



Guide d'apprentissage entre pairs de la CAR

Résumé

L'apprentissage par les pairs est une initiative de qualité qui permet d'identifier les points à améliorer dans les pratiques, que ce soit à l'échelle du patient ou à l'échelle du système. Il peut prendre la forme d'un examen de clichés antérieurs, d'une évaluation de cas issus de conférences de cas multidisciplinaires ou d'une étude des cas d'appel de stagiaires en radiologie. L'apprentissage par les pairs n'est pas punitif et s'attache à promouvoir un apprentissage continu. Il vise à identifier et à diffuser les occasions d'apprentissage et les améliorations à apporter au système par rapport à l'évaluation traditionnelle par les pairs. Les occasions d'apprentissage découlent de l'apprentissage par les pairs à la fois au travers de la communication individuelle des cas examinés dans le cadre des activités courantes et au travers de la présentation anonyme de cas regroupés dans un format éducatif. Utilisée en parallèle d'autres outils, tels que l'analyse des causes profondes, l'apprentissage par les pairs peut contribuer à faire émerger les futures opportunités d'amélioration des pratiques. Ce guide offre des définitions terminologiques et un examen synthétique des arguments concernant l'évaluation par les pairs et l'apprentissage par les pairs, ainsi que des considérations médico-légales et juridictionnelles. Ce guide donne également les clés d'un programme d'apprentissage par les pairs efficace et présente les meilleures pratiques pour la mise en œuvre d'un tel programme. Ce guide revêt un caractère évolutif. À ce titre, il sera régulièrement mis à jour, au gré de l'apparition de nouvelles données et de l'évolution de l'apprentissage par les pairs au sein des pratiques de radiologie.

Introduction

Le groupe de travail sur l'apprentissage entre pairs de l'Association canadienne des radiologistes a été mis sur pied afin d'étudier toute la documentation relative à l'évaluation par les pairs et à l'apprentissage entre pairs, en vue de produire un rapport actualisé s'adressant à la communauté de la radiologie. Ce guide offre des définitions terminologiques et un examen synthétique des arguments concernant l'évaluation par les pairs et l'apprentissage entre pairs. Ce guide donne également les clés d'un programme d'apprentissage entre pairs efficace et présente les meilleures pratiques pour la mise en œuvre d'un tel programme. Ce guide revêt un caractère évolutif. À ce titre, il sera régulièrement mis à jour, au gré de l'apparition de nouvelles données et de l'évolution de l'apprentissage entre pairs au sein des pratiques de radiologie.

L'évaluation professionnelle par les pairs consiste à faire évaluer le travail d'un collègue par ses pairs afin de s'assurer qu'il réponde aux normes de soin actuelles¹. Le Guide de la CAR de 2011 sur les systèmes d'évaluation par les pairs² définit ce type d'évaluation comme suit : « terme générique qui désigne un processus d'autoréglementation par une profession ou un processus d'évaluation exigeant la participation de personnes qualifiées dans un domaine donné. Des méthodes d'évaluation par les pairs sont utilisées pour maintenir les normes à jour, améliorer le rendement et assurer la crédibilité ». L'évaluation par les pairs est entrée dans le monde de la radiologie il y a 20 ans. Le modèle dominant utilisé pour l'évaluation par les pairs reposait alors sur un système de notes, tel que le système RADPEER de l'*American College of Radiology*.^{3,4} Toutefois, le modèle traditionnel d'évaluation par les pairs a fait l'objet de diverses critiques, comme cela est expliqué ci-après.

Inconvénients de l'évaluation traditionnelle par les pairs

À la suite du rapport de l'*Institute of Medicine* de 1999 intitulé *To err is human*, l'*American College of Radiology* a mis au point RADPEER, un système d'évaluation fondé sur les notes qui vise à réduire les erreurs de diagnostic. Ce système repose sur une évaluation « juste » du rendement d'un radiologiste par un pair afin d'identifier les possibilités d'amélioration personnelle, de formation complémentaire et de réduction des erreurs.⁵ Toutefois, de nombreuses études ont relevé plusieurs problèmes liés à l'évaluation traditionnelle par les pairs fondée sur les notes. Celle-ci est notamment perçue comme « punitive » et « accusatoire »; elle laisse la place à la subjectivité et au parti pris; elle est ressentie comme une perte de temps; elle a une incidence négative sur la culture organisationnelle; elle n'inspire pas un grand respect parmi les radiologistes; et elle n'est pas suffisamment efficace pour améliorer le rendement des radiologistes.^{3,4,5,7} Ces divers problèmes ont été résumés dans un rapport du Sommet de 2020 sur l'apprentissage entre pairs de l'*American College of Radiology*.⁴

Une étude, fondée sur une enquête, a montré que seulement 246 radiologistes sur les 1240 radiologistes interrogés (soit 19,8 %) avaient le sentiment que l'évaluation par les pairs avait permis de modifier leur mode d'exercice, et seulement 186 radiologistes sur 1405 (13,2 %) avaient réalisé une évaluation par les pairs pour des motifs *autres* que pour répondre à une exigence de l'hôpital ou d'accréditation.⁸ Une enquête menée auprès des radiologistes d'un établissement universitaire a révélé que seulement 30 % d'entre eux estimaient que l'évaluation par les pairs avait amélioré leur rendement ou celui d'autres personnes, 44 % avaient le sentiment que c'était une perte de temps et 58 % trouvaient que cela servait uniquement à répondre aux exigences hospitalières/réglementaires.⁹ Les cas sélectionnés de manière aléatoire sont toujours sujets aux partis pris; effectivement, le taux d'erreur que cela suppose ne permet pas de se rendre compte des différences de prévalence de la maladie, de la complexité des cas et des modalités, des antécédents fournis, des facteurs systématiques et organisationnels, ainsi que de la subjectivité, des biais inhérents et de la variabilité inter-observateurs entre les réviseurs.^{7,10,11} Une étude a montré que les radiologistes étaient plus susceptibles de soumettre un rapport d'évaluation discordant dans les deux mois après en avoir reçu un, ce qui suggère une autre source de partialité.¹²

