

# RÔLE ET RESPONSABILITÉS DE L'APPRENANT ET DU SUPERVISEUR



09/2016  
GUIDE

**Publication du Collège des médecins  
du Québec**

Collège des médecins du Québec  
Bureau 3500  
1250, boulevard René-Lévesque Ouest  
Montréal (Québec) H3B 0G2  
Téléphone : 514 933-4441  
ou 1 888 MÉDECIN  
Télécopieur : 514 933-3112  
Site Web : [www.cmq.org](http://www.cmq.org)  
Courriel : [info@cmq.org](mailto:info@cmq.org)

**Édition**

Service des communications

**Graphisme**

Uniform

**Révision linguistique**

Odette Lord

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

**La reproduction est autorisée à condition  
que la source soit mentionnée.**

Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2016  
Bibliothèque et Archives Canada  
Bibliothèque et Archives nationales  
du Québec  
ISBN 978-2-924674-04-8

© Collège des médecins du Québec,  
septembre 2016

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

## — Historique

L'idée de ce guide a d'abord été proposée par la Dre Anne-Marie MacLellan, directrice des Études médicales du Collège des médecins du Québec (CMQ), qui reconnaissait l'importance de préciser le rôle et les responsabilités de l'apprenant et du superviseur afin de collaborer au maintien de la sécurité des patients. Pour l'élaboration de ce guide, le comité exécutif du CMQ a mandaté un groupe de travail piloté par la Dre Louise Samson, directrice adjointe des Études médicales du CMQ, à laquelle le Dr Yves Gervais, inspecteur à la Direction de l'amélioration de l'exercice du CMQ, s'est adjoint dès le début comme coresponsable. Les membres du groupe de travail ont été sélectionnés selon leur rôle de responsable universitaire, de représentant de superviseurs ou de représentant des apprenants. Les activités du groupe de travail se sont échelonnées sur une période de deux ans. Une consultation élargie auprès de partenaires clés et une revue de la littérature sont venues valider les réflexions du groupe de travail.

# — Table des matières

**05/**

INTRODUCTION

**20/**

CONCLUSION

**08/**

PRINCIPES GÉNÉRAUX

**21/**

GLOSSAIRE

**10/**

PARTIE 1

L'apprenant (étudiant,  
résident, moniteur) :  
rôle et responsabilités  
professionnelles

**27/**

HYPERLIENS

**28/**

RÉFÉRENCES

**16/**

PARTIE 2

Le superviseur  
(médecin, étudiant,  
résident, moniteur) :  
rôle et responsabilités  
professionnelles

**36/**

MEMBRES DU GROUPE  
DE TRAVAIL

**37/**

REMERCIEMENTS

# INTRODUCTION

---

Les programmes de formation médicale doivent sans cesse répondre aux nombreux défis imposés par les développements technologiques, scientifiques et pédagogiques, ainsi que par les changements dans la société. L'apprentissage de la médecine doit refléter cette évolution et doit aussi tenir compte des valeurs et des attentes de la population actuelle quant aux soins à prodiguer.

Ces programmes sont régis par des règles et des processus détaillés, et la formation est donnée dans des environnements variés où interagissent des équipes de soins diversifiées, des patients et leur famille.

Dans le but notamment d'assurer une médecine de qualité auprès de la population, les apprenants en médecine et les superviseurs doivent être au fait de ces règles, de ces environnements, des compétences à développer, de la nature de la relation patient-médecin, des modes d'interaction entre les intervenants, des codes de conduite qui encadrent la profession médicale et des lois qui régissent le système de santé au Québec. L'apprenant et le superviseur doivent tous deux avoir une

compréhension partagée de leur rôle et de leurs responsabilités respectifs.

Plusieurs documents de référence encadrent déjà la formation médicale, tels les cadres de formation basée sur les compétences, les objectifs de formation, le référentiel CanMEDS, le *Code de déontologie des médecins* (ci-après « Code »), le *Code des professions*, ainsi que les règlements des établissements, des facultés de médecine, des universités et du Collège des médecins du Québec (CMQ).

Ce guide, qui s'inscrit en complément de ces documents, vise à encadrer l'organisation et l'évaluation des apprentissages, ainsi que la prestation des soins au patient dans ce contexte. La préoccupation centrale ici est d'assurer la sécurité des soins. Ce guide ne remplace aucunement le *Code de déontologie des médecins* ou les autres codes et référentiels, mais il constitue une aide supplémentaire dans l'application de ceux-ci.

Les différents énoncés formulés dans ce guide visent, dans un seul document, à assurer une standardisation des messages quant au rôle et aux responsabilités de l'apprenant et du

superviseur, et à sensibiliser le superviseur dans l'application notamment des principes déontologiques.

Sous l'angle de la mission du CMQ, il importe que les médecins en exercice au Québec pratiquent selon les normes reconnues afin d'assurer une médecine de qualité pour la santé, le bien-être et la sécurité des patients. Le présent guide s'adresse tant à l'apprenant qu'au superviseur. Lequel superviseur est la plupart du temps un médecin qui doit enseigner et agir selon les mêmes normes et selon les mêmes principes déontologiques que tout médecin en exercice.

Dans ce guide, les énoncés font référence au rôle spécifique du médecin en tant que superviseur et non à tous les autres rôles du médecin en exercice ou du médecin professeur dans ses autres obligations universitaires.

C'est dans cette optique que le CMQ, dans sa fonction de surveillance de la qualité de l'exercice, se préoccupe des encadrements pédagogiques lors de la dispensation des soins aux patients.

Pour l'apprenant d'une part et pour le superviseur d'autre part, cinq domaines d'interaction sont identifiés, selon les responsabilités envers :

- › Le patient, ou son représentant légal, et sa famille;
- › Les milieux de formation : établissements de soins, milieux hors établissement, universités;
- › Les équipes soignantes dans un contexte de soins et dans un contexte pédagogique;
- › Le CMQ, la profession et la discipline médicale;
- › Soi-même.

Le superviseur sera le plus souvent le médecin à qui cette responsabilité est confiée par la Faculté de médecine ou le milieu de formation. Il peut aussi être un résident, un moniteur ou un autre apprenant à qui cette fonction est confiée.

#### AVERTISSEMENT

Les énoncés formulés dans ce guide expriment une transposition pratique des grands principes à respecter et des normes d'exercice attendues par le CMQ de concert avec les universités. Par ailleurs, l'apprenant et le superviseur devront exercer leur jugement dans l'application de ces énoncés selon les différents contextes d'apprentissage.

Dans les énoncés qui suivent :

- › Le signe \* renvoie le lecteur au glossaire.
- › L'appel de note renvoie le lecteur à un hyperlien.
- › Chaque article du *Code de déontologie des médecins* mentionné est accessible par un hyperlien.

