des rétroactions verbales au résident en supervision mais encore plus lors du choix des cotes et commentaires à inscrire sur les fiches d'évaluation.

Des dérives conceptuelles nous semblent à l'origine de ce constat. Ces dérives ne sont évidemment pas volontaires, car les superviseurs sont très soucieux de l'apprentissage et du bien-être des résidents. Toutefois, en voulant préserver « à tout prix » la qualité de la relation pédagogique telle qu'ils la conçoivent, les superviseurs se trouvent piégés par des enjeux affectifs au moment de l'évaluation.

L'utilisation de l'expression « position d'apprentissage » et « d'alliance pédagogique » par plusieurs participants suggère qu'ils possèdent des connaissances pédagogiques. Cependant, dans ce qui apparaît comme une dérive interprétative, la position d'apprentissage semble impliquer pour les enseignants que les difficultés que le résident reconnaît doivent être soustraites de l'évaluation. Les enseignants semblent vouloir soutenir, voire récompenser l'attitude d'ouverture du résident en rédigeant une évaluation plus clémente, alors que la position d'apprentissage devrait favoriser « la perception de l'évaluation périodique comme étant surtout formative et intégrée au cheminement normal du médecin » [22]. Il est possible aussi qu'ils croient que la reconnaissance de lacunes par un résident lui permet *de facto* de les corriger. Dans ce qui apparaît comme une autre dérive conceptuelle, l'alliance pédagogique ne semble plus avoir pour objectif de permettre l'échange d'une rétroaction franche pour soutenir l'atteinte d'un haut niveau de compétence, mais celui de maintenir un bon climat d'apprentissage et une relation agréable dans une alliance personnelle entre le superviseur et le résident.

Évaluer négativement semble perçu par les superviseurs comme une trahison de la relation de confiance qu'ils ont construite avec les résidents, voire comme une complicité avec une autorité punitive extérieure. Les

métaphores qu'ils utilisent telles « taper dessus » et « couperet de l'inférieur » illustrent bien, à l'instar des constats de Rees *et al.* [33], le sentiment de violence que les superviseurs associent au fait de nommer les difficultés et d'en informer les responsables du programme universitaire. Dans cet esprit, plusieurs superviseurs se dissocient plus ou moins consciemment du programme universitaire dont ils font pourtant partie et adoptent non seulement une posture indulgente, mais aussi une attitude de défense des résidents contre les conséquences personnelles ou académiques possibles d'une évaluation défavorable.

À force de contacts répétés et de partage d'expériences cliniques et pédagogiques, beaucoup d'enseignants en arrivent à se percevoir davantage comme des alliés des résidents, dont le rôle est de les soutenir presque inconditionnellement et de les protéger d'éventuels obstacles à la réussite. Leur compréhension de leur rôle laisse peu de place à celui d'évaluateur qui, dans le contexte professionnel dans lequel ils évoluent, exige qu'ils identifient les failles des résidents pour pouvoir ensuite leur proposer des moyens pour les corriger. Cette dérive quant à la perception de leur rôle leur fait perdre de vue la responsabilité sociale qui leur est confiée de s'assurer que les médecins de famille qu'ils forment maîtrisent un haut niveau de compétences et soient capables de prodiguer des soins de la plus grande qualité.

Cette étude qualitative a été conçue et réalisée avec rigueur en respectant les critères de scientificité des études qualitatives (en l'occurrence : diversité des participants, saturation des données, triangulation des chercheurs pour la codification et l'analyse). Toutefois, elle comporte des limites. D'abord, notre échantillon intentionnel, composé d'une majorité de femmes (67 %), bien que représentatif de la composition des équipes des milieux d'enseignement en médecine familiale au Québec, ne l'est peut-être pas ailleurs au Canada ou dans d'autres pays. De plus, l'étude a été réalisée auprès de médecins de famille enseignants provenant d'une seule faculté de médecine du Québec. Bien que la transférabilité de nos résultats à des contextes de formation différents ne soit pas assurée, notre expérience et la littérature sur le « *failure to fail* » nous portent à croire que des enjeux semblables sont vécus dans d'autres spécialités médicales et facultés de médecine. Cependant, de nouvelles études seront nécessaires pour vérifier cette présomption. De même, les facteurs relationnels susceptibles d'influencer les superviseurs d'une même équipe d'évaluation, peu abordés par les participants, mériteraient d'être mieux documentés. Finalement, de futures études devraient aussi s'intéresser au point de vue des résidents quant à ces facteurs et enjeux, puisqu'ils sont à la fois des acteurs de la relation pédagogique et les sujets évalués.

