Document generated on 07/02/2025 8:50 a.m.

Canadian Medical Education Journal
Revue canadienne de l'éducation médicale

Le coaching narratif collaboratif en médecine : une étude de cas avec une médecin résidente et une médecin en pratique à l'urgence

Collaborative narrative coaching in medicine: A case study with a resident physician and a practicing emergency physician

Steve Truong, François Rodrigue and Diane Culver

Volume 14, Number 6, 2023

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1108925ar
DOI: https://doi.org/10.36834/cmej.75601

See table of contents

Publisher(s)

Canadian Medical Education Journal

ISSN

1923-1202 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Truong, S., Rodrigue, F. & Culver, D. (2023). Le coaching narratif collaboratif en médecine : une étude de cas avec une médecin résidente et une médecin en pratique à l'urgence. *Canadian Medical Education Journal / Revue canadienne de l'éducation médicale*, *14*(6), 51–65. https://doi.org/10.36834/cmej.75601

Article abstract

In recent years, many postgraduate medical institutions are transitioning from a time-based model to competency based medical education (CBME). This paradigm shift offers many advantages but has also been criticized for its potentially reductionist approach of targeting competency as the end goal. In this context, coaching may be an interesting intervention as it has been employed with success in other professional settings to go beyond achieving competency with a focus on continuous development. Currently there is little published data on the effectiveness of this intervention in the medical field. Our study aims to describe a coaching intervention between two dyads of a coach and physician as well as analysing the repercussions of the intervention on their professional practice. Results of our study show the unique learning journeys of both dyads as well as the creation of value in each cycle for both participants. In conclusion, coaching in medicine is an interesting intervention with the potential to complement the existing medical training programs in order to achieve optimal professional development.

© Steve Truong, François Rodrigue and Diane Culver, 2023

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Revue canadienne de l'éducation médicale **Recherche originale**

Le coaching narratif collaboratif en médecine : une étude de cas avec une médecin résidente et une médecin en pratique à l'urgence

Collaborative narrative coaching in medicine: a case study with a resident physician and a practicing emergency physician

Steve Truong,[1] François Rodrigue, Diane Culver
[1]Hôpital Montfort, Université d'Ottawa, Ontario, Canada
Correspondance à : Steve Truong, Hôpital Montfort, Université d'Ottawa, 25 cercle des érables, Chelsea, Québec; email : steveminh.truong@gmail.com
Publié avant le numéro : 2 nov. 23 ; publié : 30 dec 23. RCEM 2023; 14(6). Disponible à https://doi.org/10.36834/cmej.75601
Édité par : Miriam Lacasse (rédacteur de section) ; Christina St. Onge (rédacteur principal de section) ; Marcel D'Eon (rédacteur en chef)
© 2023 Truong, Rodrigue, Culver; licensee Synergies Partners. Cet œuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution -Pas d'Utilisation Commerciale -Pas de Modification 4.0 International. Vous êtes autorisé à partager copier, distribuer et communiquer le matériel par tous moyens et sous tous format. Vous devez créditer l'œuvre, intégrer un lien vers la licence et indiquer si des modifications ont été effectuées à l'œuvre.

Résumé

Au courant des dernières années, plusieurs programmes de résidence ont modifié leur structure vers une approche basée sur les compétences. Ce changement de paradigme a plusieurs avantages, mais l'approche axée sur les compétences est aussi critiquée pour son caractère potentiellement réductionniste en ciblant seulement les compétences. Afin de pallier à cette fin, le coaching est une intervention employée dans divers champs professionnels avec succès parce qu'il permet d'aller au-delà de la compétence en ciblant plutôt le développement des professionnels. Toutefois, peu de données existent sur ce type d'intervention dans le domaine médical. Le but de notre étude est d'explorer la co-création de valeur du coaching chez deux médecins. Cette étude de cas décrit le processus d'accompagnement de deux dyades coach-médecin en plus d'explorer les répercussions générées par cette intervention sur la pratique professionnelle des participantes à l'aide de l'analyse d'entrevues selon le cadre de création de valeurs. Les résultats démontrent que l'approche permet l'émergence de deux parcours d'apprentissages uniques en plus de créer de la valeur pour chacune des apprenantes. En conclusion, le coaching en médecine est un outil pédagogique intéressant qui bonifie la structure médicale actuelle afin de contribuer au développement professionnel des médecins.

Abstract

In recent years, many postgraduate medical institutions are transitioning to a competency based medical education (CBME). This paradigm shift offers many advantages but has also been criticized for its potentially reductionist approach of targeting competency as the end goal. In this context, coaching may be an interesting intervention as it has been employed with success in other professional settings to go beyond achieving competency with a focus on continuous development. Currently there is little published data on this intervention in the medical field. Our study aims to describe a coaching intervention between two dyads of a coach and physician as well as exploring the repercussions of the intervention on their professional practice by analyzing interviews conducted per the value creation framework. Results of our study show the unique learning journeys of both dyads as well as the creation of value in each cycle for both participants. In conclusion, coaching in medicine is an interesting intervention with the potential to complement the existing medical training programs in order to achieve optimal professional development.

Introduction

Au courant des dernières années, plusieurs programmes de résidence ont modifié leur structure vers une approche basée sur les compétences.[1,2] Ce changement de paradigme a plusieurs avantages comparativement à l'éducation médicale traditionnelle telle que l'individualisation de la planification de l'apprentissage ainsi que le développement des habiletés requises pour un apprentissage tout au long d'une vie.[3] Toutefois, l'approche axée sur les compétences est aussi critiquée pour son caractère potentiellement réductionniste de cibler la compétence comme finalité.[4] Un professionnel compétent se situe au-dessus du nouveau venu, mais encore en deçà du super compétent et de l'innovateur.[5] Ces stades sont inspirés du modèle de développement de l'expertise. Toutefois, les changements amenés au niveau de la terminologie des stades nouveau venu et innovateur rendent ce modèle plus adapté à son utilisation en pratique avec des professionnels. Par exemple, le professionnel nouveau venu remplace le stade de débutant, comme cette terminologie est mieux reçue et le stade innovateur remplace le stade expert, comme dans le discours populaire l'expertise est parfois associée à un niveau de formation. Le nouveau venu est peu flexible et tend à suivre les règles et procédures apprises. Le compétent sait prioriser et déterminer un plan d'action en conséquence. Il peut donc prendre des décisions conscientes pour arriver à ses fins mêmes si elles ne sont pas parfaitement en accord avec les règles et procédures apprises. Le super compétent développe de la constance en plus de savoir adapter ses habiletés et connaissances afin de développer un style unique pour répondre aux problèmes rencontrés. L'innovateur questionne des pratiques acceptées par la communauté de pratique, observe avec intention son entourage pour se renseigner sur des nouvelles approches ou pistes de solution et expérimente avec ces dernières. Pour pratiquer la médecine, plusieurs situations nécessitent des connaissances et une performance qui vont au-delà de la compétence. Un exemple concret illustrant ce point est l'activité professionnelle confiable sur la gestion des voies aériennes en médecine d'urgence décrite dans le document du collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.[6] Pour atteindre le niveau de compétence déterminé par le collège royal, l'apprenant doit démontrer à 20 reprises une intubation endotrachéale. Toutefois, Buis et coll.[7] ont démontré qu'un médecin doit effectuer au-delà de 50 intubations pour effectuer cette procédure avec un taux de succès supérieur à 90 pour cent. En plus, en médecine d'urgence, les intubations endotrachéales doivent souvent être effectuées dans des circonstances difficiles telles que lorsque des sécrétions gastriques nuisent à la procédure. Dans une telle situation, une technique innovatrice utilisée est de tenir l'appareil à succion en même temps que le manche du laryngoscope lors de l'intubation pour permettre une aspiration continuelle.[8] Or, cette habileté ne figure pas parmi les compétences ciblées par le collège royal. La connaissance et l'utilisation de telles techniques innovatrices se retrouvent chez les apprenants et les professionnels super compétents et innovateurs, illustrant la limitation de cibler la compétence comme finalité.[5] C'est dans ce contexte que le coaching en médecine peut bonifier l'approche basée sur les compétences. Alors que cette dernière cible un niveau de compétence préétablie, le coaching vise plutôt l'accompagnement dans l'atteinte de la meilleure version de soi-même pour répondre aux besoins complexes de la profession médicale. Le coaching est employé avec succès dans divers domaines tels qu'en affaires, en sport et en musique.[9,10] Par exemple, le coaching permet d'identifier des zones de développement optimales pour les leaders en affaires[11] et de développer une pratique réflexive régulière dans le sport d'élite.[12] Malgré les bénéfices démontrés dans ces autres domaines, le coaching est rarement employé en médecine.[13] De plus, la majorité des articles qui sont publiés à ce sujet dans le domaine médical font plutôt référence à de l'enseignement ou à du mentorat que du coaching.[14] Alors qu'il existe des données sur le coaching d'habiletés motrices en salle d'opération,[15] l'absence de données scientifiques sur l'impact du coaching en médecine sur le développement professionnel confirme le besoin de développer et évaluer des interventions en coaching pour approfondir notre compréhension de cette pratique dans le domaine médical. La nécessité du coaching émerge d'un manque de connaissances pour résoudre les problématiques complexes auxquels on fait face. Malgré l'abondance d'information disponible, les problématiques complexes que doivent résoudre les professionnels nécessitent des solutions uniques, adaptées à leur contexte.[16] Le coaching permet donc de générer les connaissances requises pour répondre à ces demandes de par « une participation dans le développement et le processus d'apprentissage » de l'apprenant.[17] Dans les dernières années, le coaching a évolué d'une approche « autoritaire » vers une approche plus collaborative et égalitaire.[18] Cette évolution a mené au coaching de troisième génération ou la relation auparavant