## — Principes généraux

Certains rôles et responsabilités s'appliquent tout aussi bien à l'apprenant qu'au superviseur, tant pour les activités d'apprentissage que pour les activités cliniques. Ils sont regroupés dans les énoncés suivants :

1. Considérer le patient au centre de ses préoccupations et faire en sorte que les soins au patient demeurent la priorité à l'intérieur du processus d'apprentissage.
2. Reconnaître le patient comme un partenaire de soins\*.
3. Connaître les règles du consentement libre et éclairé à recevoir des soins, comme stipulé dans le *Code de déontologie des médecins*<sup>1</sup> (art. 28, 29, 30) et dans le *Code civil du Québec*<sup>2</sup> (art. 1 à 21).
4. Assurer en tout temps la sécurité du patient, de l'apprenant et des membres de l'équipe. Se conformer aux normes de sécurité des milieux de formation.
5. Superviser des apprenants et leur confier des activités professionnelles en tenant compte d'abord de la sécurité du patient selon le degré d'autonomie et de compétences de ces apprenants.
6. Assurer une communication efficace entre les membres de l'équipe en vue d'une prestation de soins sécuritaires.
7. Connaître la mission, le rôle et la structure organisationnelle\* des milieux de formation, ainsi que les profils de soins qui y sont dispensés.
8. Se conformer aux politiques, règlements et procédures de l'université, du milieu de formation\* et du CMQ. Se conformer au *Code de déontologie des médecins* ainsi qu'aux exigences des milieux de formation, dont les codes de conduite, les codes vestimentaires et les codes d'éthique.
9. Agir avec professionnalisme, honnêteté, respect et intégrité : être digne de la profession médicale (art. 4, 5 du Code et 59.2 du *Code des professions*). Respecter les principes de civilité et de courtoisie professionnelle.
10. Engager sa responsabilité sociale par l'utilisation judicieuse et respectueuse des ressources humaines, environnementales, techniques, électroniques ou autres.

## — Principes généraux

11. Assumer la responsabilité de ses apprentissages et du maintien de ses compétences\* pour répondre aux besoins du patient et de la population tout en satisfaisant aux exigences de la formation (art. 44 du Code).
12. Favoriser un environnement d'apprentissage sain et équitable; interagir respectueusement avec toutes les personnes (art. 17 du Code).
13. Prévenir, bannir et déclarer toute discrimination, stigmatisation, intimidation, harcèlement, propos diffamatoire, fraude et plagiat<sup>3</sup> (art. 110, 111 du Code).
14. Reconnaître le rôle essentiel de chaque professionnel de la santé et favoriser la pratique collaborative\* dans les soins au patient (art. 112.1 du Code).
15. Reconnaître les situations qui mettent à risque sa santé physique et psychologique; prendre les mesures nécessaires pour y remédier, notamment en recourant aux ressources disponibles.

# Partie 1/ L'apprenant\* (étudiant\*, résident\*, moniteur\*) : rôle et responsabilités professionnelles

## A. ENVERS LE PATIENT, OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL\*, ET SA FAMILLE

1. S'identifier auprès du patient, lui préciser son rôle de soignant et d'apprenant\* et lui expliquer son niveau de formation. Lui donner également le nom de son superviseur\* et l'informer de son rôle.
2. S'exprimer dans un langage clair et accessible dans toute communication avec le patient et valider la compréhension de celui-ci ([art. 29](#) du Code).
3. Obtenir du patient son consentement libre et éclairé<sup>4a</sup> à recevoir des soins par l'apprenant sous supervision. De façon plus spécifique, avant d'entreprendre seul un examen, une investigation, une procédure ou un traitement, l'apprenant doit obtenir le consentement libre et éclairé du patient. Ce dernier doit être informé du nom du superviseur et de son rôle ([art. 28, 29, 30](#) du Code). Reconnaître le droit du patient de refuser d'être soigné par un apprenant.
4. Reconnaître l'autonomie du patient à participer au processus menant à la prise de décision concernant les soins qui lui sont les plus appropriés ainsi que sa capacité à être un partenaire de soins\*.
5. Reconnaître que l'apprenant engage sa responsabilité professionnelle selon son niveau de formation, à prendre soin du patient.
6. Respecter les limites de ses compétences et s'abstenir de procéder à une activité médicale ou chirurgicale qui dépasse ses capacités, et s'en remettre à son superviseur, le cas échéant ([art. 42](#) du Code).

7. Assurer la continuité des soins et voir à ce que tout transfert ou transition de soins soit fait de façon sécuritaire et diligente (art. 32, 33, 35 du Code).
8. Discuter avec son superviseur des incidents\*/accidents\* dont il a eu connaissance ainsi que des principes, des modalités et des étapes reconnus de la divulgation des accidents<sup>5, 6</sup> auprès du patient (art. 56 du Code). Savoir quand et comment documenter et déclarer ces incidents/accidents selon les procédures établies<sup>5, 7</sup>.
9. Être conscient de l'influence qu'entraînent ses valeurs et ses convictions quant aux soins prodigués au patient, et en discuter avec son superviseur, le cas échéant (art. 23, 24 du Code).
10. Préserver le secret professionnel, dans toute forme de communication, dans le respect du *Code de déontologie des médecins* (art. 20 du Code). Reconnaître et valider avec le superviseur les dérogations au secret professionnel<sup>4b</sup> (art. 21 du Code et art. 60.4 du *Code des professions*).
11. Adopter une conduite professionnelle irréprochable envers le patient; assurer une saine distance avec le patient; éviter tout conflit et empêcher tout abus dans cette relation (art. 17, 22, 25 du Code et art. 59.1 du *Code des professions*).
12. Utiliser les réseaux sociaux, les téléphones intelligents, les messages textes et les courriels, ou toute autre technologie de communication, de manière professionnelle et sécuritaire<sup>9b</sup>.

## **B. ENVERS LES MILIEUX DE FORMATION (ÉTABLISSEMENTS DE SOINS, MILIEUX HORS ÉTABLISSEMENT ET UNIVERSITÉS)**

1. Détenir en tout temps, selon son statut d'étudiant, de résident ou de moniteur, une immatriculation\* ou une carte de stages\* valide, délivrée par le CMQ.
2. Prodiguer des soins uniquement aux patients admis ou inscrits dans les milieux de formation agréés ou approuvés par le CMQ et s'abstenir de fournir un diagnostic et/ou une ordonnance à toute personne qui n'est pas considérée comme un patient à l'intérieur du milieu de formation.
3. Se conformer aux normes et au règlement sur la tenue de dossiers\*, et appliquer les recommandations retrouvées dans les guides d'exercice à cet effet<sup>8, 9a, 9b, 10</sup>.