Conclusion

Des facteurs relationnels, dont certains sont inhérents à la culture pédagogique des milieux d'enseignement de médecine de famille de l'Université de Montréal, influent à divers degrés sur l'évaluation des résidents. Parce qu'ils

souhaitent préserver la relation pédagogique, la majorité des enseignants questionnés ont du mal à gérer les enjeux relationnels associés à la transmission d'une évaluation défavorable. Leurs bases conceptuelles sur l'alliance pédagogique et la position d'apprentissage faisant parfois l'objet de dérives interprétatives, elles contribuent à leur malaise à nommer les difficultés des résidents. En plus de réaliser d'autres études sur cette question, nous recommandons que les programmes de formation professorale incluent des activités de sensibilisation à ces enjeux et aident les cliniciens enseignants à mieux intégrer le rôle d'évaluateur dans leur identité professionnelle et leur relation avec les résidents.

Contributions

L'idée originale de l'étude revient à Suzanne Laurin. Suzanne Laurin, Lise Cusson, Leyla Korany et Nicolas Fernandez ont esquissé une proposition de projet. Luc Côté a élaboré la méthodologie de l'étude. Nicolas Fernandez a réalisé les entrevues. Annie Jolicoeur a codifié toutes les entrevues et élaboré un tableau synthèse. Tous les auteurs ont participé aux étapes itératives subséquentes de codification et d'analyse des données, sous la direction de Suzanne Laurin et Luc Côté. Les différentes versions du manuscrit ont d'abord été rédigées par Suzanne Laurin et Luc Côté et soumises aux autres auteurs pour approbation.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Approbation éthique

Le protocole de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal (certificat no. CERSES-20-096-D).

Remerciements

Les auteurs remercient la Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale de l'Université de Montréal pour son soutien financier, les médecins de famille enseignants pour leur participation à l'étude et Dre Valérie Dory pour la révision du manuscrit.

Annexe A: Questionnaire d'entrevue téléphonique individuelle

Mise en contexte

Une des particularités de la formation en médecine familiale est que la relation pédagogique superviseur-résident en est une de proximité et de continuité. Une autre particularité est que l'évaluation formative et

sommative des résidents se fait en équipe de superviseurs. Diverses observations et écrits montrent que des enjeux ou facteurs relationnels, c'est-à-dire la nature des rapports interpersonnels avec les résidents ou dans le groupe de superviseurs, pourraient influencer les décisions de superviseurs surtout lorsqu'ils ont à traduire sur la fiche d'évaluation le niveau d'atteinte des compétences des résidents.

Questionnaire

Q1 Pouvez-vous décrire une situation d'évaluation formative ou sommative de résident dans laquelle vous avez été impliqué.e et où vous avez l'impression que des enjeux relationnels existants ou anticipés entre le résident et vous ont pu influencer votre décision quant aux cotes et commentaires à inscrire sur sa fiche d'évaluation ?

Q1.1 Dans cette situation, qu'est-ce qui a pu influencer votre décision personnelle ? Quels étaient ces enjeux ?

Q1.2 Comment avez-vous géré cette situation ?

Q2 Maintenant, pouvez-vous décrire une situation d'équipe d'évaluation formative ou sommative de résident où vous avez l'impression que des enjeux relationnels entre les enseignants ont pu influencer votre décision personnelle ou la décision d'équipe quant aux cotes et commentaires à inscrire sur la fiche d'évaluation d'un résident ?

Q2.1 Dans cette situation, qu'est-ce qui a pu influencer votre décision ou celle de vos collègues ? Quels étaient ces enjeux ?

Q2.2 Comment avez-vous géré cette situation ?

Avant de terminer l'entrevue, avez-vous d'autres expériences où les relations interpersonnelles avec un résident ou le groupe de résidents ou encore avec un superviseur ou le groupe de superviseurs ont eu un impact sur ce qui a été inscrit sur la fiche d'évaluation d'un résident ?