L'un des principaux inconvénients de l'évaluation par les pairs des cas sélectionnés de façon aléatoire est qu'ils révèlent rarement des divergences cliniquement significatives, et ont donc un faible rendement pour l'apprentissage. Dans une étude, portant sur l'examen de plus de 42 000 rapports en l'espace de 42 mois, le taux de divergence potentiellement significatif était seulement de 0,5 % et l'utilisation du système d'évaluation par les pairs a décliné de 56 % entre le premier et le dernier trimestre de la période considérée pour l'étude.⁴ Dans une autre étude, sur 1690 cas sélectionnés de façon aléatoire, 1646 (97,4 %) ont reçu la note « 1 » (aucune divergence) et les 44 restants (2,6 %) ont reçu la note « 2 » (légère divergence); aucun cas sélectionné de façon aléatoire n'a reçu la note « 3 » (divergence significative) ou la note « 4 » (divergence importante), suggérant un taux d'erreur significatif de 0 %.¹³ En revanche, 190 cas sélectionnés de façon non aléatoire ont reçu des notes allant de 1 à 4, s'étalant respectivement comme suit : 0, 60 (31,6 %), 94 (49,5 %) et 36 (18,9 %). Un certain nombre de points d'enseignement et de mesures d'amélioration de la qualité des pratiques ont été élaborés à partir de l'examen de cas sélectionnés de façon non aléatoire, et les auteurs ont conclu que l'évaluation par les pairs de cas sélectionnés de façon non aléatoire avait un rendement plus élevé en termes d'apprentissage.¹³

Il est important de mettre en contexte les rapports sur les taux de divergence ou les erreurs d'interprétation en radiologie.^{14,15} Cela dépend en premier lieu de la définition de ce qu'est une véritable divergence, car les différences d'interprétation des images médicales n'indiquent pas nécessairement la présence d'une erreur; les normes de référence objectives telles que la corrélation pathologique sont souvent indisponibles dans de nombreux cas.¹⁶ En outre, les erreurs ou les écarts d'interprétation ne sont pas synonymes de négligence, car des erreurs peuvent se produire à divers niveaux : demande d'examen d'imagerie, protocole d'examen et triage, acquisition d'images et interprétation finale.¹⁴

De l'évaluation par les pairs à l'apprentissage entre pairs

Suite à l'introduction du programme RADPEER en 2002, la CAR a apporté plusieurs modifications au programme pour permettre l'introduction d'un modèle laissant place à l'apprentissage collaboratif par les pairs.¹⁷

L'apprentissage entre pairs est une conception plus récente, qui s'attache non pas à l'évaluation des compétences, mais plutôt à l'offre d'une rétroaction par les pairs et d'occasions d'apprentissage permettant des améliorations futures.³ Ce modèle repose sur un rapport de 2015 publié par l'*Institute of Medicine*,¹⁸ qui présente les objectifs spécifiques à atteindre pour l'amélioration des diagnostics et la réduction des erreurs de diagnostic, ainsi que les valeurs culturelles à respecter pour permettre un apprentissage continu au sein des systèmes de santé. L'objectif principal de l'apprentissage entre pairs est d'apporter des améliorations; ce qui est valable non seulement pour les médecins d'un point de vue individuel, mais aussi pour les groupes de médecins, les systèmes et les processus.³ Dans le cadre de l'apprentissage entre pairs, il n'est plus recommandé de noter les cas sélectionnés.³ Le processus d'apprentissage entre pairs a également été baptisé *peer collaborative improvement* (PCI) par Donnelly et coll.¹⁹ Les études qui ont évalué l'effet du passage de l'évaluation traditionnelle par les pairs à l'apprentissage entre pairs ont fait ressortir des résultats positifs, notamment une meilleure implication de la part des radiologistes, davantage d'occasions d'apprentissage et une rétroaction positive.^{19,20,21}

L'apprentissage collaboratif est une expression employée dans le domaine de l'apprentissage entre pairs. Il s'agit d'un terme général employé pour décrire les approches pédagogiques impliquant des efforts conjoints de groupes constitués d'au moins deux personnes. Des études quantitatives dans le domaine de la formation ont montré que ce type d'apprentissage permettait de meilleurs résultats chez les élèves de manière individuelle, des relations interpersonnelles plus positives et une amélioration du bien-être général.²² L'encadrement par les pairs (*peer coaching*) est un terme plus récent, inventé par Parker et coll.²³ Ce processus suit une logique de croissance réciproque et de développement mutuel, sans qu'intervienne aucune notion de pouvoir.

En fin de compte, l'objectif de tout programme d'apprentissage entre pairs est d'améliorer les soins et les résultats pour les patients, ainsi que d'atténuer les erreurs et les divergences futures. Au fil du temps, les efforts déployés en faveur de l'apprentissage entre pairs sont susceptibles de provoquer un changement de pratique durable avec des répercussions positives pour les radiologistes, les services d'imagerie et les soins prodigués aux patients.

La recette pour un programme d'apprentissage entre pairs réussi

A. LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX :

1. FAVORISER L'INSTAURATION D'UNE CULTURE JUSTE

L'un des éléments essentiels de l'apprentissage entre pairs est une culture juste. Cette approche philosophique encadre la recherche de solutions en soins de santé. Par « culture juste », on entend une culture qui est centrée sur l'apprentissage, qui favorise les améliorations constantes et qui prône la sécurité du patient, tout comme la sécurité psychologique du personnel.²⁴ Une culture juste est une culture dans laquelle chacun est conscient de ses responsabilités quant au respect des normes organisationnelles, mais dans laquelle il est également admis que même le personnel le plus aguerri peut commettre des erreurs et que des systèmes organisationnels imparfaits créent les conditions propices aux erreurs.²⁵ Une culture juste nécessite la compréhension et le soutien des dirigeants institutionnels, dans la mesure où les objectifs et politiques institutionnels sont en phase avec cette culture de l'amélioration. Une application cohérente de cette culture juste aux processus d'amélioration de la qualité nécessite un leadership permanent et un engagement de la communauté.

L'apprentissage entre pairs cherche à éviter les effets délétères et accusatoires de l'évaluation traditionnelle par les pairs sur la culture organisationnelle en supprimant les aspects punitifs de l'évaluation par les pairs et en se concentrant exclusivement sur l'identification des erreurs et les enseignements tirés de celles-ci.²⁶ L'apprentissage entre pairs intègre la culture juste en reconnaissant le côté faillible de la nature humaine, tout en cherchant à l'atténuer au maximum en misant sur la formation, l'amélioration des systèmes et l'engagement envers un apprentissage collectif. Un bon programme d'apprentissage est un programme qui s'écarte de la notion érigée du « moi » pour adopter un « nous » collaboratif. Cela se traduit par une satisfaction accrue à l'égard des objectifs du programme et de sa valeur formative pour les radiologistes participants.²¹

Les éléments clés comprennent l'identification des composantes comportementales de la défaillance, qui incluent l'erreur humaine, le comportement à risque ou l'imprudence et les éléments « systémiques » plus courants de la défaillance. Bien que l'accent soit mis sur la réduction des risques et l'apprentissage, le contrôle des décisions est assuré par l'évaluation des décisions sur le plan de la cohérence et de la conformité avec la sécurité du patient et les valeurs organisationnelles.