asymétrique entre le coach et l'apprenant est maintenant davantage horizontale.[16] Le coaching de troisième génération est un processus collaboratif et de co-création ou le coach « partage ses réflexions et ses considérations avec l'apprenant » ayant comme objectif « la création de connaissances à travers le dialogue » afin « d'explorer de nouvelles perspectives pour comprendre leur réalité. »[16] Plus concrètement, le coach amène des perspectives alternatives, pousse à la réflexion critique, apporte de l'information scientifique, et stimule une révision des connaissances chez l'apprenant.[16] Ceci distingue le coaching de l'enseignement qui a comme but l'acquisition de connaissances définies au préalable et le mentorat qui est la guidance offerte par une personne d'expérience.[13] Enfin, le coaching requiert donc des connaissances et une approche qui ne sont pas enseignées aux médecins lors de leur formation professionnelle[19] et nécessite donc un intervenant avec une formation spécifique sur cette intervention pédagogique.

Le but de notre recherche est d'explorer la valeur créée par l'ajout d'un coach d'apprentissage sur le développement professionnel des médecins. Le premier objectif est de décrire le processus d'accompagnement d'un coach d'apprentissage avec une médecin résidente et une médecin d'urgence. Le deuxième objectif est de décrire et comprendre la valeur créée par l'ajout d'un coach d'apprentissage sur le développement professionnel d'une médecin résidente et une médecin d'urgence. Plus spécifiquement, nous voulons décrire et comprendre la co-création de valeurs engendrée par le processus d'accompagnement d'un coach d'apprentissage sur le développement professionnel de ces deux médecins.

Méthodologie

Les auteurs ont effectué une étude de cas simple, exploratrice[20] avec deux sous-unités d'analyse: une médecin résidente ainsi qu'une médecin en pratique à l'urgence. L'étude de cas exploratrice est choisie pour illustrer un exemple pratique d'une question de recherche pour laquelle il existe peu de données scientifiques.[20] Les données ont été recueillies par l'entremise d'entrevues narratives et d'entrevues de création de valeurs. La justification de ce choix de méthodologie repose sur le fait que l'apprentissage des médecins dans cette étude durant leurs interactions avec le coach d'apprentissage est un processus complexe et individualisé. Il n'existe pas une réalité objective quant au processus d'apprentissage d'un individu et il serait donc réducteur de tenter de mesurer cette intervention selon une approche positiviste. L'approche qualitative permettra une meilleure compréhension de comment le coaching sera vécu et compris de la part des apprenants. De plus, l'étude de cas exploratrice est un devis approprié pour mieux comprendre comment l'intervention peut créer de la valeur pour les médecins à l'étude et analyser la problématique de recherche en profondeur afin de développer des hypothèses à investiguer dans le futur.[20]

Approbation du comité d'éthique

Ce projet a eu l'approbation éthique de la part du bureau d'éthique de la recherche (BÉR) de l'Hôpital Montfort.

Participants

Les participants ont été recrutés selon un échantillon ciblé. Ce choix a permis aux auteurs d'identifier des participants pertinents pour répondre à la question de recherche.[21] Les auteurs ont proposé par courriel le projet de recherche à la médecin résidente. L'auteur ayant communiqué avec la médecin résidente travaille également à l'urgence où cette dernière effectue sa formation, mais n'a jamais été impliqué dans les évaluations de cette dernière. En plus, il était clairement établi que les discussions avec le coach d'apprentissage étaient confidentielles et donc pas disponibles aux médecins jouant un rôle au niveau de ses évaluations académiques. La médecin d'urgence a entendu parler du projet de recherche par l'entremise de sa participation comme membre au comité de recherche et a été recrutée après avoir manifesté son intérêt pour le projet.

Georgia, la médecin résidente

Georgia a débuté sa participation à ce projet alors qu'elle était en train de finaliser sa résidence en médecine d'urgence dans un hôpital universitaire de l'est du Canada. Avant son entrée dans le parcours médical, Georgia participe à des stages en santé environnementale dans les communautés nordiques du Canada qui a stimulé son intérêt pour la médecine. Elle a obtenu son diplôme en médecine en 2018 pour ensuite terminer sa résidence en médecine familiale à l'été 2020. D'ici la fin du projet, Georgia aspirait à dénicher une place en médecine d'urgence dans la grande région métropolitaine de Toronto en plus de consolider sa pratique indépendante de la médecine.

Marie, la médecin d'urgence

Marie pratique la médecine depuis 2004. Elle avait d'abord obtenu son diplôme de médecine en 1999 d'une université canadienne pour ensuite compléter sa résidence en médecine familiale et en médecine d'urgence dans une région du Québec. Très impliquée en éducation médicale, Marie a enseigné des cours universitaires, organisé des stages sur d'autres continents, en plus d'accompagner des étudiants et des résidents depuis le début de sa pratique médicale. D'ailleurs, elle possède une maîtrise en santé internationale qui l'a menée à participer à plusieurs missions médicales en Amérique Centrale. Marie aspire finalement à continuer de contribuer à des projets de santé mondiale et à redéfinir sa pratique professionnelle.

François, l'accompagnateur

Membre de l'équipe de recherche dès le début de l'étude afin d'optimiser l'alignement de la structure de l'étude et pouvoir recueillir une perspective riche du déroulement de l'accompagnement. François avait 32 ans et 19 ans d'expérience cumulative dans le sport d'élite (c.-à-d., athlète, entraineur) et dans les sciences de la santé (c.-à-d., kinésiologue, chargé de cours, coach sportif). Après un baccalauréat en sciences de l'activité physique, il a obtenu une maîtrise en gestion du sport qui l'a mené à poursuivre un doctorat sur le développement des entraineurs sportifs de haute performance. Durant son doctorat, il a publié plusieurs manuscrits sur la réflexion et l'accompagnement individualisé des entraineurs.[10,19] François est formé par l'Association canadienne des Entraineurs pour laquelle il a animé de nombreux ateliers en tant que formateur. Il accompagne également plusieurs entraineurs de haut niveau (c.-à-d., professionnel, olympique) dans sa pratique privée. Finalement, François enseigne des cours universitaires à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Ottawa depuis 2013.