4. Respecter les procédures et les processus établis dans le traitement d'un signalement ou d'une plainte, selon que ces derniers sont traités par l'université, le milieu de formation ou le CMQ<sup>11</sup>.
5. Informer dès que possible les personnes en autorité de toute absence imprévue à ses tâches pédagogiques et cliniques, incluant la garde (art. 37 du Code).
6. Être conscient de l'utilisation des ressources tout au long de sa démarche clinique, de manière à éviter ou à justifier, le cas échéant, les demandes qui paraissent inappropriées dont la duplication de tests ou de consultations (art. 12, 44, 46 du Code).
7. Contribuer de façon constructive à l'amélioration des pratiques et à l'évaluation des programmes de formation, des superviseurs et des milieux de formation.

**C. ENVERS LES ÉQUIPES PROFESSIONNELLES (INCLUANT LES SUPERVISEURS, LES ÉTUDIANTS, LES RÉSIDENTS, LES MONITEURS, LES MÉDECINS TRAITANTS ET CONSULTANTS AINSI QUE L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ), DANS UNE PRATIQUE COLLABORATIVE EN INTER ET EN INTRAPROFESSIONNALISME\***

**I. DANS LE CONTEXTE DE SOINS**

1. Valider avec son superviseur les attentes, les modalités et les objectifs de la supervision.
2. Assurer son entière collaboration au superviseur, incluant celui qui est temporairement assigné pendant la garde.
3. Communiquer au superviseur et/ou à l'équipe soignante, outre les données usuelles recueillies dans l'histoire de cas, dans les notes d'évolution et les investigations concernant un patient, toute information pertinente relative aux situations suivantes :
  - admission/congé/départ/transfert ou décès du patient;
  - urgence ou risque identifié à l'égard du patient;
  - changement significatif de la condition clinique du patient ou de son plan de traitement;
  - toute discussion concernant le niveau d'intervention médicale\* du patient;
  - toute demande pertinente du patient.

4. Demander ou répondre à une consultation selon les règles des milieux de formation et dans le respect des conditions suivantes (art. 112, 112.1, 113 du Code) :
  - › délais adaptés à la situation clinique;
  - › renseignements complets et pertinents;
  - › transmission sécuritaire et vigilante des informations aux professionnels.
5. Favoriser un climat de travail respectueux et propice aux apprentissages ainsi qu'un environnement exempt d'intimidation ou de harcèlement, et signaler toute situation contraire (art. 110, 111 du Code)<sup>3, 11</sup>. Signaler également les situations ou comportements jugés sérieux ou répétitifs qui sont dérogoires au Code.
6. Participer au maintien du bien-être et de la sécurité professionnelle, psychologique et physique\* de tous les individus de son environnement et signaler au superviseur ou à toute autre personne en autorité les situations non sécuritaires.
7. Contribuer de façon juste et équitable au partage des gardes et des tâches cliniques.
8. Prêter assistance à un collègue qui en fait la demande pour toutes situations cliniques urgentes ou non urgentes, pendant ou en dehors de la garde (art. 114 du Code).
9. Accepter, selon les limites de ses capacités et de ses compétences, la prise en charge des patients qui lui sont confiés par le superviseur.
10. Documenter clairement au dossier la démarche clinique et les interventions pour en faciliter la compréhension par les équipes soignantes<sup>8, 9a, 9b, 10</sup>.
11. Reconnaître que son comportement, son attitude et ses réactions émotives peuvent exercer une influence sur la qualité des soins.
12. Faire preuve d'initiative et assumer le rôle de leader<sup>17a</sup> lorsque la situation l'exige.

## II. DANS LE CONTEXTE PÉDAGOGIQUE

1. Respecter le rôle et les responsabilités du superviseur et des autres professionnels de l'équipe.
2. Agir comme modèle de rôle\* (art. 14, 15 du Code).

3. Agir à titre de superviseur pour d'autres apprenants lorsque cette responsabilité a été au préalable confiée par le superviseur ou par d'autres personnes en autorité (art. 14, 15 du Code).
4. Offrir du soutien pédagogique aux autres apprenants et reconnaître que la collaboration favorise l'apprentissage.
5. Reconnaître les répercussions potentielles du curriculum non officiel, communément appelé curriculum caché\*, qui s'exprime par la transmission de normes de pratique, de principes, de valeurs ou de croyances parallèles ou contradictoires au curriculum officiel ou dérogoires au Code, et en tirer des leçons pour son apprentissage.
6. Appliquer les principes de prévention, de gestion et de résolution de conflits interpersonnels<sup>17b</sup>.
7. Respecter les principes éthiques et les obligations déontologiques aussi bien lors d'une participation à une recherche clinique que lors de la prestation des soins (art. 30, 31, 45, 48, 61, 78, 87 du Code).
8. Contribuer au partage équitable des responsabilités pédagogiques.
9. Être proactif et ouvert à rechercher et à recevoir une rétroaction sur ses connaissances, ses compétences et son comportement.

#### D. ENVERS LE CMQ, LA PROFESSION ET LA DISCIPLINE MÉDICALE

1. Respecter, à l'instar des médecins en exercice, le *Code de déontologie des médecins*<sup>1</sup>, le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*<sup>12</sup> ainsi que le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*<sup>8</sup>, notamment.
2. Répondre avec diligence aux demandes formulées par le CMQ (art. 116, 118, 120 du Code) dans les délais requis, incluant les questions de déclaration telles qu'elles figurent sur les formulaires du CMQ. Reconnaître que produire une fausse déclaration est une infraction déontologique.
3. Reconnaître, en prévention, les actes ou comportements susceptibles de mener à une infraction criminelle ou à une décision disciplinaire et pouvant notamment entraîner une révocation de l'immatriculation ou de la carte de stages<sup>14, 15, 16</sup>.

4. Ajuster ses aspirations professionnelles tout au long de sa formation selon ses habiletés, ses intérêts et les besoins populationnels.
5. Maintenir, autant dans les milieux de formation qu'en dehors de ceux-ci, incluant les médias sociaux, un comportement professionnel et personnel digne de la profession (art. 17, 20 du Code).

#### E. ENVERS SOI-MÊME

1. S'abstenir de procéder à une investigation de sa propre condition médicale, de se traiter et d'en faire de même pour les membres de sa famille et les proches (art. 70 du Code).
2. Éviter des comportements pouvant nuire à sa santé physique ou psychologique, à sa crédibilité (abus de substances, comportements déviants, etc.) (art. 43 du Code), à son apprentissage et à l'image de la profession (art. 16 du Code). Reconnaître les circonstances pouvant engendrer un épuisement professionnel. Recourir aux ressources appropriées (universitaires, Programme d'aide aux médecins du Québec [PAMQ], des milieux de formation, Fédération des médecins résidents du Québec [FMRQ], Fédération médicale étudiante du Québec [FMEQ], etc.) pour remédier à ces situations. En prévention, veiller à une saine gestion de sa vie professionnelle et personnelle.
3. Préserver sa sécurité psychologique, physique et professionnelle\*. Aviser les personnes en autorité lorsque sa sécurité est menacée.
4. Prendre en considération les facteurs pouvant entraîner de la fatigue et développer des stratégies pour en minimiser l'effet sur ses capacités<sup>13</sup>.
5. S'assurer de bénéficier en tout temps d'une couverture d'assurance responsabilité professionnelle appropriée.