2. IDENTIFIER LES OCCASIONS D'APPRENTISSAGE CONTINU

Pour garantir la durabilité du programme d'apprentissage entre pairs, il est nécessaire de s'appuyer sur les efforts initialement déployés pour l'adhésion des parties prenantes et de rechercher constamment les occasions d'apprentissage. Les conférences de cas multidisciplinaires sont l'occasion parfaite pour les radiologistes de retenir ce qui est important aux yeux des autres professionnels de la santé lorsqu'ils demandent des examens d'imagerie et de démontrer les forces et les faiblesses des différentes modalités d'imagerie pour répondre à la question clinique posée, créant ainsi des occasions d'apprentissage pour les médecins à l'origine de ces demandes. Ces conférences de cas ont montré que les taux de divergence étaient de l'ordre d'un tiers des cas.²⁷ On estime que cela est dû à la complexité des problèmes des patients, ainsi qu'à la contribution directe des cliniciens, chirurgiens et pathologistes sur des détails importants de l'état clinique et de la prise en charge du patient. Les radiologistes qui participent à une conférence de cas multidisciplinaire doivent être encouragés à fournir une rétroaction directe aux radiologistes réviseurs dans le système d'apprentissage entre pairs et à documenter les cas pour l'apprentissage en groupe également. L'avantage d'inclure ces cas dans l'apprentissage

entre pairs est qu'il s'agit bien souvent d'examen d'imagerie contemporains, ce qui facilite la communication en circuit fermé axée sur les résultats et l'amélioration des patients.

L'apprentissage entre pairs peut également avoir recours aux cas « sur demande » des résidents ou des fellows, dans la mesure où l'apprentissage peut se faire en temps quasi réel pour les stagiaires fournissant le rapport préliminaire ainsi que pour un public plus large (de manière anonyme). Cela peut également être réalisé de manière à créer un autre système de circuit fermé permettant la communication avec l'apprentissage du radiologiste ainsi que la communication des résultats importants et des divergences potentielles avec les médecins demandeurs.

L'évaluation des examens d'imagerie antérieurs utilisés à des fins de comparaison est une occasion d'apprentissage facilement accessible. Bien que la capacité à modifier les soins aux patients de façon contemporaine soit réduite par l'intervalle de temps entre les études et qu'il existe un risque de préjugé rétrospectif dans le cas d'une évaluation rétrospective,²⁸ de nombreuses études ont montré que les examens de cas sélectionnés de façon non aléatoire étaient bien plus instructifs que les examens de cas sélectionnés de façon aléatoire. Ce type d'apprentissage entre pairs peut être mis en œuvre dans tous les contextes et peut également favoriser la mise en place d'un système grâce auquel les radiologistes qui posent un diagnostic de manière rétrospective ont la possibilité de recevoir un suivi des cas dans lesquels une intervention chirurgicale ou une endoscopie est probable. Un système similaire peut être mis en place pour les technologues avec une rétroaction des radiologistes, ainsi que pour d'autres technologues réalisant des examens d'imagerie de suivi.

Parmi les autres occasions d'apprentissage entre pairs, on peut citer : la rétroaction directe sur les rapports de cliniciens et de chirurgiens, la rétroaction directe des patients (notamment par le biais d'un service des relations patients ou d'autres mécanismes de rétroaction organisationnels), ainsi qu'un examen régulier des rapports sur les écarts entre les constatations d'ordre pathologique et chirurgical.

3. PROMOUVOIR L'APPRENTISSAGE ET LA FORMATION EN GROUPE

Le coordonnateur ou l'équipe responsable de l'apprentissage entre pairs doit sélectionner les cas qui sont susceptibles d'avoir le plus fort impact sur l'apprentissage collectif, d'améliorer la pratique et d'améliorer les soins prodigués aux patients. Le format utilisé pour présenter les cas peut varier, mais certains principes généraux s'appliquent. Les cas doivent être anonymes, des informations cliniques adéquates doivent être fournies et des clichés pertinents doivent être inclus. Certains services peuvent présenter des cas dans le cadre de séances d'apprentissage entre pairs de sous-spécialités^{24,29} tandis que d'autres vont présenter des cas sous une forme plus générale^{20,25} que ce soit par nécessité (structure et type de pratique) ou par priorité (examen des points d'enseignement à partir d'une variété de cas de sous-spécialités). Le moment et la fréquence des séances d'apprentissage dépendront des exigences et de la structure cliniques de chaque service, mais elles devront être organisées régulièrement. Ces séances peuvent avoir lieu en journée, après les horaires de travail ou sous un format enregistré (pour des raisons pratiques).

4. CRÉER DES AMÉLIORATIONS DURABLES POUR LES SOINS AUX PATIENTS

Associer l'apprentissage entre pairs aux stratégies d'amélioration de la qualité est nécessaire pour améliorer les soins aux patients sur le long terme. L'analyse des causes profondes des cas spécifiques d'apprentissage entre pairs, ainsi que le regroupement de données concernant les leçons habituelles d'apprentissage entre pairs

peuvent conduire à des changements sur le long terme, à divers niveaux du service d'imagerie. Cela peut comprendre l'optimisation de la programmation et du flux de patients, la mise à jour des protocoles d'imagerie, l'utilisation d'un modèle de rapport standard ou de modèles de rapport synoptique spécifiques (pour une entité pathologique particulière) à l'échelle du service, ainsi que le fait d'encourager l'utilisation d'une terminologie standard entre les radiologistes et d'éviter l'utilisation d'acronymes.