Outils de cueillette des données

Les données seront recueillies par l'entremise d'entrevues narratives[22] entre le coach d'apprentissage et les médecins de l'étude ainsi qu'une entrevue de création de valeur après l'intervention de coaching.

La structure des entrevues narratives est basée sur l'approche de Rodrigue et coll.[10] (annexe A). Les deux premières phases de cette approche sont « discovery » et « dream. » Ces étapes servent à comprendre la biographie de l'apprenant en se penchant sur ses expériences antérieures et ses forces suivies d'une exploration des objectifs futurs. Durant ces deux premières phases, l'apprenant est invité à remplir un document afin de rédiger son autobiographie. Par la suite, l'apprenant est amené à dialoguer sur son autobiographie avec le coach d'apprentissage lors d'une entrevue narrative. La troisième phase est le « design » qui a pour but de rédiger par priorité une liste de sujets que l'apprenant désire approfondir. Un brouillon de cette liste est rédigé par l'apprenant et ensuite finalisé lors d'une entrevue narrative subséquente avec le coach d'apprentissage. La phase finale est le « destiny » ou, dans un environnement sécuritaire, mais à la fois stimulant, « la co-création des connaissances a lieu entre l'apprenant et le coach d'apprentissage. »[10] La structure des conversations de *coaching* (Annexe B) est inspirée de celle du travail de Rodrigue.[12]

Après les rencontres de coaching sur la période d'étude de 6 mois, une troisième chercheuse a mené une entrevue selon le cadre de création de valeurs de Wenger et coll.[23] Cette chercheuse n'a pas été impliquée dans le processus d'accompagnement ni le travail médical des participantes. Cette personne utilise le cadre de création de valeurs depuis 2011. La grille pour cette entrevue (annexe C) est inspirée de celle du travail de Rodrigue.[10] Le cadre de création de valeurs a plus de 400 citations et a déjà été employé pour examiner le développement professionnel de musiciens,[24] entraineurs[19] et d'infirmiers au sein de leur communauté de pratique dans un hôpital.[25] Ce cadre a comme but « l'attribution des issues observées à des activités réalisées en amont afin d'établir des liens plausibles qui vont au-delà de simples corrélations. »[20] L'entrevue de création de valeur de Georgia a produit une transcription de 29 pages et celle de Marie, 19 pages à double interligne.

Les entrevues narratives et de création de valeurs sont effectuées et enregistrées sur la plateforme « Zoom »[26] afin de permettre de les visualiser à nouveau et produire un manuscrit écrit du dialogue.

Analyse des données

Pour le premier objectif de recherche de décrire le processus d'accompagnement d'un coach d'apprentissage avec une médecin résidente et une médecin d'urgence, le deuxième auteur a révisé les conversations de coaching afin d'illustrer les processus d'accompagnement des participantes.

Pour le deuxième objectif qui est de décrire et comprendre la co-création de valeurs engendrée par le processus d'accompagnement d'un coach d'apprentissage sur le développement professionnel de deux médecins, une

analyse des entrevues narratives a été faite après les séances de coaching afin de mettre en évidence les thèmes principaux identifiés lors de ces séances. L'analyse inductive des entrevues narratives a servi à identifier les thèmes émergents durant l'intervention de coaching. La grille d'entrevue de création de valeur (annexe C) a été créée après ces identifications afin de guider l'entrevue de création de valeur subséquente. Par la suite, une analyse thématique de l'entrevue de création de valeur sera faite selon le cadre de création de valeurs. Le premier auteur a d'abord créé une base de données avec le logiciel NVivo.[27] Ensuite l'analyse est effectuée selon la procédure en 6 étapes de Braun et Clarke[28] : (1) familiarisation avec les données de par la lecture des transcriptions à plusieurs reprises (2) générer les codes initiaux selon les différents cycles de création de valeurs (3) recherche d'histoires de création de valeur parmi les codes initiaux (4) discussion et révision des histoires de création de valeurs parmi les auteurs (5) définition et association des histoires de création de valeurs avec les activités d'apprentissages avec le coach et (6) la production du rapport final.

Le premier auteur à générer les codes selon la plus récente mise à jour du cadre de création de valeurs qui propose d'analyser la création de valeur selon huit valeurs distinctes[29] : (un) valeur immédiate (deux) valeur potentielle (trois) valeur appliquée (quatre) valeur réalisée (cinq) valeur d'activation (six) valeur stratégique (sept) valeur d'orientation et (huit) « valeur transformative ». Les valeurs 1 à 4 sont axées sur 1) l'appréciation de l'activité vécue par le participant, 2) le savoir et les ressources obtenues par le participant, 3) les changements engendrés sur la pratique du participant, et 4) les améliorations de performance et de résultats observés par le participant. Les valeurs 5 à 8 traitent plutôt de 5) l'influence de l'environnement sur la possibilité de tenir les activités, 6) l'impact de l'activité sur le cheminement à long terme du participant ou de l'organisation, 7) le changement de direction engendré par l'activité, et 8) les changements de perspective engendrée par l'activité.[29] Malgré le manque de contextualisation engendré par une analyse qui se limite aux quatre valeurs centrales – immédiates, potentielles, appliquées, et réalisées, l'étude contribue à l'avancement des connaissances sur le développement professionnel des médecins parce que l'objectif de la recherche était de déterminer si le coaching pouvait être bénéfique.

Résultats

La section résultats présente les constatations relatives à Georgia et ensuite celles relatives à Marie. Les résultats propres aux parcours d'apprentissage des deux participantes est par la suite divisé en deux sous-sections: a) l'enchaînement du processus d'accompagnement, et b) la valeur qui a été créée par l'ensemble de l'accompagnement et par la conversation de coaching propre à un sujet de coaching.

Georgia

Enchaînement du processus d'accompagnement. Dès janvier 2021, Georgia a démontré un intérêt notoire pour le projet d'accompagnement alors qu'elle s'apprêtait à terminer sa résidence pour devenir médecin indépendante. Cet intérêt a mené aux premières conversations – autobiographie, autoprésentation – de la méthodologie employée dans cette étude qui ont servi à informer le processus d'accompagnement (voir Figure 1).

La Figure 1 démontre que Georgia et François se sont rencontrés à sept reprises pour discuter de 15 sujets de coaching distincts entre le début janvier et la fin juin 2021. Toutefois, dès la troisième rencontre, un sujet de coaching - la préparation mentale via le dialogue interne et la visualisation - est ressorti de la discussion. La réflexion sur son développement professionnel et la planification ouverte de son parcours d'apprentissage des trois premières séances ont mené Georgia à exprimer qu'elle désirait augmenter sa confiance en soi et améliorer ses habiletés de gestion de quarts de travail. Ces deux sujets ont entrainé une cascade de conversations et d'échanges de courriels qui ont mené à explorer des habiletés mentales de bases comme les routines de centrage lors de la cinquième séance, la gestion du stress lors de la sixième séance, et la pratique réflexive concrète de la quatrième à la sixième séance inclusivement. Il est intéressant d'observer que la confiance et la gestion des quarts de travail ont entrainé une cascade de sujets en lien avec la préparation mentale pour culminer par un accent sur des sujets relatifs au leadership, comme les styles de leadership ou les conflits de travail. À l'opposé, la conversation sur la raison d'être et les méthodes de pratique réflexive est restée sur le même sujet jusqu'à la fin du parcours d'apprentissage en juin 2021. Enfin, le questionnement de Georgia relatif à son identité de professionnelle concorde également avec la fin de son parcours de résidente - tout juste avant son début de pratique en tant que médecin indépendante.