## Partie 2/ Le superviseur\* (médecin, étudiant\*, résident\*, moniteur\*) : rôle et responsabilités professionnelles

### A. ENVERS LE PATIENT, OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL\*, ET SA FAMILLE

1. S'identifier auprès du patient et lui expliquer que la prestation des soins dans un milieu de formation se fait en étroite collaboration avec une équipe dont l'apprenant\* fait partie. Expliquer au patient le rôle du superviseur\* et celui de l'apprenant.
2. Obtenir du patient son consentement libre et éclairé<sup>4a</sup> à recevoir des soins de l'apprenant sous supervision. S'assurer du consentement du patient lorsque l'apprenant est l'acteur principal d'un examen, d'une investigation, d'une procédure ou d'un traitement. Répondre aux préoccupations du patient quant à la participation de l'apprenant (art. 26, 28, 29, 30 du Code). Reconnaître le droit du patient de refuser d'être soigné par un apprenant (art. 26 du Code).
3. Prendre conscience de sa responsabilité quant à sa décision de confier des activités professionnelles à l'apprenant, selon les capacités, le niveau d'autonomie et les limites de ce dernier (art. 11 du Code).
4. S'assurer, avec la collaboration de l'apprenant, qu'une divulgation appropriée est faite au patient lors d'un accident ou d'une complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique (art. 56 du Code).
5. Préserver le secret professionnel lors d'un échange d'informations avec l'apprenant, quelle que soit la modalité de communication utilisée (art. 20 du Code).

## B. ENVERS L'APPRENANT

1. Demander à l'apprenant de lui indiquer son niveau de formation, son degré d'autonomie, incluant ses limites et ses capacités, quant à la maîtrise des compétences attendues, ainsi que ses besoins personnels et pédagogiques.
2. Connaître les compétences que doit développer l'apprenant; situer ce dernier dans sa trajectoire de compétences et saisir les objectifs du stage.
3. Favoriser chez l'apprenant le développement de son autonomie professionnelle, selon notamment sa trajectoire de compétences et la sécurité des soins.
4. Exprimer clairement ses attentes envers l'apprenant et définir les tâches et les responsabilités de ce dernier.
5. S'assurer d'effectuer régulièrement des rétroactions formatives sur l'ensemble des compétences de l'apprenant, notamment celles qui concernent les problèmes de comportement ou d'apprentissage jugés sérieux ou dangereux. Respecter les principes constructifs d'une rétroaction. Viser à ce que cette rétroaction soit rigoureuse et non complaisante. Éviter les biais et les délais indus.
6. Respecter la confidentialité du dossier universitaire de l'apprenant.
7. Assurer une disponibilité diligente envers l'apprenant dans toutes situations de supervision, incluant la garde. Dans le cas contraire, identifier un remplaçant (art. 37 du Code).
8. Établir avec l'apprenant un processus de communication qui assure la sécurité du patient et de l'équipe.
9. Aider l'apprenant à avoir accès à toute information pertinente concernant le patient.
10. Assurer le maintien de ses compétences médicales et pédagogiques propres à son rôle de superviseur (art. 44 du Code).
11. Expliciter l'utilisation judicieuse des ressources concernant sa démarche clinique et éviter ou justifier notamment les duplications d'investigation ou de consultation, le cas échéant. (art. 12, 44, 46 du Code).

12. Reconnaître son influence comme modèle de rôle\* envers l'apprenant et être conscient des répercussions de ses propres valeurs et de ses convictions personnelles dans son enseignement.
13. Respecter les obligations de l'apprenant concernant les exigences du programme de formation.
14. Diriger l'apprenant vers les ressources appropriées en cas de besoin médical, personnel ou pédagogique (art. 70 du Code).
15. Reconnaître le curriculum non officiel, communément appelé le curriculum caché\*, qui s'exprime par la transmission de normes de pratique, de principes, de valeurs ou de croyances parallèles ou contradictoires au curriculum officiel ou dérogatoires au Code, et en exposer les répercussions sur la formation.
16. Déclarer aux autorités pertinentes tout conflit d'intérêts pouvant interférer avec la supervision et l'évaluation de l'apprenant.
17. Participer au bien-être, à la sécurité professionnelle, personnelle et physique\* de tous les individus de son environnement clinique ou pédagogique et signaler aux autorités pertinentes les situations non sécuritaires.

#### C. ENVERS LES MILIEUX DE FORMATION (ÉTABLISSEMENTS DE SOINS, MILIEUX HORS ÉTABLISSEMENT ET UNIVERSITÉS)

1. Offrir à l'apprenant des occasions d'apprentissage, et adapter les tâches cliniques à la trajectoire\* de compétences établie par le programme de formation.
2. Respecter les délais attendus dans la transmission des évaluations des apprenants.
3. Respecter les procédures et les processus établis dans le traitement d'un signalement ou d'une plainte, selon que ces derniers sont traités par l'université, le milieu de formation ou le CMQ<sup>11</sup> (art. 119 du Code).
4. Informer dès que possible les personnes concernées de toute absence imprévue à ses tâches pédagogiques et cliniques, incluant la garde, et transmettre à l'apprenant le nom du superviseur remplaçant (art. 37 du Code).

5. Signaler tout manquement au professionnalisme jugé sérieux ou répétitif de la part de l'apprenant, selon les mécanismes reconnus (art. 119 du Code)<sup>11</sup>.
6. Prendre les moyens nécessaires (retirer l'apprenant du milieu, le diriger vers un médecin traitant, retirer les patients de sa liste de responsabilités, signaler, etc.), pour assurer la sécurité du patient et de l'équipe en cas de comportement répréhensible ou dangereux de la part de l'apprenant (art. 119 du Code)<sup>11</sup>.
7. Contribuer de façon constructive à l'évaluation des programmes et des milieux de formation ainsi qu'à l'amélioration des pratiques.