B. LES ÉTAPES CONCRÈTES DE LA CRÉATION D'UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE ENTRE PAIRS :

1. RÉALISER UNE ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE PRÉPARATION

Avant de mettre en œuvre un programme d'apprentissage entre pairs, il est nécessaire que le service réalise une évaluation de l'état de préparation. Il peut s'agir tout simplement de déterminer les grandes lignes de la structure de soumission et de présentation des cas²⁶ ou encore d'évaluer en profondeur le niveau d'adhésion et de préparation du service à un programme d'apprentissage entre pairs. Il peut également être question de savoir si ce programme interviendra en remplacement d'un programme d'évaluation par les pairs, ou si les deux types de programmes coexisteront au sein du service, en plus du soutien administratif et des exigences réglementaires propres à chaque juridiction.²⁴ Un champion de l'apprentissage peut permettre d'aider le service à être prêt en aidant à surmonter les obstacles potentiels.³⁰ Pour faire face à ces défis, il convient de donner au champion du programme les moyens d'effectuer des changements. Pour connaître les questions relatives à l'évaluation de l'état de préparation, destinées aux services d'imagerie ou aux cliniques qui cherchent à mettre en place des programmes d'apprentissage entre pairs, veuillez consulter [l'Annexe A : Évaluation de l'état de préparation et questions de mise en œuvre](#).

2. IDENTIFIER ET PRÉPARER LES LEADERS

Donner les moyens à un champion local de diriger la transition vers un apprentissage entre pairs peut générer des effets extrêmement positifs. Cette personne doit pouvoir compter sur le soutien public de la direction du service, ainsi que sur les ressources administratives et infrastructurelles appropriées pour composer avec l'incertitude et la résistance au changement. Pour limiter l'impact d'un tel changement, les programmes doivent impliquer les radiologistes et les administrateurs de leur service avant la mise en place effective d'un programme d'apprentissage entre pairs. Les priorités doivent être les suivantes : renforcer la valeur de l'apprentissage entre pairs, sensibiliser les radiologistes à la présentation de cas à forte valeur ajoutée, assurer la conformité réglementaire et la protection juridique, et s'efforcer de fournir des crédits de formation médicale continue (FMC) pour la participation aux présentations de cas et aux réunions.^{24,29} La présentation de cas à forte valeur ajoutée peut être obtenue en sensibilisant les radiologistes aux différents types d'erreurs qui, lorsqu'elles sont corrigées, sont les plus susceptibles d'entraîner une amélioration de la qualité au sein du service. Il s'agit notamment de considérations telles que les erreurs de perception, les erreurs d'interprétation, les erreurs de communication, ainsi que les accidents évités de justesse et les bonnes décisions.²⁹ L'utilisation de cas de haute qualité permet de garantir un niveau de satisfaction élevé parmi les radiologistes et, *a fortiori*, une amélioration de la précision du service, tout en renforçant la valeur de ce programme.

3. RÉFLÉCHIR AUX LOGICIELS ET À LA FLUIDITÉ DES TÂCHES QUOTIDIENNES

Parmi les autres éléments essentiels des programmes d'apprentissage entre pairs, il convient d'évoquer la fluidité des activités quotidiennes. La présentation de cas doit être aussi simple que possible. Certains programmes y sont

parvenus en intégrant la présentation de cas au logiciel d'évaluation par les pairs existant.^{6,21} À l'inverse, certains autres programmes ont opté pour un logiciel propriétaire exclusivement destiné aux cas présentés dans le cadre de l'apprentissage entre pairs.²³ Les groupes de taille plus réduite ont laissé la collecte des cas à la discrétion des radiologistes.²⁶ Chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients. Quoi qu'il en soit, le principe sous-jacent est toujours le même : invoquer les principes de l'externalisation ouverte pour encourager la présentation de cas pertinents et favoriser l'adhésion des radiologistes du service. En encourageant les radiologistes à présenter des cas intéressants, le coordonnateur de l'apprentissage entre pairs peut favoriser la participation et améliorer la pertinence du processus d'apprentissage entre pairs par rapport aux conditions de pratique locales. Les logiciels doivent également permettre d'assurer un bon anonymat, d'éviter les écueils de l'évaluation traditionnelle par les pairs,^{1,5,17,19} notamment le sentiment désagréable lié au fait d'être en désaccord avec un collègue, en particulier avec un supérieur hiérarchique ou un radiologiste plus expérimenté. En outre, les solutions fondées sur l'informatique en nuage peuvent permettre aux petits cabinets de radiologie communautaires et aux établissements de santé indépendants disposant d'un nombre limité de radiologistes d'établir un programme d'apprentissage entre pairs et de développer davantage le concept d'encadrement par les pairs.

4. METTRE EN PLACE DES OUTILS D'ÉVALUATION DE PROGRAMMES

La plupart des services qui ont mis en place l'apprentissage entre pairs ont également intégré un mécanisme de rétroaction pour évaluer le niveau de satisfaction des radiologistes vis-à-vis du programme.^{21,24,26,31} Alors que certains participants étaient plutôt sceptiques au départ quant à la pertinence de l'apprentissage entre pairs par rapport à l'évaluation par les pairs, les questionnaires de suivi ont toujours montré que les participants estimaient que ce type d'apprentissage permettait une collaboration positive et une véritable amélioration des pratiques, contrairement à la nature punitive et rétributive de l'évaluation par les pairs. Cela montre bien la valeur de l'apprentissage entre pairs. En outre, une rétroaction continue est nécessaire pour traiter les problèmes et s'assurer que l'expérience de l'apprentissage entre pairs est positive et constructive.

Le processus de mise en place d'un programme d'apprentissage entre pairs est spécifique à chaque service de radiologie. Le fait de s'appuyer sur les principes sous-jacents de l'apprentissage entre pairs, ainsi que sur les principes établis de la gestion des changements et de la culture « juste » permettra d'assurer une transition réussie de l'évaluation par les pairs vers un processus d'assurance qualité et d'amélioration plus collaboratif, formateur et collégial.

Lors de la mise en place d'un programme d'apprentissage entre pairs, l'une des questions fréquentes qui se posent est celle de savoir combien d'occasions d'apprentissage ou de séances d'apprentissage en groupe le service doit organiser au minimum. Bien qu'il n'existe pas de réponse toute faite, le plus important est de débiter le processus d'apprentissage entre pairs. Récemment, l'*American College of Radiology* a fixé des exigences minimums pour l'apprentissage entre pairs, au travers du *Physician Quality Assurance Pathway for Accreditation*,³² préconisant de documenter l'ensemble de la documentation annuelle relative aux accomplissements de l'apprentissage entre pairs.³³ Chaque organisme doit définir ses propres attentes en termes de participation minimale des radiologistes à la présentation de cas pour l'apprentissage entre pairs et aux activités d'apprentissage entre pairs. Par ailleurs, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a amorcé des changements pour rendre son programme de Maintien du certificat plus « orienté vers les améliorations pour

permettre aux médecins d'atteindre des résultats en matière de soins et/ou de poursuivre leur développement personnel et professionnel, ce qui est important pour eux et pour leurs patients ». ³⁴