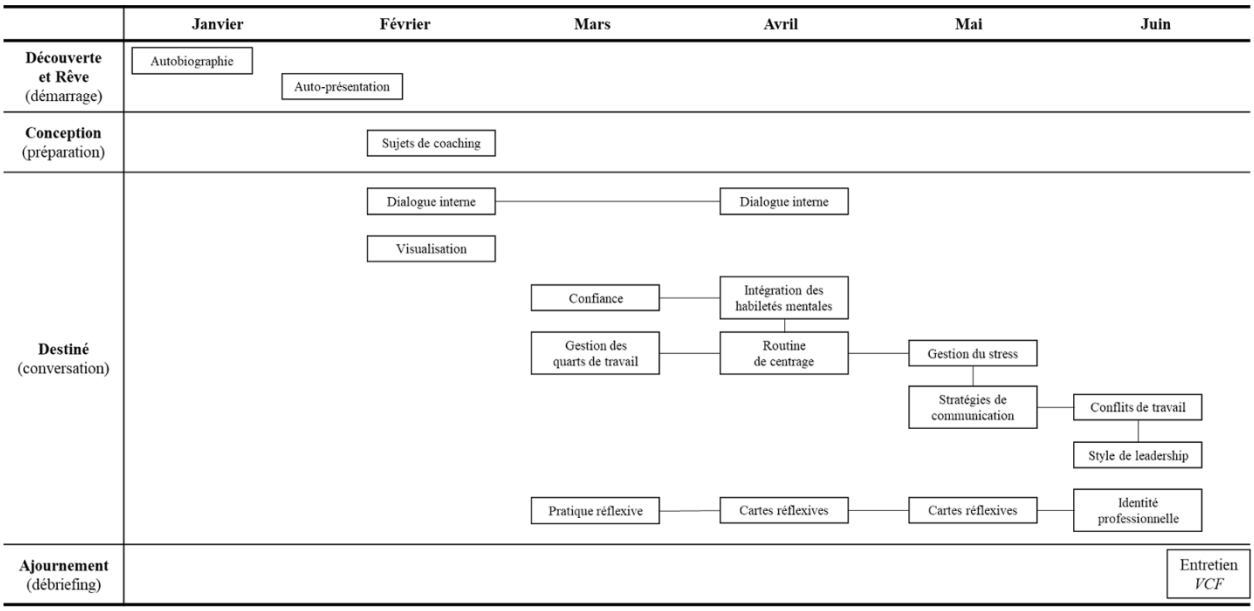


Figure 1. Les phases de génération de données, les activités, et les sujets discutés durant le parcours d'accompagnement de Georgia
Les participants ont discuté du sujet entre les séances. Le sujet a amené la conversation vers le sujet qui s'y rattache
VCF : « value creation framework »

Co-création de valeurs pour l'ensemble de l'accompagnement. L'analyse des données qualitatives recueillies démontre qu'une histoire complète de création de valeurs s'est produite lors de l'accompagnement de Georgia (voir Tableau 1). Tout a commencé par le climat confortable et le sentiment d'écoute qui s'est développé à l'intérieur des conversations avec François. Les commentaires de Georgia soulignent également que l'absence d'une relation de pouvoir entre les deux a permis une ouverture significative de sa part. Cette ouverture a mené plusieurs conversations vers des sujets assez difficiles, comme les conflits de travail ou la gestion du stress. Les données suggèrent que le plus grand bénéfice pour Georgia fut le gain en confiance en soi en plus de s'améliorer davantage.

Co-création de valeurs à propos de la pratique réflexive. Selon les données, Georgia et François ont discuté du cheminement d'un professionnel et du rôle de la réflexion délibérée dans ce cheminement. À l'intérieur d'une conversation sur la pratique réflexive, Georgia et François ont co-crée un outil d'auto-évaluation, soit une carte réflexive, dans le but de la remplir à la fin de chaque quart de travail. Georgia a agi sur cette valeur potentielle parce qu'elle a pris du temps à la fin de ses quarts pour compléter neuf cartes réflexives. Cette valeur appliquée a mené à contribuer au développement de sa confiance en soi et à la gestion de situations difficiles.

De plus, l'analyse des données recueillies suggère que Georgia a intégré la réflexion délibérée dans sa structure cognitive. Cette intégration a valorisé sa voix interne parce qu'elle prenait le temps de s'évaluer elle-même pendant et après ses quarts. Pour soutenir sa réflexion délibérée, François a présenté les fondements de la pratique réflexive tout en partageant des pratiques exemplaires provenant de la littérature et de sa pratique professionnelle. Georgia rapporte que les évaluations lui ont permis de faire des modifications plus rapides à sa pratique que dans les mois antérieurs.

Dans l'ensemble, les propos de Georgia suggèrent que l'ensemble de l'accompagnement a mené à plusieurs conversations nécessaires, la création d'outils pour l'amélioration de sa pratique, en plus de l'exposition à plusieurs concepts, principes, et pratiques avec lesquels elle n'était pas familière. Par exemple, le sujet de la pratique réflexive a co-créé de la valeur par l'éducation à la réflexion délibérée qui mené à la co-création de cartes réflexives. L'utilisation de ces cartes a culminé en création de valeur pour la pratique de la médecine de Georgia : valeur appliquée par l'utilisation des cartes et valeur réalisée par une plus grande lucidité durant son quart de travail.

Tableau 1. Valeur créée pour Georgia lors de l'accompagnement avec François

	Valeur Immédiate	Valeur Potentielle	Valeur Appliquée	Valeur Réalisée
Ensemble de l'accompagnement	Je me suis sentie confortable, écoutée.	Le fait qu'il [François] ne travaille pas avec moi à l'urgence, qu'il ne me supervise pas, qu'il n'est pas dans une position de de pouvoir ça c'est très important.	On a parlé de sujet quand même assez difficile au travail et je me suis senti à l'aise de de partager ces détails avec lui.	Si les patients me voyaient moi aujourd'hui versus avant le coaching je pense qu'il dirait que je suis plus (...) confiante plus efficace, mais toujours aussi attentive (...)Je pense qu'ils seraient content de voir (...) que je suis en train de pallier à ces déficits de façon active.
Pratique réflexive	On a discuté du cheminement d'un médecin en commençant par un novice vers l'innovateur et que ce qui amène un novice à devenir un innovateur éventuellement c'est justement la réflexion délibérée	Ce que j'ai acquis concrètement concernant la réflexion délibérée c'est vraiment l'auto-évaluation. Je pense que c'est un outil que je vais utiliser avec moi dans ma carrière	Ça [l'auto-évaluation] donne plus de place à ma voix. Mon opinion de moi-même au niveau professionnel venait surtout d'une personne qui ne me connaît pas nécessairement, une personne qui n'a peut-être pas vu toutes les interactions que j'ai faites alors que maintenant l'évaluation vient surtout de de moi ou c'est à parts égales avec la rétroaction du superviseur et je pense que ça a aiguisé ma capacité à s'autoévaluer.	Je pense à une interaction en particulier qui était difficile. À la fin de cette interaction je me sentais très coupable, je me sentais mal parce que j'avais l'impression que j'avais fait une erreur et le fait de justement en parler en en discuter, l'écrire en mots ça m'a permis de me rendre compte qu'en fait ce n'était pas moi qui avais fait une erreur que c'était juste des circonstances ... je pense que ça m'a permis d'atteindre une confiance que j'ai un bon jugement.

Marie

Enchaînement du processus d'accompagnement. Comme médecin d'expérience, Marie débutait son parcours d'apprentissage avec un accompagnateur en étant familière avec certaines méthodes de coaching et plusieurs fonctions de leadership dans ses différents postes. Les trois premières séances se sont déroulées conformément à la méthodologie établie sans avoir mené à l'émergence d'une discussion sur un sujet distinct autre que le développement des professionnels (voir Figure 2).