#### D. ENVERS LE CMQ, LA PROFESSION ET LA DISCIPLINE MÉDICALE

1. Détenir en tout temps un permis d'exercice du CMQ ou une immatriculation et/ou une carte de stages valide, délivrée par le CMQ.
2. Se conformer au *Code de déontologie des médecins*<sup>1</sup>, en intégrer les principes dans son enseignement, et agir à ce titre comme modèle de rôle\* (art. 2 du Code). Intégrer dans son enseignement les règlements, incluant le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*<sup>12</sup>, le règlement et les guides sur la tenue de dossiers<sup>8, 9a, 9b, 10</sup> et les énoncés de position du CMQ<sup>18</sup>.
3. Se conformer aux normes d'agrément, aux critères de qualité des programmes et des milieux d'enseignement.
4. Connaître le processus de signalement au CMQ, et le situer par rapport aux autres processus de signalement des milieux de formation ou des universités (art. 119 du Code)<sup>11</sup>.

#### E. ENVERS SOI-MÊME

1. Faire preuve d'autocritique dans son rôle de superviseur de manière à toujours assurer la sécurité du patient dans ses interventions pédagogiques.
2. Éviter les comportements susceptibles de nuire à sa crédibilité personnelle et professionnelle concernant son rôle de médecin et de superviseur, et ce, quel que soit le contexte, incluant l'utilisation des médias sociaux (art. 43 du Code).

# CONCLUSION

---

Ce guide se veut un document succinct et facile à consulter dans le but d'offrir des balises claires et concrètes qui définissent le rôle et les responsabilités de l'apprenant et de son superviseur. Les énoncés décrits dans ce guide reflètent la préoccupation centrale d'assurer le respect de la mission du CMQ, qui vise pour l'essentiel la protection du public par une médecine de qualité. Ce guide n'est pas normatif et ne vise pas à élargir la portée du *Code de déontologie des médecins*, mais il sert plutôt à promouvoir les comportements souhaités pour l'apprenant et le superviseur.

Les auteurs souhaitent que son utilisation soit répandue et devienne l'occasion de réflexions et de discussions entre apprenants et superviseurs, basées sur leur pratique respective.

Il s'agit d'une première version de ce guide, qui sera mis à jour selon l'évolution de l'exercice de

la profession médicale au Québec et en fonction des innovations pédagogiques.

En somme, tout apprenant ou tout médecin appelé à agir à titre de superviseur doit se sentir interpellé par l'amélioration de l'exercice de la médecine et par l'assurance d'une médecine de qualité.

## — Glossaire

### APPRENANT

Toute personne engagée dans un processus d'apprentissage dans le cadre d'un programme de formation en médecine ou en médecine spécialisée, le plus souvent basé sur l'apprentissage par compétences. Dans ce guide, l'apprenant est tout autant l'étudiant en médecine, le résident, le moniteur (fellow) ou le médecin en exercice en stage de perfectionnement.

### SUPERVISEUR

Toute personne à qui on confie la responsabilité d'encadrer le travail clinique et l'apprentissage de l'apprenant. Ce superviseur sera le plus souvent le médecin à qui cette responsabilité a été confiée par la Faculté de médecine ou le milieu de formation. Il peut aussi être le résident ou un autre apprenant à qui cette fonction a été confiée.

### ACCIDENT

En droit québécois, un « accident » désigne une « action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers. »

Source : *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

### ALDO-QUÉBEC

Texte relatif aux aspects (A) légaux (L), déontologiques (D) et organisationnels (O) de la pratique médicale au Québec. La participation à l'activité de formation ALDO-Québec est obligatoire et constitue un préalable à la délivrance du permis d'exercice.

### CanMEDS

« Référentiel qui décrit les compétences dont les médecins doivent faire preuve pour répondre de façon efficiente aux besoins du patient. Ce référentiel se fonde sur les sept rôles que tous les médecins doivent assumer : expert médical, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit et professionnel ».

Source : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

### CARTE DE STAGES

Délivrée par le CMQ, elle autorise le résident ou le moniteur à exercer les activités professionnelles correspondant à son niveau de formation dans les milieux agréés ou approuvés par le CMQ.

### CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS

Ensemble de droits et de devoirs qui régissent la profession médicale, la conduite des médecins qui exercent cette profession et les rapports entre ceux-ci et le public. Les étudiants, les résidents et les moniteurs doivent également s'y conformer.

## — Glossaire

### COMPÉTENCE

« Savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (Tardif, 2006). Ensemble de savoirs (être, faire et agir) qui demandent à être répétés et intégrés dans différentes tâches de complexité croissante. Acquérir une compétence nécessite donc un investissement cognitif, une exposition constante au domaine d'expertise, une réflexion sur ses apprentissages et un engagement de sa personne par l'expérience. La compétence nécessite temps, répétition, intégration et durabilité.

### CURRICULUM CACHÉ

Curriculum non officiel qui s'exprime par la transmission de normes de pratique, de principes, de valeurs ou de croyances parallèles ou contradictoires au curriculum officiel ou dérogoires au Code.

### DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

« Action de porter à la connaissance de l'organisation [l'établissement ou le milieu de soins] au moyen du formulaire [AH-223](#) et selon la procédure établie par l'établissement, tout accident ou incident constaté par un employé, un professionnel qui exerce sa profession dans l'établissement, un stagiaire ou toute personne qui, en vertu d'un contrat, offre des services aux usagers de cet établissement. »

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

### DIVULGATION D'ACCIDENT

« Action de porter à la connaissance de l'usager ou de ses proches toute l'information nécessaire relative à un accident subi par cet usager et à l'origine de conséquences pour lui. On doit également divulguer les mesures prises pour en contrer les conséquences et éviter la récurrence d'un tel accident. Cette divulgation doit être faite à l'usager, le plus tôt possible ou dès que son état le permet, ou au représentant d'un usager majeur inapte, ou, en cas de décès de l'usager, aux personnes prévues par la loi. On doit également, si la situation le requiert, proposer à l'usager ou à ses proches des mesures de soutien, incluant les soins appropriés. »

Cette définition s'applique autant aux divulgations en intra-établissement qu'en extra-établissement.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

### ÉQUIPE DE SOINS

Membres du personnel et professionnels appelés à intervenir de près ou de loin auprès du patient. Dans un contexte pédagogique, cette équipe comprend également l'ensemble des apprenants qui collaborent aux soins et qui relèvent d'un ou des superviseurs.

## — Glossaire

### ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Structure administrative définie par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), l'établissement de santé regroupe différentes installations afin d'offrir des soins à une population d'un territoire. Ces installations sont regroupées en centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou en centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Cette réorganisation du réseau, avec l'abolition des agences de la santé et des services sociaux, est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015 à la suite de l'adoption du projet de loi n° 10, dont la définition fait désormais partie de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2. Les soins en établissement comprennent non seulement les soins intrahospitaliers, mais aussi extrahospitaliers, incluant certains soins spécialisés ainsi que des soins de première ligne dont les soins à domicile.

### ÉTUDIANT EN MÉDECINE

Personne inscrite dans un programme d'études conduisant à l'obtention d'un diplôme en médecine, ainsi que toute personne inscrite dans un tel programme d'études, mais dans le cadre d'un programme d'accueil ou d'échange approuvé par la Faculté de médecine ou les autorités gouvernementales. L'étudiant doit détenir une immatriculation du Collège des médecins du Québec (CMQ).