Astuces pour impliquer les parties prenantes dans l'apprentissage entre pairs

Pour qu'un changement positif et durable soit possible, de nombreux facteurs doivent être pris en compte lors de l'élaboration d'un programme d'apprentissage entre pairs. L'adhésion et l'engagement doivent intervenir à tous les niveaux : de la part des administrateurs, des législateurs (le cas échéant), des radiologistes, des stagiaires en radiologie, des technologues, et idéalement des médecins qui reçoivent les rapports de radiologie, étant donné que des changements futurs dans la structure des rapports et la communication de l'apprentissage peuvent résulter du programme d'apprentissage entre pairs. Le fait d'impliquer les utilisateurs finaux dans les initiatives d'amélioration de la qualité, en les sensibilisant au programme d'apprentissage entre pairs, peut améliorer la valeur de la radiologie. ³⁵

1. **Pour la direction du service et de l'hôpital** : exposer les principes du programme, établir des procédés de communication solides et axer le programme sur les occasions d'apprentissage plutôt que sur les solutions punitives. Engager le dialogue avec la direction de l'hôpital pour vérifier qu'elle prenne toute la mesure de l'environnement unique dans lequel évoluent les radiologistes, la complexité des soins de santé modernes, et la nature intrinsèque de l'erreur lorsqu'on travaille dans des systèmes complexes. Les questions médico-légales doivent être abordées dès le début, en faisant appel aux représentants juridiques locaux concernés.
2. **Pour les leaders de l'apprentissage entre pairs** : désigner un leader de l'apprentissage entre pairs disposant d'un temps dédié aux questions administratives afin de garantir une gestion cohérente du processus de présentation des cas, une rétroaction aux radiologistes, la préparation des conférences d'apprentissage entre pairs et l'amélioration du processus. Le soutien d'un comité d'apprentissage entre pairs peut s'avérer utile selon la taille du service.
3. **Pour les radiologistes/apprenants** : viser la convivialité en créant un système nécessitant le moins de « clics » possible pour saisir ou collecter les informations. Un système idéal est un système qui s'intègre parfaitement aux tâches quotidiennes existantes et qui comprend des formulaires intuitifs et esthétiques.
4. **Pour les radiologistes et les technologues** : offrir la possibilité de crédits de FMC liés à la participation. La demande peut être faite auprès de divers organismes d'accréditation. Cela peut servir à obtenir une première participation, puis être une incitation à une participation continue. L'option consistant à demander aux radiologistes de signaler prospectivement les cas à suivre dans les situations où le radiologiste réviseur n'est pas certain du diagnostic et que le patient est susceptible d'avoir un suivi chirurgical/pathologique serait idéale pour un système d'apprentissage entre pairs.
5. **Pour les administrateurs** : viser la rentabilité et la démonstration de la manière dont les systèmes en circuit fermé peuvent améliorer les résultats pour les patients. À titre d'exemple, les systèmes qui alertent automatiquement le radiologiste-interprète initial d'une occasion d'apprentissage éventuelle sur la base

d'informations cliniques complémentaires, y compris les valeurs de laboratoire ou les rapports de pathologie, telles qu'observées par Trinh et coll. dans leur discussion sur le fait d'intégrer leur outil d'apprentissage entre pairs dans leur système existant de notification des alertes critiques.⁴ Cela a permis une communication bilatérale en circuit fermé entre le radiologiste interprétant l'étude en cours et le radiologiste ayant interprété l'étude précédente, tout en facilitant une communication rapide avec le médecin ayant le plus haut niveau de responsabilité. Il existe d'autres façons de créer des circuits fermés qui peuvent être très utiles dans différents contextes de travail et ceux-ci doivent être adaptés à l'environnement dans lequel l'apprentissage entre pairs est mis en œuvre.

6. **Pour le personnel de soutien informatique** : intégrer le programme dans les flux de travail existants, sans ajout de pages Web, de sessions ou de matériel. Certains établissements ont incrusté un outil d'apprentissage entre pairs dans leur système d'information radiologique pour faciliter l'utilisation et permettre un gain de temps.³⁶ Les solutions intégrées sont nécessaires pour envoyer des rappels automatiques aux radiologistes pour la présentation de cas, pour la capacité d'organiser et de rassembler des données et de créer du matériel de formation anonymisé pour l'apprentissage en groupe et individuel.

Expériences provinciales et juridictionnelles au Canada

L'élaboration, la mise en œuvre et le déploiement des programmes d'apprentissage entre pairs en radiologie peuvent varier de manière considérable. Il y a peu de documentation au sujet de l'existence de programmes d'évaluation et d'apprentissage entre pairs au Canada. Lors de l'élaboration de ce guide, le groupe de travail a réalisé des enquêtes auprès de radiologistes issus de différentes juridictions et environnements de travail au Canada.

La Colombie-Britannique dispose d'un système d'évaluation par les pairs propre à sa province, qui est appliqué par toutes les autorités sanitaires, à l'exception de *Fraser Health* et de *Vancouver Coastal Health*. Dans cette province, de nombreux groupes de radiologie tiennent des séances d'apprentissage entre pairs. En Alberta, le Programme d'assurance qualité en imagerie diagnostique soutient une initiative d'apprentissage entre pairs. En Ontario, l'évaluation par les pairs est mandatée par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour les établissements de santé autonomes. Chaque établissement de santé autonome peut mettre en place son propre programme et doit s'assurer que tous les radiologistes y participent. En pratique, le programme s'apparente davantage à une approche d'apprentissage entre pairs : les résultats du programme ne sont pas communiqués à l'extérieur et l'objectif est d'appliquer des changements positifs par le biais de l'apprentissage. Dans d'autres provinces, l'apprentissage entre pairs dans les services de radiologie et les systèmes hospitaliers a été mis en place différemment ou n'a pas été mis en place du tout. Des séances de formation dans l'esprit de l'apprentissage entre pairs sont tenues par de nombreux groupes de radiologie, même en l'absence de mandats provinciaux ou régionaux.