Le premier sujet ciblé fut le leadership transformationnel et la productivité, qui semblaient être deux aspirations importantes de Marie lors de l'autoprésentation et de l'identification des sujets de coaching. Il est à noter que la discussion centrée sur le leadership individuel lors de la quatrième séance a continué jusqu'à la huitième séance tout en évoluant vers le concept de culture et terminant par l'habileté à exercer un leadership dans sa communauté. Il est d'ailleurs important de noter la continuité de la conversation entre les séances alors que Marie et François ont échangé sur le sujet à travers des courriels et de brefs appels téléphoniques. Le deuxième thème de la quatrième séance - la productivité - a mené à un approfondissement des techniques de gestion du temps lors de la cinquième séance. Toutefois, la cinquième séance a couvert deux autres sujets, soit les politiques personnelles et l'identité professionnelle. Cette dernière a d'ailleurs mené à des conversations sur le concept de super compétent lors de la sixième rencontre et le concept d'innovateur. Lors de la septième séance, une attention sur la pratique réflexive s'est développée en parallèle en lien avec le cadre de développement qui a été présenté lors des trois premières séances du parcours. La septième et la huitième séance ont mené à une conversation sur le dialogue interne qui s'est terminée par une conversation sur la conscience de soi lors de la huitième séance. L'ensemble des sujets, soit le leadership, l'identité, la productivité, et la pratique réflexive, ont amené l'orientation de carrière au centre de la table pour la neuvième et dernière séance. La Figure 2 démontre que Marie et François se sont rencontrés à neuf reprises pour discuter de 16 sujets de coaching entre le début janvier et la fin juin 2020.

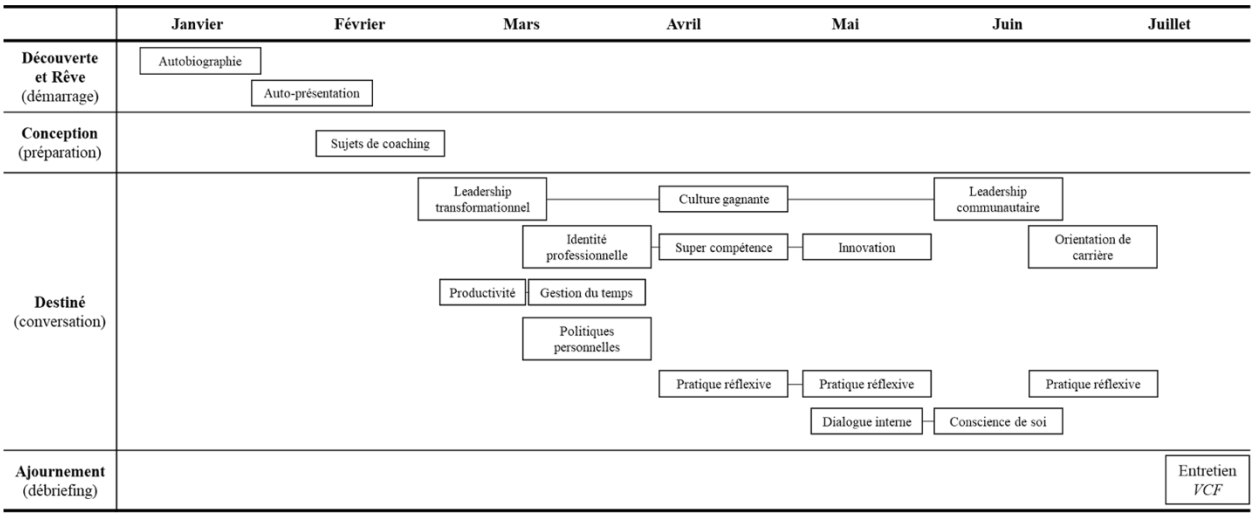


Figure 2. Les phases de génération de données, les activités, et les sujets discutés durant le parcours d'accompagnement de Marie
Les participants ont discuté du sujet entre les séances. Le sujet a amené la conversation vers le sujet qui s'y rattache
VCF : « value creation framework

Tableau 2. Valeur crée pour Marie lors de l'accompagnement avec François

	Valeur Immédiate	Valeur Potentielle	Valeur Appliquée	Valeur Réalisée
Ensemble de l'accompagnement	Que ça [le coaching] soit appliqué directement à des cliniciens, j'ai trouvé ça vraiment très intéressant, très innovateur.	[François] m'a donné beaucoup d'outils pour essayer de faire des choix plus éclairés et qui sont plus en ligne avec ce que je recherche au niveau de ma mission.	J'ai quitté un poste important dans une clinique et une partie de ça c'était parce que mes valeurs n'étaient pas alignées avec ça.	Je pense que ça va changer la façon dont j'approche mes prochaines options [de carrière]. Je commence à avoir des opportunités qui arrivent puis là je suis capable de prendre du recul puis me poser les vraies questions.
Leadership	NA	On a beaucoup parlé de comment apporter un changement … puis on a parlé qu'on peut être le vecteur du changement, mais il nous faut des *early followers*. Au travail il y avait beaucoup de manque de communication (...) puis on a beaucoup discuté de comment on pouvait améliorer la communication.	J'ai décidé que, comme je travaillais lundi à la clinique, que tous les lundi midi j'allais prendre un 15 minutes tous les lundis midis pour aller m'asseoir dans le bureau de la directrice de clinique puis passer en revue toutes les choses à faire et les problèmes de vive voix.	Ça nous aide pour le restant de la semaine. Elle sait qu'elle pouvait garder tous les problèmes de la semaine, car c'est que lundi on va s'en parler.

Co-création de valeurs pour l'ensemble de l'accompagnement. L'analyse des données relatives au parcours entier de coaching offert par François suggère que Marie a vécu une transformation professionnelle (voir Tableau 2). Tout a commencé par l'intérêt notoire que Marie portait pour le coaching de professionnel. Elle a d'ailleurs mentionné dans l'entrevue de création de valeurs que c'était un processus d'accompagnement « vraiment très intéressant, très innovateur. » Cette expérience attrayante a su générer de la valeur potentielle selon les données par l'acquisition d'une ressource, le coach. C'est-à-dire que Marie pouvait maintenant contacter François au besoin lorsqu'elle avait besoin de conseils ou de réflexions. À travers ces conversations, François a fourni plusieurs outils ou principes à considérer pour orienter sa pratique et progresser vers sa mission personnelle. Aux dires de Marie, les conversations l'ont amené à prendre plusieurs moments pour penser à sa vision professionnelle au point qu'elle a quitté un de ses postes parce qu'elle ne voyait pas l'alignement avec sa mission. Le départ de ce poste lui a enlevé un grand poids sur les épaules et l'a amené à mieux se connaitre. Selon elle, elle connait davantage ses forces, ce qui l'a amené à modifier la façon dont elle va choisir ses options de carrières dans le futur.

***Co-création de valeurs à propos du leadership*.** Les valeurs potentielles créées par la dyade à propos du leadership semblent nombreuses. Par exemple, Marie a souligné les discussions sur la gestion du changement en plus de l'importance des suiveurs dans la création d'un mouvement en tant que leader. Ces conversations ont ensuite mené la dyade à discuter des principes d'une communication efficace dans les relations humaines et dans les relations de travail. Toutes ces valeurs potentielles ont ensuite mené Marie à implanter une routine de communication avec la directrice de sa clinique. Selon ses dires, la routine de communication a amélioré la relation de travail avec sa directrice en plus de diminuer l'interférence des problèmes émergents durant la semaine.