### IMMATRICULATION

Délivrée par le CMQ, elle autorise l'apprenant (étudiant, résident ou moniteur) à exercer, sous supervision, les activités professionnelles nécessaires à sa formation.

### INCIDENT

« Action ou situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences ».

Source : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

### MILIEU DE FORMATION

Lieu où sont dispensées les activités cliniques et pédagogiques des apprenants. Un milieu de formation agréé, affilié à l'université ou autorisé par l'université doit être agréé par le CMQ et répondre aux normes établies par les différents organismes d'agrément, soit le CMQ, le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, et le Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada.

### MODÈLE DE RÔLE

Personne qui, par son attitude et son comportement, exerce une influence sur l'apprenant, notamment dans le développement de ses compétences, dans l'expression de son professionnalisme et dans sa manière de concevoir l'exercice de la médecine dans les différentes spécialités au Québec.

## — Glossaire

### MONITEUR (FELLOW)

Personne qui effectue des stages de perfectionnement à l'intérieur d'un programme universitaire dans le cadre d'un programme d'accueil ou d'échange approuvé par une faculté de médecine québécoise ou les autorités gouvernementales. Les moniteurs doivent également détenir une immatriculation et une carte de stages.

### NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (NIM) (NIVEAU DE SOINS)

« Expression des valeurs et volontés du patient sous la forme d'objectifs de soins, qui résulte d'une discussion entre le patient ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins médicalement appropriés et leurs conséquences, afin d'orienter les soins et de guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques. »

Source : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)<sup>19</sup>.

### PARTENAIRE DE SOINS

« Le patient partenaire est une personne progressivement habilitée, au cours de son cheminement clinique, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées par les intervenants de l'équipe clinique. Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de cette équipe pour les soins et services sociaux qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant l'expertise des

membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de son projet de vie et prend part ainsi aux décisions qui le concernent. »

« Dans une approche de partenariat, les soins et services dispensés par l'intervenant et l'équipe clinique s'articulent autour du projet de vie du patient. L'intervenant-partenaire reconnaît les savoirs expérientiels du patient et partage ses propres savoirs pour permettre au patient de développer ses compétences de soins et de s'habiliter progressivement à faire des choix de santé libres et éclairés. L'intervenant-partenaire respecte le patient dans tous les aspects de son humanité et le considère comme membre à part entière de l'équipe, en favorisant sa participation active aux décisions qui le concernent ».

Source : Faculté de médecine, Université de Montréal.

### PRATIQUE COLLABORATIVE

« Processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prise de décisions. C'est une pratique qui interpelle toute l'équipe de professionnels de la santé engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisés, intégrés et continus. »

## — Glossaire

Cette pratique collaborative vise autant l'interprofessionnalisme (entre individus de différentes professions) que l'intraprofessionnalisme (entre individus de la même profession, dans ce cas-ci, les médecins entre eux).

Source : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010.

### REPRÉSENTANT LÉGAL

Personne qui est légalement habilitée à accomplir un acte au nom, à la place et pour le compte d'une autre personne. En ce qui concerne le consentement aux soins, les personnes suivantes peuvent être des représentants, dans la mesure qui est prévue au *Code civil du Québec*<sup>2</sup>.

- › Le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur d'un mineur de moins de 14 ans (le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul, sous réserve de certaines exceptions);
- › Le mandataire, le tuteur ou le curateur d'un majeur inapte;
- › Le conjoint du majeur inapte qui n'est pas autrement représenté, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, un proche parent ou une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

Il est à noter qu'un majeur inapte qui fait l'objet d'un régime de protection (tutelle ou curatelle) n'est pas nécessairement inapte à consentir aux soins.

Source : Collège des médecins du Québec.

### RÉSIDENT

Titulaire d'un diplôme en médecine ou personne à qui le Collège a reconnu une équivalence du diplôme. Inscrit dans un programme universitaire de formation postdoctorale, il effectue des stages de formation dans le cadre de ce programme. Le résident doit détenir une immatriculation et une carte de stages du CMQ.

### SÉCURITÉ PHYSIQUE

Comprend la protection contre les risques biologiques, incluant entre autres l'immunisation, la radioprotection, la protection respiratoire, l'exposition aux liquides biologiques; elle comprend aussi la protection contre les risques liés aux espaces physiques, aux soins donnés lors des visites à domicile, lors des déplacements et lors de rencontres avec des patients violents.

Source : Faculté de médecine, Université de Montréal.

### SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE

Comprend la protection contre les allégations de mauvaise pratique, l'assurance contre les poursuites médicales, l'assistance à la divulgation, la confidentialité du dossier pédagogique et professionnel, ainsi que des processus de signalement dans un contexte de confidentialité et exempts de représailles.

Source : Faculté de médecine, Université de Montréal.

## — Glossaire

### SÉCURITÉ PSYCHOLOGIQUE

Comprend la prévention, la protection et l'accès à des ressources contre les risques de détresse psychologique, de dépendance à l'alcool ou aux drogues, d'intimidation et de harcèlement.

Source : Faculté de médecine, Université de Montréal.

### STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Organigramme hiérarchique définissant les niveaux de responsabilité, les mandats et les tâches nécessaires au fonctionnement d'un établissement de soins. Tous les établissements possèdent une structure organisationnelle semblable, qui comprend notamment : un conseil d'administration, une direction générale, incluant le président-directeur général et la direction des services professionnels, un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un conseil des infirmières et infirmiers, un conseil multidisciplinaire, un comité des usagers et un conseil des sages-femmes, le cas échéant, sans oublier les départements, services et différents sous-comités spécifiques. Chacune de ces instances exerce ses fonctions dans l'ensemble des centres exploités par l'établissement.

Source : ALDO-Québec.

### TENUE DE DOSSIERS

Processus qui vise à rassembler l'ensemble des informations nécessaires au suivi médical d'une personne. Ce processus est encadré par des règlements définis par le CMQ, ainsi que par les règlements des archives d'un établissement ou d'un milieu de

formation. Cette tenue de dossiers comprend notamment le respect de l'organisation du dossier, de son contenu, des éléments pertinents à la démarche clinique du médecin, incluant une bonne lisibilité des informations, tel qu'encadré par le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*<sup>8</sup> et par d'autres normes législatives et réglementaires en établissement ou en milieu de formation. L'apprenant et le superviseur sont invités à consulter trois guides d'exercice rédigés par le Collège des médecins du Québec : *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier*, paru en 2013<sup>10</sup>, *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*<sup>9a</sup>, publié en 2005 et *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication*<sup>9b</sup>, paru en 2015.