L'expérience des radiologistes qui tentent d'instaurer des programmes d'évaluation par les pairs ou d'apprentissage entre pairs montre que ces programmes sont plus efficaces et durables lorsque des champions de la radiologie dirigent les efforts et participent à la gouvernance. Les programmes d'apprentissage entre pairs qui fonctionnent bien mettent l'accent sur un apprentissage collaboratif, à l'inverse des programmes basés sur la

vérification qui peuvent être perçus comme punitifs au sein du service ou entre les services. Éviter ce type de comportement permet d'appuyer la crédibilité du programme et la structure de gouvernance. L'apprentissage entre pairs est un processus fluide qui doit susciter le débat à mesure que les connaissances augmentent. Au niveau régional ou local, de solides programmes internes d'apprentissage entre pairs peuvent venir en complément ou en remplacement des initiatives d'assurance qualité.

Il a toujours existé une certaine tension entre les programmes provinciaux d'assurance qualité des soins de santé (qui obtiennent cette assurance par des vérifications de routine) et les efforts des médecins pour mettre en œuvre de véritables initiatives d'apprentissage entre pairs. La question de savoir qui prend en charge le coût de la mise en œuvre et de l'exécution de programmes officiels est commune aux nombreux efforts visant à instaurer l'évaluation ou l'apprentissage entre pairs au sein des groupes de radiologie, des hôpitaux, des autorités sanitaires ou des provinces. Certaines preuves anecdotiques suggèrent qu'un manque d'adhésion et d'implication de la part des radiologistes à l'échelle locale peut être corrigé en invitant dès le début les collègues à participer au processus de développement et de mise en œuvre du programme d'apprentissage entre pairs. Dans les établissements publics, on peut s'attendre à ce que les responsables de la radiologie collaborent avec les autorités locales, régionales et/ou provinciales responsables de l'amélioration de la qualité afin d'instaurer et de rendre opérationnel le programme d'apprentissage entre pairs.

Considérations médico-légales et professionnelles

De nombreuses études américaines concernant les perceptions des radiologistes sur l'évaluation par les pairs ont montré que les radiologistes s'inquiétaient de la perception du manque d'anonymat et de la vulnérabilité aux actions médico-légales. Dans l'une de ces études, la principale inquiétude soulevée par 833 des 1273 personnes interrogées (65,4 %) était celle de la divulgation des données dans le cadre d'une action judiciaire.⁸ Une autre étude montre que 26 radiologistes interrogés sur 36 (72,2 %) ont peur que les données de l'évaluation par les pairs ne soient pas à l'abri des erreurs, et 33 personnes sur 36 ont répondu que l'évaluation par les pairs devait être anonymes.³⁶

Bien que les soins de santé canadiens soient généralement moins litigieux que les soins de santé américains, les radiologistes canadiens ont soulevé des inquiétudes similaires concernant le risque médico-légal. Il est important de souligner que ce document traite de la manière d'établir et d'entretenir un environnement et un programme d'apprentissage entre pairs. Il ne traite en aucun cas de la fixation de normes appropriées en matière de rapports. Afin d'obtenir plus d'informations concernant le risque médico-légal au regard de la nouvelle conception d'apprentissage entre pairs, les membres du groupe de travail ont pris conseil auprès de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM). L'ACPM ne révisé ni n'approuve les directives sociétales et a refusé de commenter spécifiquement cette directive ou de fournir des conseils médico-légaux concernant l'apprentissage entre pairs. L'ACPM a invité les lecteurs intéressés à consulter leur document de 2009 sur l'évaluation par les pairs, disponible en ligne.³⁷ Il est conseillé aux radiologistes canadiens de s'assurer que tout programme d'apprentissage entre pairs respecte bien les exigences administratives et médico-légales régionales.

Travaux futurs

Passer de l'évaluation par les pairs à l'apprentissage entre pairs nous permet de faire évoluer notre secteur et montre que la radiologie est une spécialité qui est prête à accepter les changements et qui cherche à s'améliorer

en permanence.³⁶ Ce rapport vise à accompagner cette transition. En tant que document évolutif, les futures mises à jour intégreront les nouvelles connaissances et contribueront à développer l'apprentissage entre pairs dans la pratique de la radiologie au Canada.

En réponse à ce document, les membres de la CAR se sont interrogés sur la manière d'intégrer l'apprentissage entre pairs dans des centres de petite taille qui ne bénéficient pas forcément des infrastructures et du personnel suffisants pour mettre en œuvre un programme efficace. Pour aider à la fois les petites et les plus grandes structures, il conviendrait par exemple de créer des réseaux entre hôpitaux, voire une plateforme nationale d'encadrement par les pairs en fonction des sous-spécialités. Ce réseau pourrait contribuer à favoriser les liens de collaboration et à établir de solides occasions d'apprentissage entre pairs. Une voie prometteuse pour soutenir un tel réseau serait les groupes de radiologie affiliés la CAR des sous-spécialités (imagerie thoracique, pédiatrique, médecine d'urgence, imagerie abdominale), qui pourraient potentiellement fournir un encadrement par les pairs de sous-spécialités ainsi que le partage de leçons d'apprentissage entre pairs de manière anonyme.

Pour plus d'informations sur les travaux de la CAR au sujet de l'apprentissage entre pairs, veuillez consulter <https://car.ca/fr/formation/lapprentissage-entre-pairs/>.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier tous les membres de la CAR du Canada qui ont fourni leurs retours d'expérience et leur avis sur les systèmes d'apprentissage entre pairs et les programmes d'évaluation par les pairs actuellement mis en œuvre dans leurs juridictions. Le groupe de travail souhaite également remercier le Dr Tino Piscione, ainsi que le groupe d'apprentissage sur les soins médicaux sécuritaires de l'Association canadienne de protection médicale pour leur aimable contribution.