Discussion

Le but de cette recherche était de déterminer si le processus d'accompagnement fourni par un coach d'apprentissage pouvait créer de la valeur pour deux médecins. Nous avons décrit ce processus ainsi que démontré la valeur créée par cette intervention dans les différents cycles de création de valeur selon Wenger et coll.[26] Le coaching en médecine que nous avons réalisé est innovateur dans le domaine médical et au moment de la publication de cet article, nous ne sommes pas au courant d'aucune étude antérieure ayant étudié cette intervention dans ce contexte. Une métanalyse sur le coaching en médecine conclut que le coaching est un outil pédagogique avec un immense potentiel pour le développement professionnel, mais qu'il existe moins de données sur ce sujet que sur le coaching d'habiletés procédurales.[13] Les résultats de notre étude démontrant des bénéfices sur le développement professionnel de deux médecins répondent à ce déficit dans la littérature scientifique. Dans cette section, nous élaborons d'abord sur la relation entre le coach et les apprenantes qui a permis la co-création d'un environnement propice au développement des apprenantes. Ensuite, nous discutons de l'approche individualisée qui a permis l'exploration de sujets importants pour les apprenantes. Finalement, nous terminons avec une discussion des limites de notre étude portant surtout à déterminer quels professionnels bénéficient de cette approche ainsi que la formation requise pour être coach de médecins.

Pour l'ensemble des deux accompagnements, la relation de confiance avec François a été primordiale afin de permettre la discussion de sujets difficiles. Le coaching narratif collaboratif employé dans notre étude est un processus de co-création, la création de valeur en collaboration. Ce processus exige un dialogue authentique (*genuine dialogue*)[13] où les interlocuteurs cherchent à se comprendre l'un et l'autre afin de co-créer leur compréhension d'eux même. Une condition nécessaire à un dialogue authentique est donc la relation horizontale que nous avons observée dans notre étude entre le coach et les apprenantes. Georgia fait référence à ce point lorsqu'elle mentionne l'importance que François ne soit pas son superviseur, et qu'il ne soit "pas dans une position de pouvoir". Selon elle, ça lui a permis d'être plus ouverte durant leurs conversations. La culture médicale peut faire en sorte que les croyances implicites des apprenants sont que les discussions avec leurs précepteurs cliniques sont un test de compétence et non pas une situation d'apprentissage.[30] Ces croyances implicites impactent de manière négative le sentiment de sécurité psychologique des apprenants qui a été démontré comme étant un ingrédient clé afin de soulever des questionnements difficiles.[31] Toutefois, créer un climat où règne un sentiment de sécurité psychologique favorisant l'apprentissage est un défi pour les précepteurs cliniques qui participent aussi à l'évaluation des apprenants. Cette dichotomie entre une position d'évaluation et une position d'apprentissage est bien décrite par Giroux et coll. [27] qui rappellent que l'évaluation est incontournable en formation médicale, mais nous renseigne sur plusieurs techniques pouvant favoriser l'adoption d'une position d'apprentissage. Par exemple, les superviseurs peuvent établir « une relation d'égal à égal ou les deux partenaires apprennent » ou encore ils peuvent éviter de paraître intimidants afin de ne pas nuire à l'ouverture des apprenants.[30] Toutefois, nous pensons que le coaching que nous avons réalisé va plus loin en employant un acteur externe à la structure de formation médicale traditionnelle.

L'intervention de coaching effectuée dans cette étude est individualisée et adaptée aux besoins de l'apprenant. L'individualisation de l'intervention est démontrée par la variabilité des sujets couverts avec les deux apprenantes (Figures 1 et 2), la variabilité dans les méthodes de communications, et le nombre de séances de coaching dans la période de 6 mois. De plus, nous observons plus de continuité dans les sujets discutés avec Georgia que Marie, témoignant aussi de l'adaptabilité de coaching aux besoins de ces deux apprenantes. L'adaptabilité du processus d'accompagnement est essentielle lorsqu'on travaille avec des professionnels parce que l'expérience des apprenants module leurs apprentissages futurs. Les précepteurs doivent donc tenir compte de ces expériences afin de

faciliter l'intégration de nouvelles connaissances. Notre intervention de coaching permet cette approche individualisée par l'importance accordée à la biographie de l'apprenant qui prend l'entièreté de la première rencontre (Figures 1 et 2).

Les forces principales de notre étude sont la méthodologie ainsi que la mise en œuvre d'une intervention pédagogique individualisée qui ne met pas l'apprenant en position d'évaluation. Le choix d'une étude de cas exploratrice est avantageux pour explorer comment le coaching influence le développement des médecins[20]. De plus, les deux sous unités d'analyses soient une médecin résidente ainsi qu'une médecin en pratique à l'urgence permet d'explorer les différents impacts que peut avoir le coaching sur les médecins. Enfin, l'analyse qualitative détaillée, mais concise, permet une compréhension en profondeur de la valeur de notre intervention pour les deux apprenantes de l'étude. Bien que le processus d'accompagnement soit détaillé, les limitations de notre étude sont la reproductibilité de l'intervention de coaching, la transférabilité de nos résultats, et l'absence de mesure à plus long terme de la co-création de valeur engendrée par le coaching. L'intervention de coaching fait par François est basée sur son approche unique développée durant ses années d'expérience comme coach majoritairement pour des entraineurs sportifs. Cette approche a été modifiée pour mieux répondre aux besoins des professionnels de la santé. Considérant l'absence d'expertise médicale de l'accompagnateur, l'approche de coaching a varié selon le type de sujet couvert durant la conversation. Par exemple, l'accompagnateur agissait comme une caisse de résonance lorsque les participants amenaient des sujets touchant au savoir professionnel tel que les traitements médicaux. Toutefois, lorsque les conversations touchaient au savoir interpersonnel tel que le leadership, l'accompagnateur utilisait les stratégies proposées par le coaching narratif collaboratif. De plus, le parcours académique et professionnel unique de François a contribué à la richesse de l'accompagnement dans cette étude. Cette étude ne décrit pas quel niveau de formation et quelles compétences sont requises pour réaliser l'intervention décrite dans notre étude. Il existe plusieurs certifications de coaching. Le International Coaching Federation (ICF) est responsable de l'accréditation de plus de 500 programmes de coaching à travers le monde.[32] Toutefois, aucune de ces formations accréditées n'est spécifique aux coaching des apprenants en médecine. Le American Medical Association (AMA) a publié une série vidéo sur les bases du coaching en médecine ainsi qu'un livre de à ce sujet, mais il n'existe pas de standardisation de la formation requise pour le coaching des apprenants en médecine.[33] Dans l'ensemble, il n'est pas possible de conclure que la valeur positive créée par l'intervention de coaching chez les deux apprenantes dans notre étude est transférable à tous les professionnels de la santé. Il demeure que l'étude de cas pointe dans plusieurs directions à considérer pour la recherche sur l'accompagnement des professionnels de la santé. Toutefois, l'objectif de recherche n'est pas de voir si le coaching en médecine est bénéfique pour tous les apprenants. Nous voulons plutôt explorer quelle est la valeur pour un apprenant afin de voir si le coaching devrait être un outil pédagogique offert à nos apprenants. Le coaching narratif collaboratif est un processus de co-création et il va de soi que cette approche n'est donc pas d'intérêt pour tous les apprenants, mais plutôt pour ceux qui y voient une valeur potentielle et qui seront donc prêts à s'engager dans l'intervention. Nous pensons donc que cette intervention ne doit pas être obligatoire pour tous, mais plutôt une possibilité offerte aux apprenants intéressés à s'investir dans le processus. En effet, le désir de participer à l'étude relève probablement des caractéristiques des participantes de l'étude ayant contribué à leur expérience positive, ce qui ne serait pas nécessairement le cas pour tous. Notre étude ne renseigne pas non plus sur le moment opportun d'offrir la possibilité de coaching. Les étapes du cheminement de carrière des deux participantes étant différentes, nous ne pouvons pas statuer si l'intervention est aussi bénéfique chez les apprenants juniors tels que des étudiants en médecine ou l'apprentissage des sciences fondamentales et le raisonnement clinique peut avoir une plus grande importance. Finalement, la valeur créée par l'intervention de coaching était mesurée lors d'une entrevue de création de valeurs deux semaines après avoir terminé le coaching et donc 7 mois après le début de l'intervention. Cette étude ne décrit pas les effets longitudinaux de notre intervention.