### TRAJECTOIRE DE COMPÉTENCE

Progression dans le développement graduel d'une compétence selon le niveau de formation de l'apprenant. Cette trajectoire de compétence est définie par le programme de formation.

### TRANSFERT DE SOINS

« Consiste à transférer de manière temporaire ou permanente la responsabilité de la totalité ou d'une partie des aspects des soins d'un patient ou d'un groupe de patients ».

Source : Association canadienne de protection médicale.

## — Hyperliens

1. *Code de déontologie des médecins*
2. *Code civil du Québec*
3. Énoncé de position sur l'intimidation : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège des médecins du Québec (CMQ)
4. a) ALDO-Québec - Consentement  
b) ALDO-Québec - Secret professionnel
5. L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) : « Divulgarion d'un préjudice résultant de la prestation des soins : Pour une communication ouverte et honnête avec les patients »
6. Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
8. *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin (CMQ)*
9. a) *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CMQ)*  
b) *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication (CMQ)*
10. *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier (CMQ)*
11. *Comment porter plainte contre un médecin (CMQ)*
12. *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (CMQ)*
13. Comité directeur national sur les heures de travail des résidents (CRMCC)
14. *Règlement sur les modalités de contrôle des personnes effectuant un stage de formation professionnelle en médecine (CMQ)*
15. *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec*
16. *Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des personnes autres que des médecins (CMQ)*
17. a) CanMEDS - Leader  
b) CanMEDS - Collaborateur
18. Règlements et énoncés de position du CMQ
19. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), *Les niveaux de soins. Normes et standards de qualité*

## — Références

ARBELAEZ, C. (ÉD.), ET COLLAB. (2011). *The Chief Resident Survival Guide*, 2e éd., Emergency Medicine Residents' Association (EMRA), 96 p.

ASGHARI, F., N. N. FARD ET A. ATABAKI (2011). « Are we proper role models for students? Interns' perception of faculty and residents' professional behaviour », *Postgraduate Medical Journal*, vol. 87, n° 1030, p. 519-523. [Résumé : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21527403>]

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM). *Guide des bonnes pratiques. Des soins sécuritaires – la réduction des risques médico-légaux*. [En ligne : <https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/index/index-f.html>]

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM) (2014). *L'intimidation des médecins : Stratégies d'adaptations efficaces*, mars. [En ligne : [https://www.cmpa-acpm.ca/fr/physician-wellness1/-/asset\\_publisher/la3xaaAQQE06/content/when-physicians-feel-bullied-effective-coping-strategies](https://www.cmpa-acpm.ca/fr/physician-wellness1/-/asset_publisher/la3xaaAQQE06/content/when-physicians-feel-bullied-effective-coping-strategies)]

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM) (2013). *Le médecin dans le rôle d'enseignant – Quelles sont ses responsabilités?*, juin. [En ligne : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/the-physician-as-teacher-what-are-the-responsibilities->]

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM) (2008). *Les questions de délégation et de supervision liées aux étudiants en médecine et aux résidents*, septembre. [En ligne : [https://www.cmpa-acpm.ca/fr/duties-and-responsibilities/-/asset\\_publisher/bFaUiyQGO69N/content/delegation-and-supervision-of-medical-trainees](https://www.cmpa-acpm.ca/fr/duties-and-responsibilities/-/asset_publisher/bFaUiyQGO69N/content/delegation-and-supervision-of-medical-trainees)]

ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA (2012). *L'avenir de l'éducation médicale au Canada : une vision collective pour les études médicales postdoctorales au Canada*, Ottawa, 46 p. [En ligne : [https://www.afmc.ca/pdf/fmec/FMEC\\_PG\\_Final-Report\\_FR.pdf](https://www.afmc.ca/pdf/fmec/FMEC_PG_Final-Report_FR.pdf)]

ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA (2010). *L'avenir de l'éducation médicale au Canada : une vision collective pour les études médicales prédoctorales*, Ottawa, 50 p. [En ligne : [https://www.afmc.ca/pdf/fmec/FMEC\\_PG\\_VisionCollective\\_FR.pdf](https://www.afmc.ca/pdf/fmec/FMEC_PG_VisionCollective_FR.pdf)]

ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES (AAMC) (1998). « *Statement of Professional Responsibilities - The Organization of Resident Representatives (ORR)* », 23 septembre. [En ligne : [https://www.aamc.org/members/orr/84566/orr\\_responsibilities.html](https://www.aamc.org/members/orr/84566/orr_responsibilities.html)]

## — Références

BACK, A. L., ET COLLAB. (2003).

« Teaching Communication Skills to Medical Oncology Fellows », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 21, n° 2, 15 juin, p. 2433-2436. [En ligne : <http://jco.ascopubs.org/content/21/12/2433.full.pdf+html>]

BESTAWROS, A. (2004). « La

responsabilité civile des résidents en médecine et de leurs commettants », *Revue du Barreau*, Tome 64, printemps. [En ligne : <https://www.barreau.qc.ca/pdf/publications/revue/2004-tome-64-1-p64.pdf>]

BHAGIA, J. ET J. A. TINSLEY (2000).

« The Mentoring Partnership », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 75, n° 5, mai, p. 535-537. [En ligne : [http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)64225-0/fulltext#cesec60](http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)64225-0/fulltext#cesec60)]

BREEN, K. J., ET COLLAB. (2010).

« Ethical and legal responsibilities of medical students », *Good Medical Practice: Professionalism, Ethics and Law*, Cambridge University Press, p. 18-32. [Résumé : <https://www.cambridge.org/core/books/good-medical-practice/ethical-and-legal-responsibilities-of-medical-students/1B5E21E06E69CC84258C71D151DC1D15>]

BURNETT, M. (2015). « Resident Roles

and Responsibilities », University of Manitoba, Winnipeg. [En ligne : [http://umanitoba.ca/faculties/health\\_sciences/medicine/units/obstetrics\\_gynecology/resources/pg\\_definitions.html](http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/obstetrics_gynecology/resources/pg_definitions.html)]

BUSARI, J. O., ET COLLAB. (2003).

« The perceptions of attending doctors of the role of residents as teachers of undergraduate clinical students », *Medical Education*, vol. 37, n° 3, mars, p. 241-247. [Résumé : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12603763>]

BYSZEWSKI, A., ET COLLAB.