Références

1. Larson DB, Donnelly LF, Podberesky DJ, et al. Peer Feedback, Learning, and Improvement: Answering the Call of the Institute of Medicine Report on Diagnostic Error. *Radiology* 2017; 283: 231–241.
2. Trinh TW, Shinagare AB, Khorasani R. Yield of Learning Opportunities From a Radiology Random Peer Review Program. *Am J Roentgenol* 2018; 211: 630–634.
3. Mahgerefteh S, Kruskal JB, Yam CS, et al. Peer Review in Diagnostic Radiology: Current State and a Vision for the Future. *RadioGraphics* 2009; 29: 1221–1231.
4. Larson DB, Broder JC, Bhargavan-Chatfield M, et al. Transitioning From Peer Review to Peer Learning: Report of the 2020 Peer Learning Summit. *J Am Coll Radiol JACR* 2020; 17: 1499–1508.
5. Borgstede JP, Lewis RS, Bhargavan M, et al. RADPEER quality assurance program: a multifacility study of interpretive disagreement rates. *J Am Coll Radiol JACR* 2004; 1: 59–65.
6. Abujudeh H, Pyatt RS, Bruno MA, et al. RADPEER peer review: relevance, use, concerns, challenges, and direction forward. *J Am Coll Radiol JACR* 2014; 11: 899–904.
7. Eisenberg RL, Cunningham ML, Siewert B, et al. Survey of faculty perceptions regarding a peer review system. *J Am Coll Radiol JACR* 2014; 11: 397–401.
8. Bender LC, Linnau KF, Meier EN, et al. Interrater Agreement in the Evaluation of Discrepant Imaging Findings With the Radpeer System. *Am J Roentgenol* 2012; 199: 1320–1327.
9. Cascade PN, Kazerooni EA, Gross BH, et al. Evaluation of competence in the interpretation of chest radiographs. *Acad Radiol* 2001; 8: 315–321.
10. Charkhchi P, Wang B, Caffo B, et al. Bias in Neuroradiology Peer Review: Impact of a “Ding” on “Dinging” Others. *Am J Neuroradiol* 2019; 40: 19–24.
11. Itri JN, Donithan A, Patel SH. Random Versus Nonrandom Peer Review: A Case for More Meaningful Peer Review. *J Am Coll Radiol* 2018; 15: 1045–1052.
12. Bruno MA, Walker EA, Abujudeh HH. Understanding and Confronting Our Mistakes: The Epidemiology of Error in Radiology and Strategies for Error Reduction. *RadioGraphics* 2015; 35: 1668–1676.
13. Brady AP. Error and discrepancy in radiology: inevitable or avoidable? *Insights Imaging* 2016; 8: 171–182.
14. Goldberg-Stein S, Frigini LA, Long S, et al. ACR RADPEER Committee White Paper with 2016 Updates: Revised Scoring System, New Classifications, Self-Review, and Subspecialized Reports. *J Am Coll Radiol* 2017; 14: 1080–1086.
15. Committee on Diagnostic Error in Health Care, Board on Health Care Services, Institute of Medicine, et al. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington (DC): National Academies Press (US), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338596/> (2015, accessed 12 July 2021).
16. Donnelly LF, Dorfman SR, Jones J, et al. Transition From Peer Review to Peer Learning: Experience in a Radiology Department. *J Am Coll Radiol JACR* 2018; 15: 1143–1149.
17. Sharpe RE, Huffman RI, Congdon RG, et al. Implementation of a Peer Learning Program Replacing Score-Based Peer Review in a Multispecialty Integrated Practice. *AJR Am J Roentgenol* 2018; 211: 949–956.

18. Lee RK, Cohen M, David N, et al. Transitioning to Peer Learning: Lessons Learned. *J Am Coll Radiol JACR*. Epub ahead of print 20 October 2020. DOI: 10.1016/j.jacr.2020.09.058.
19. Johnson DW, Johnson RT, Smith KA. Cooperative Learning: Improving University Instruction by Basing Practice on Validated Theory. *J Excell Coll Teach* 2014; 25: 85–118.
20. Parker P, Wasserman I, Kram KE, et al. A Relational Communication Approach to Peer Coaching. *J Appl Behav Sci* 2015; 51: 231–252.
21. Broder JC, Scheirey CD, Wald C. Step by Step: A Structured Approach for Proposing, Developing and Implementing a Radiology Peer Learning Program. *Curr Probl Diagn Radiol* 2021; 50: 457–460.
22. Broder JC, Cameron SF, Korn WT, et al. Creating a Radiology Quality and Safety Program: Principles and Pitfalls. *RadioGraphics* 2018; 38: 1786–1798.
23. Haas BM, Mogel GT, Attaya HN. Peer learning on a shoe string: success of a distributive model for peer learning in a community radiology practice. *Clin Imaging* 2020; 59: 114–118.
24. Masch WR, Parikh ND, Licari TL, et al. Radiologist Quality Assurance by Nonradiologists at Tumor Board. *J Am Coll Radiol JACR* 2018; 15: 1259–1265.
25. Busby LP, Courtier JL, Glastonbury CM. Bias in Radiology: The How and Why of Misses and Misinterpretations. *RadioGraphics* 2018; 38: 236–247.
26. Moriarity AK, Hawkins CM, Geis JR, et al. Meaningful Peer Review in Radiology: A Review of Current Practices and Potential Future Directions. *J Am Coll Radiol JACR* 2016; 13: 1519–1524.
27. Broder J, Brook OR, Donnelly LF, et al. ACR Peer Learning Webinar (June 16, 2021), <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Peer-Learning-Summit/Implementing-Peer-Learning-Webinar-Presentation.pdf> (accessed 20 August 2021).
28. Chetlen AL, Petscavage-Thomas J, Cherian RA, et al. Collaborative Learning in Radiology: From Peer Review to Peer Learning and Peer Coaching. *Acad Radiol* 2020; 27: 1261–1267.
29. Armstrong V, Tan N, Sekhar A, et al. Peer Learning Through Multi-Institutional Web-based Case Conferences: Perceived Value (and Challenges) From Abdominal, Cardiothoracic, and Musculoskeletal Radiology Case Conference Participants. *Acad Radiol* 2020; 27: 1641–1646.
30. American College of Radiology. ACR’s Minimum Requirements for Peer Learning Physician Quality Assurance Pathway for Accreditation, <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Peer-Learning-Summit/Requirements-for-PL-program-accreditation.pdf> (2021, accessed 13 October 2021).
31. ACR News Release. Bringing Peer Learning to Accreditation, <https://www.acr.org/Practice-Management-Quality-Informatics/ACR-Bulletin/Articles/Sept-2021/Bringing-Peer-Learning-to-Accreditation> (2021, accessed 13 October 2021).
32. Essential Guidance for Quality Improvement : The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, https://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/essential-guidance-for-quality-improvement-e?utm_source=home-page&utm_campaign=acpd (accessed 22 October 2021).
33. Mervak BM, Davenport MS, Flynt KA, et al. What the Patient Wants: An Analysis of Radiology-Related Inquiries From a Web-Based Patient Portal. *J Am Coll Radiol JACR* 2016; 13: 1311–1318.