Conclusion

Le coaching est une approche qui bonifie l'enseignement médical axé sur les compétences. Nous avons décrit la structure de l'accompagnement d'une médecin résidente ainsi qu'une médecin en formation en plus de démontrer la valeur créée par cet accompagnement pour les participantes. Cette étude démontre comment le coaching narratif collaboratif peut avoir un impact bénéfique sur le développement professionnel de médecins en formation ainsi qu'en pratique. Des études futures devront préciser le type de professionnel idéal, le savoir nécessaire et la

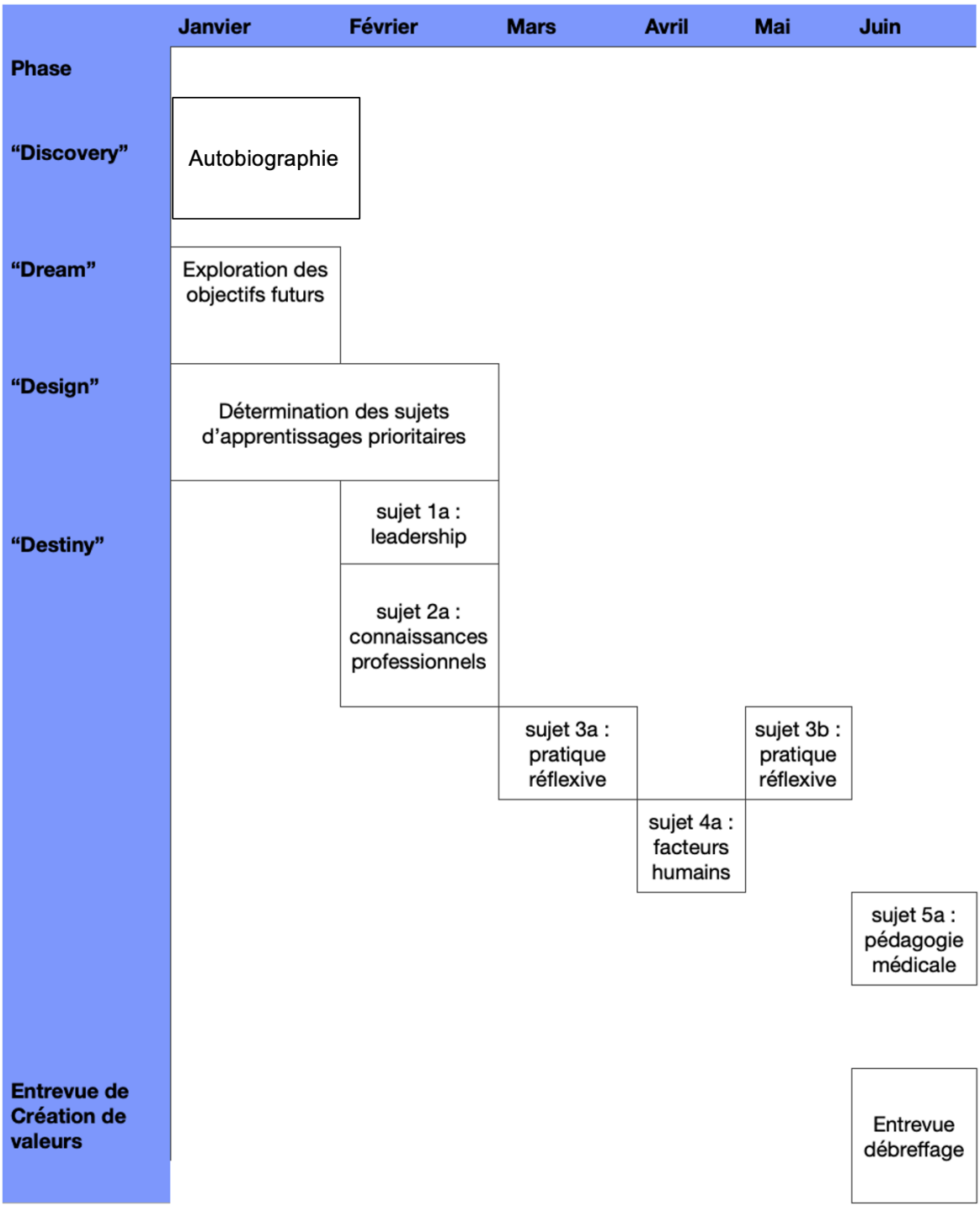
familiarité avec le contexte requis pour être un coach de médecins ainsi qu'à quels médecins cette intervention doit être proposée.

Conflits d'intérêts: Aucun conflit d'intérêt.
Financement: Financement de la recherche par le groupe de médecins d'urgence de l'Hôpital Montfort.

Références

1. Pinsk M, Karpinski J, Carlisle E. Introduction of competence by design to canadian nephrology postgraduate training. *Can J Kidney Health Dis*. 2018;5:1-9. http://dx.doi.org/10.1177/2054358118786972
2. Campbell C, Hendry P, Delva D, Danilovich N, Kitto S. Implementing competency-based medical education in family medicine: a scoping review on residency programs and family practices in Canada and the United States. *Family Medicine.* 2020;52(4):246-54. http://dx.doi.org/10.22454/FamMed.2020.594402
3. Touchie C, ten Cate O. The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. *Med Ed.* 2016;50(1):93-100. http://dx.doi.org/10.1111/medu.12839
4. Hawkins RE, Welcher CM, Holmboe ES, et al. Implementation of competency-based medical education: are we addressing the concerns and challenges? *Med Ed*. 2015;49(11):1086-102. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1111/medu.12831
5. Trudel P, Gilbert W, Rodrigue F. The journey from competent to innovator: using appreciative inquiry to enhance high performance coaching. *Internat J Apprec Inquiry*. 2016;18(2):40-6. http://dx.doi.org/10.12781/978-1-907549-27-4-5
6. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Committee EMS. EPA Guide: emergency medicine. 2017.
7. Buis ML, Maissan IM, Hoeks SE, Klimek M, Stolker RJ. Defining the learning curve for endotracheal intubation using direct laryngoscopy: a systematic review. *Resuscitation*. 2016;99:63-71. http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.11.005
8. Jensen M, Louka A, Barmaan B. Effect of Suction Assisted Laryngoscopy Airway Decontamination (SALAD) training on intubation quality metrics. *Air Med J.* 2019;38(5):325. http://dx.doi.org/10.1016/j.amj.2019.07.002
9. Gawande A. *Personal best: top athletes and singers have coaches. Should you?* The New Yorker 2003. 2011.
10. Rodrigue F, Trudel P, Boyd J. Learning from practice: the value of a personal learning coach for high-performance coaches. *Intern Sport Coach J.* 2019;6(3):285-95. http://dx.doi.org/10.1123/iscj.2018-0078
11. Drake DB. Rethinking our work with leaders: using developmental threshold zones in coaching. *J Leadership Studies.* 2021;14(4):50-9. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1002/jls.21725
12. Rodrigue F. *Examining the process and the outcomes of a 12-month learning journey of intercollegiate sport coaches accompanied by a personal learning coach.* Ottawa: University of Ottawa; 2019.
13. Lovell B. What do we know about coaching in medical education? A literature review. *Med Ed.* 2018;52(4):376-90. http://dx.doi.org/10.1111/medu.13482
14. Lovell B. Bringing meaning to coaching in medical education. Medical Education. 2019;53(5):426-7. http://dx.doi.org/10.1111/medu.13833
15. Hu YY, Peyre SE, Arriaga AF, et al. Postgame analysis: using video-based coaching for continuous professional development. *J Amer College Surg*. 2012;214(1):115-24. http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.10.009
16. Stelter R. A guide to third generation coaching. *Narrative-collaborative theory and practice.* 2014.
17. Stelter R. *Coaching – læring og udvikling [Coaching – learning and developing].* Danish Psychology Press. 2002.
18. Dianne R. Stobe AMG. Evidence based coaching handbook: putting best practices to work for your clients: John Wiley; 2006.
19. Armson H, Lockyer JM, Zetkulic M, Könings KD, Sargeant J. Identifying coaching skills to improve feedback use in postgraduate medical education. *Med Ed*. 2019;53(5):477-93. http://dx.doi.org/10.1111/medu.13818
20. Yin R. *A review of case study research: design and methods.* 52003. p. 219.
21. Marshall MN. Sampling for qualitative research. *Family Practice.* 1996;13(6):522-6. http://dx.doi.org/10.1093/fampra/13.6.522
22. Fontana A, & Frey, J. H. The interview: from neutral stance to political involvement. In E. Bell, & H. Willmott (Eds.). *Qual res bus manage.* 2014;4:1125.
23. Wenger E, Trayner B, Laat M. *Promoting and assessing value creation in communities and networks: a conceptual framework.* 2011.
24. Forbes M. The value of collaborative learning for music practice in higher education. *Brit J Music Educ.* 2020;37:1-14. http://dx.doi.org/10.1017/S0265051720000200
25. Heemskerk W, Warning T, Brus F, Snoeren M. The potential for learning within hospital learning communities: the interplay between nursing practice and education to support research ability. *Intern J Nurs Educ Scholarship.* 2020;17. http://dx.doi.org/10.1515/ijnes-2019-0114
26. Zoom. 5.5 ed. San Jose, California, U.S.: Zoom Video Communications; 2021.
27. NVivo. 12 ed. Doncaster, Australia: QSR International; 2018.
28. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3:77-101. http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa
29. Wenger E. *Learning in landscapes of practice : boundaries, identity, and knowledgeability in practice-based learning.* 2015.
30. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale.* 2009;10(3). http://dx.doi.org/10.1051/pmed/20099991
31. Tucker A, Nembhard I, Edmondson A. Implementing new practices: an empirical study of organizational learning in hospital intensive care units. *Management Science.* 2007;53:894-907. http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.1060.0692
32. International Coaching Federation 2023. Available from: https://coachingfederation.org/.
33. Hammoud M, Deiorio N, Moore M, Wolff M. *Coaching in medical education.* 1st Edition ed: Elsevier; 2023