Références

- Dudek NL, Marks MB, Regehr G. Failure to fail: The perspectives of clinical supervisors. *Acad Med* 2005;80:S84-S87.
- Cleland JA, Knight LV, Rees CE, Tracey S, Bond CM. Is it me or is it them? Factors that influence the passing of underperforming students. *Med Educ* 2008;42:800-09.
- Karpenko V, Gidycz CA. The supervisory relationship and the process of evaluation: Recommendations for supervisors. *Clin Superv* 2012;31:138-5.
- Larocque S, Luhanga FL. Exploring the issue of failure to fail in a nursing program. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2013;10:1-8.
- Guerrasio J, Furfari KA, Rosenthal LD, Nogar CL, Wray KW, Aagaard EM. Failure to fail: the institutional perspective. *Med Teach* 2014;36:799-803.
- Yepes-Rios M, Dudek N, Duboyce R, Curtis J, Allard RJ, Varpio L. The failure to fail underperforming trainees in health professions education: A BEME systematic review: BEME Guide No. 42. *Med Teach* 2016;38:1092-99.
- Mak-van der Rossum M. "Failure to fail": The teacher's dilemma revisited. *Med Educ* 2019;53:106-114.
- Gingerich A, Sebok-Syer SS, Larstone R, Watlings CJ, Lingard L. Seeing but not believing: Insights into the intractability of failure to fail. *Med Educ* 2020;54:1148-58.
- Oandasan I, Saucier D (Eds.). Rapport sur le Cours Triple C axé sur le développement des compétences—Partie 2: Faire progresser la mise en œuvre. Mississauga (ON): Collège des médecins de famille du Canada, 2013 [On-line]. Disponible sur: https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/%c3%89ducation/TripleC_Rapport_2.pdf.
- Bernard J, Goodyear RK. Fundamentals of clinical supervision. Upper Saddle River (NY): Pearson, 2014.
- Kilminster SM, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide no. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007;29:2-19.
- Ramani S, Leinster S. AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment. *Med Teach* 2008;30:347-64.
- Wearne S, Dornan T, Teunissen PW, Skinner T. General practitioners as supervisors in postgraduate clinical education: An integrative review. *Med Educ* 2002;46:1161-73.
- Côté L, Laurin S, Sanche G. Échanger de la rétroaction avec les étudiants. Dans: Pelaccia T (sous la direction de). Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans les stages et dans leurs activités de recherche. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2018:81-109.
- Ajjawi R, Boud D. Examining the nature and effects of feedback dialogue. *Ass Eval High Educ* 2018;43:1106-19.
- Ajjawi R, Regehr G. When I say... feedback. *Med Educ* 2019;53:652-54.
- Kemp H, Bing-You R, Hayes V, Varaklis K, Trowbridge R, McKelvy D. Feedback for learners in medical education: What is known? A scoping review. *Acad Med*. 2017;92:1346-54.
- Molloy E, Ajjawi R, Bearman M, Noble C, Rudland J, Ryan A. Challenging feedback myths: Values, learner involvement and promoting effects beyond the immediate task. *Med Educ* 2020;54:33-39.
- Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract* 1979;16:252-60.
- Bordin ES. A working alliance based model of supervision. *Couns Psychol* 1983;11:35-42.
- Telio S, Ajjawi R, Regehr G. The "educational alliance" as a framework for reconceptualizing feedback in medical education. *Acad Med* 2015;90:609-14.
- Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale* 2009;10:193-210.
- Giroux M, Saucier D, Cameron C, Rheault C. La position d'apprentissage. Un incontournable pour le développement des compétences. *Can Fam Phy* 2016;62:86-89.
- Côté L, Breton E, Boucher D, Déry É, Roux JF. L'alliance pédagogique en supervision clinique : une étude qualitative en sciences de la santé. *Pédagogie Médicale* 2017;18:161-70.
- Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. Thousand Oaks (CA): Sage Publishing, 2007.
- Denzin NK. The research act: A theoretical introduction to sociological methods. New York: McGraw-Hill, 1978.
- Morse J. The significance of saturation. *Qual Health Res* 1995;5:147-49.
- Paillet P, Muchielli A. L'analyse thématique. Dans: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Malakoff: Armand Colin, 2016, pp. 235-312.
- Thomas DR. A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *Am J Eval* 2006;27:237-46.

30. Rosen S, Tesser A. On reluctance to communicate undesirable information: The MUM effect. *Sociometry* 1970;33:253-63.
31. Scarff CE, Bearman M, Chiavaroli N, Trumbler S. Keeping mum in clinical supervision: Private thoughts and public judgements. *Med Educ* 2019;53:133-42.
32. Ginsburg S, van der Vleuten C, Eva, KW, Lingard L. Hedging to save face: A linguistic analysis of written comments on in-training evaluation reports. *Adv Health Sci Educ* 2016;21:175-88.
33. Rees CE, Knight LV, Cleland JA. Medical educators' metaphoric talk about their assessment relationships with students: "You don't want to sort of be the one who sticks the knife in them". *Ass Eval High Educ* 2009;34: 455-67.

Citation de l'article : Laurin S, Côté L, Cusson L, Korany L, Jolicoeur A, Fernandez N. Les facteurs et enjeux relationnels lors de l'évaluation des résidents en médecine familiale. *Pédagogie Médicale*, 2022;23;7-16