34. Loreto M, Kahn D, Glanc P. Survey of Radiologist Attitudes and Perceptions Regarding the Incorporation of a Departmental Peer Review System. *J Am Coll Radiol* 2014; 11: 1034–1037.
35. CMPA. Learning from adverse events: Fostering a just culture of safety in Canadian hospitals and healthcare institutions. *CMPA*, <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse-articles/2009/learning-from-adverse-events-fostering-a-just-culture-of-safety-in-canadian-hospitals-and-health-care-institutions> (2009, accessed 13 October 2021).
36. Loreto M, Kahn D, Glanc P. Survey of Radiologist Attitudes and Perceptions Regarding the Incorporation of a Departmental Peer Review System. *J Am Coll Radiol* 2014; 11: 1034–1037.
37. CMPA. Learning from adverse events: Fostering a just culture of safety in Canadian hospitals and healthcare institutions. *CMPA*, <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse-articles/2009/learning-from-adverse-events-fostering-a-justculture-of-safety-in-canadian-hospitals-and-health-care-institutions> (2009, accessed 13 October 2021).

Annexe A : Évaluation de l'état de préparation et questions de mise en œuvre

Pour mettre en place un programme d'apprentissage entre pairs, il convient de vérifier si l'établissement ou le service est prêt à adopter et à mettre en œuvre un tel programme. Il faut également chercher à savoir quels systèmes ou soutiens informatiques vont être utilisés, comment la gestion du changement va être menée à bien, quelles vont être les attentes des participants au programme, comment les rôles administratifs seront distribués et comment les activités quotidiennes devront être modifiées pour permettre l'apprentissage entre pairs et réduire les erreurs futures.

L'établissement d'un programme d'apprentissage entre pairs nécessite une approche organisée et méthodique en matière de gestion du changement. Celle-ci doit tenir compte de la culture locale et des ressources disponibles. Bien que chaque programme soit unique, certaines caractéristiques communes nécessitent une attention particulière lors de la mise en place d'un programme :

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE PRÉPARATION ET CULTURE DU SERVICE

- Votre hôpital/service de radiologie est-il prêt à adhérer aux principes de l'apprentissage entre pairs et à l'apprentissage collaboratif non punitif?
- L'idée de progresser grâce à une « culture juste » bénéficie-t-elle du soutien nécessaire?
- Avez-vous identifié des champions de la radiologie et des questions administratives qui sont enthousiastes et respectés dans leur rôle?
- Disposez-vous des sources de financement et des ressources humaines suffisantes pour garantir un succès continu?
- Quel serait le délai de mise en œuvre?

considérations ADMINISTRATIVES ET MÉDICOLÉGALES

- Quel rôle les autorités sanitaires ou les organismes locaux d'accréditation jouent-ils dans la participation des radiologistes?
- De quelles protections juridiques peuvent disposer les médecins participants? Les données seront-elles purgées de manière régulière?
- Les participants ont-ils des craintes liées à la confidentialité? L'action médico-légale et punitive figure en tête des préoccupations des radiologistes. Il est important d'impliquer les utilisateurs finaux avant la mise en œuvre afin d'identifier les principaux sujets de préoccupation et les obstacles potentiels à la mise en œuvre qui peuvent être traités à l'avance.

DÉCISIONS RELATIVES AUX FLUX DE TRAVAIL ET AUX PLATEFORMES

- La plateforme d'apprentissage entre pairs sera-t-elle intégrée au logiciel PACS/EMR existant ou sera-t-elle à part? Le logiciel d'apprentissage entre pairs sera-t-il une solution clé en main ou sur mesure?
- Quelle sera l'étendue du travail pour l'apprentissage entre pairs (toutes les modalités/quelques modalités, prospective/rétrospective, générale/sous-spécialité, mono/multi-hôpitaux)?
- La participation sera-t-elle obligatoire? Existe-t-il des indicateurs ou des attentes en ce qui concerne la participation des radiologistes ou les contributions aux cas?
- Quel est le flux de travail pour l'examen des cas/la présentation des cas?

- Comment les résultats de nature urgente ou critique seront-ils communiqués de manière efficace? Qui est responsable de la communication en circuit fermé pour les problèmes portant sur les soins aux patients?

PARTICIPATION DES RADIOLOGISTES

- De quelle manière les radiologistes recevront-ils une formation sur la culture juste, sur les concepts d'amélioration de la qualité et sur le fonctionnement de la plateforme logicielle d'apprentissage entre pairs?
- Quelle formation les radiologistes recevront-ils sur l'identification des cas, la catégorisation des cas et la fourniture d'une rétroaction constructive?
- Il y aura forcément certaines difficultés au départ. Comment les préoccupations des radiologistes seront-elles traitées?

PROCESSUS D'APPRENTISSAGE ENTRE PAIRS

- Quelles catégories seront utilisées pour trier les présentations? Citons par exemple l'organisation et/ou le type de divergence (satisfaction de la recherche/faux positifs/communication, etc.) et/ou le niveau de divergence tel qu'utilisé dans l'évaluation par les pairs?
- Qui assignera ces classifications? Comment les divergences d'opinions sur les classifications seront-elles traitées? Existe-t-il un processus d'arbitrage pour les cas difficiles ou peu clairs?
- Comment la rétroaction sera-t-elle transmise aux radiologistes-interprètes? L'identité du radiologiste qui a présenté le cas sera-t-elle communiquée?

APPRENTISSAGE/FORMATION EN GROUPE

- Comment/quand les séances de formation se tiendront-elles? Quel est le public visé par ces séances?
- Auront-elles lieu pendant les heures de travail ou après? Se dérouleront-elles en présentiel ou en distanciel (ou un peu des deux)? En cas de distanciel, la séance aura-t-elle lieu en direct ou y aura-t-il une option permettant une visualisation ultérieure à la convenance du public avec la possibilité d'archiver les informations, les données ou les modules d'apprentissage?
- Qui est responsable des séances et des documents de présence? Quelle sera l'exigence minimale de participation (le cas échéant)? Comment peut-on obtenir des crédits de FMC pour encourager la participation?

AMÉLIORATION DES SYSTÈMES ET RESPONSABILITÉS

- Qui déterminera quels aspects du flux de travail des radiologistes ou de l'évaluation des clichés doivent être modifiés en fonction des enseignements tirés de l'apprentissage entre pairs? Comment cela sera-t-il mis en œuvre (cela variera en fonction des problèmes identifiés)?
- Comment les opportunités d'amélioration des systèmes seront-elles identifiées?
- Qui sera responsable du suivi de ces opportunités?
- Quelles données seront compilées et vérifiées pour rendre compte du succès du programme? Qui recevra ces informations?

Cette liste de questions n'est pas exhaustive, mais sert de base pour éclairer les décisions à prendre dans le processus d'élaboration de tout programme d'apprentissage entre pairs.