Annexe A. Structure des entrevues narratives



Annexe B. Structure d'une entrevue narrative durant la phase « destiny »

1. Introduction

a) Comment ont été les dernières semaines ?

b) Qu'est-ce qui est arrivé en lien avec ce que nous avons discuté précédemment?

2. Place à l'autoréflexion

a) "reflective cycle" (gibbs) : "description, feelings, evaluation, analysis, conclusion, action plan"

3. Coaching narratif collaboratif

a) Perspectives alternative

b) Réflexions critiques

c) Information/connaissances scientifiques à l'appui

d) Changer l'avenir

4. Conclusion

a) Actions pour les semaines à venir

b) Sujets pour la prochaine entrevue de coaching

c) Planification date et heure de la prochaine rencontre

Annexe C. Guide de l'entrevue de création de valeur

Préentrevue

- Salutations
- Explication sur la structure de l'entrevue

Partie I : Introduction

- Comment est-ce que ça va au niveau de la pratique médicale/résidence ces derniers temps ?
- Qu'est-ce que vous aimez le plus de votre pratique ces temps-ci ?
- Après avoir entendu parler de ce projet pour la première fois, quelles étaient vos premières impressions ou attentes face au coaching ou à votre coach ?

Partie II : l'expérience globale du coaching

Cycle de valeur	Questions
1. "Immediate value" Expérience Émotions Perceptions	Comment avez-vous trouvé ça travailler avec un coach ? Comment vous sentiez-vous durant vos rencontres avec votre coach ?
2. "Potential value" Connaissance Savoir-être/faire Documents Contacts Ressources	Avez-vous reçu des idées ou des suggestions concrètes durant vos séances de coaching ? Si oui étaient-ils applicables à votre pratique ? Avez-vous acquis des nouvelles ressources et/ou habilités à la suite des séances de coaching ?
3. "Applied value" Actions Comportements Plan	Qu'est-ce que vous avez fait de différent ou changé dans votre pratique, soit des solutions, des comportements ou des actions ? Est-ce que le coaching a eu un impact sur vos relations interpersonnelles ?
4. "Realised value" Gains Bénéfices Statistiques	Avez-vous noté des changements dans votre performance au travail, positif ou négatif, suite au coaching ? Est-ce que le coaching a eu un impact positif ou négatif sur vos patients ? Si oui comment ? Est-ce que le coaching a eu un impact sur votre vie professionnelle ?
5. "Strategic value" Progression carrière Crédibilité	Est-ce qu'un coach sans formation en médecine peut contribuer à votre avancement de carrière? Est-ce que le coaching a changé vos aspirations de carrière ou la direction de votre développement professionnel ?
6. "Enabling value" Soutien au projet	Est-ce qu'il y a des facteurs au sein de votre organisation qui ont eu un impact sur la qualité de vos apprentissages avec votre coach ? À qui revient le fardeau d'offrir l'accessibilité à un coach ? (le participant lui-même, l'hôpital, l'ordre professionnel ?)
7. "Orienting value" Direction du parcours Orientation du PD	Est-ce que le coaching de ces derniers mois à changer votre perception de comment vous apprenez dans différents contextes ? Est-ce que le coaching de ces derniers mois a changé les priorités que vous cibliez dans votre apprentissage et dans votre développement professionnel ?
8. "Transformative value" Changement de pensée Changement de croyance	Est-ce que le coaching a transformé comment vous enseignez ou apprenez dans votre pratique ? Est-ce que le coaching a stimulé des débats internes profonds ou a changé votre façon de voir les choses ?

Partie III : sujets spécifiques

Cycle de valeur	Questions
1. “Immediate value” Expérience Émotions Perceptions	Qu’avez-vous discuté ou fait avec votre coach à ce sujet ? Comment vous sentiez-vous à ces moments-là ? (écouté/mal compris, motivé/submergé, en confiance, etc.)
2. “Potential value” Connaissance Savoir-être/faire Documents Contacts Ressources	Qu’avez-vous acquis concrètement à ce sujet de par le coaching ? (nouvelles connaissances, habilités, références documentaires, etc.) Comment le coaching a influencé votre perception de soi sur ce sujet ? (Inspiré, remis en question, amène une nouvelle perspective, etc.)
3. “Applied value” Actions Comportements Plan	Avez-vous amené des changements concrets à votre pratique à ce sujet en lien avec vos séances de coaching ? (Nouvelle approche, nouvelle solution à un problème, etc.) Avez-vous noté des changements au niveau de vos interactions professionnelles ou personnelles suite au coaching à ce sujet ?
4. “Realised value” Gains Bénéfices Statistiques	Avez-vous vécu du succès/satisfaction personnelle en lien avec ce sujet dans votre pratique ? Quel à été l’impact du coaching à ce sujet sur vos patients ? Votre organisation ? Et la société ?

Partie IV : Conclusion

- Comment est-ce que l’accompagnement par un coaching pourrait fait différent afin de mieux servir les professionnels médicales ?
- Est-ce qu’il y a des points que nous n’avons pas couverts que vous aimeriez discuter ?

Post-entrevue

- Remerciements
- Si nous avons des questions qui surviennent au courant de l’analyse, accepteriez-vous qu’on vous contacte afin d’obtenir des précisions ?

Suite à l’analyse, accepteriez-vous qu’on vous contacte avec nos résultats avant la publication afin de s’assurer que notre analyse représente bien votre expérience ? (validation écologique)