(2012). « Wanted: role models - medical students' perceptions of professionalism », *BMC Medical Education*, vol. 12, n° 115. [En ligne : <http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-12-115>]

CHAMBERLAND, M. ET R. HIVON

(2005). « Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique », *Pédagogie médicale*, vol. 6, n° 2, mai, p. 98-111. [En ligne : <http://www.parisouest.cnge.fr/doc/Chamberland.pdf>]

CHRISTAKIS, D. A. ET C. FEUDTNER

(1993). « Ethics in a short white coat: the ethical dilemmas that medical students confront », *Academic Medicine*, vol. 68, n° 4, avril, p. 249-254. [En ligne : [http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1993/04000/Ethics\\_in\\_a\\_short\\_white\\_coat\\_the\\_ethical\\_dilemmas.3.aspx](http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1993/04000/Ethics_in_a_short_white_coat_the_ethical_dilemmas.3.aspx)]

## — Références

- COHEN, J. S. ET S. PATTEN (2005). « Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta », *BMC Medical Education*, vol. 5, n° 21, juin. [Résumé : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15972100>]
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2015). « De la page à l'écran », *Le Collège*, vol. 55, n° 2, printemps, 32 p. [En ligne : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-5-2015-04-01-fr-printemps-2015.pdf>]
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2008). *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie*, 43 p. [En ligne : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2008-10-01-fr-pour-des-soins-appropriés-au-début-tout-au-long-et-en-fin-de-vie.pdf>]
- COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO (2007). *The Practice Guide*, septembre. [En ligne : [https://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guides/PracticeGuideExtract\\_08.pdf](https://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guides/PracticeGuideExtract_08.pdf)]
- COTTRELL, E. (2007). « Talking with patients and colleagues », *The Medical Student's Survival Guide 2: Going clinical*, Radcliffe Publishing, Oxford, New York, p. 25-36.
- DAUGHERTY, S. R., ET COLLAB. (1998). « Learning, Satisfaction, and Mistreatment during Medical Internship », *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 279, n° 15, p. 1194-1199. [En ligne : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=187438>]
- DOUGHTY R. A., P. D. WILLIAMS ET C. N. SEASHORE (1991). « Chief resident training. Developing leadership skills for future medical leaders », *American Journal of Diseases of Children*, juin, vol. 145, n° 6, p. 639-642. [Résumé : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2035493>]
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC (FMRQ) (2014). *Code d'éthique des médecins résidents*, juin. [En ligne : <http://www.fmrq.qc.ca/files/documents/7b/31/brochures-et-documents-code-d-ethique-des-medecins-residents.pdf>]
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC (FMRQ) (2013). « Le professionnalisme », *Le Bulletin*, vol. 35, n° 3, printemps. [En ligne : <http://www.fmrq.qc.ca/files/documents/1b/b9/bulletin-fmrq-printemps-2013.pdf>]

## — Références

- FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC (FMRQ) (2009). « La santé des médecins résidents : vos droits et obligations – les ressources et alternatives », *Le Bulletin*, vol. 31, n° 3, mars. [En ligne : [http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com\\_mtree&task=att\\_download&link\\_id=8267&cf\\_id=69&lang=fr](http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=8267&cf_id=69&lang=fr)]
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC (FMRQ) (2008). « Dépannage – Moonlighting », *Le Bulletin*, vol. 30, n° 3, mai-juin. [En ligne : [http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com\\_mtree&task=att\\_download&link\\_id=8276&cf\\_id=68&lang=fr](http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=8276&cf_id=68&lang=fr)]
- GEURTS, S., C. RUTTE ET M. PEETERS (1999). « Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents », *Social Science & Medicine*, vol. 48, n° 9, mai, p. 1135-1148. [Résumé : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698004250>]
- GOOLD, S. D. ET STERN D. T. (2006). « Ethics and professionalism: what does a resident need to learn? », *The American Journal of Bioethics*, vol. 6, n° 4, p. 9-17. [Résumé : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16885093>]
- GOULET, F., ET COLLAB. (2013). « Effects of continuing professional development on clinical performance. Results of a study involving family practitioners in Quebec ». *Canadian Family Physician*, vol. 59, mai, p. 518-525. [En ligne : <http://www.cfp.ca/content/59/5/518.short>]
- HAFFERTY, F. W., ET COLLAB. (2012). ABMS Professionalism Definition, American Board of Medical Specialties, Chicago, Illinois, 18 janvier. [En ligne : <http://www.abms.org/media/84742/abms-definition-of-medical-professionalism.pdf>]
- HENRY, B. W., J. G. HAWORTH ET P. HERING (2006). « Perceptions of medical school graduates and students regarding their academic preparation to teach », *Postgraduate Medical Journal*, vol. 82, n° 971, p. 607-612, septembre. [En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585736/>]
- HUDDLE, T. S. (2013). « The limits of social justice as an aspect of medical professionalism ». *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 38, n° 4, p. 369-387.
- JASWAL, J. (2013). « Mentorship in Canadian Residency Programs », *Conférence Canadienne sur l'éducation médicale*, 22 avril. [En ligne : [http://residentdoctors.ca/wp-content/uploads/2015/09/Mentorship-Presentation\\_final\\_CCME-April-2013.pdf](http://residentdoctors.ca/wp-content/uploads/2015/09/Mentorship-Presentation_final_CCME-April-2013.pdf)]

## — Références

JULIAN, K. A., ET COLLAB. (2007).

« Teaching Residents to Teach: The Impact of a Multi-Disciplinary Longitudinal Curriculum to Improve Teaching Skills », *Medical Education Online*, vol. 12, n° 12. [En ligne : <http://med-ed-online.net/index.php/meo/article/viewFile/4467/4647>]

KIKUKAWA, M. (2013). « The characteristics of a good clinical teacher as perceived by resident physicians in Japan: a qualitative study », *BMC Medical Education*, vol. 13, n° 100. [En ligne : <http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-13-100>]

LANDAU, C., ET COLLAB. (1986).

« Stress in social and family relationships during the medical residency », *Journal of Medical Education*, vol. 61, n° 8, août, p. 654-660. [Résumé : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3735367>]

LAURIN, S., M.-C. AUDÉTAT ET

G. SANCHE (2005). « Comment planifier une intervention correctrice quand un stagiaire manque de professionnalisme? », *Le Médecin du Québec*, 22 octobre. [En ligne : <http://lemedecinduquebec.org/archives/2015/11/comment-planifier-une-intervention-correctrice-quand-un-stagiaire-manque-de-professionnalisme/>]

LINGARD, L., ET COLLAB. (2002).

« Team Communications in the Operating Room: Talk Patterns, Sites of Tension, and Implications for Novices », *Academic Medicine*, vol. 77, n° 3, mars. [En ligne : <http://fhs.mcmaster.ca/surgery/documents/Lingardetal2002.pdf>]

MACDONALD, C. (2000). « Clinical

standards and the structure of professional obligation », *Professional Ethics, A Multidisciplinary Journal*, vol. 8, n° 1, printemps, p. 7-17.

MAYO CLINIC (2015). *Resident*

*Responsibilities*, 31 août. [En ligne : <http://www.mayo.edu/msgme/residencies-fellowships/internal-medicine-and-subspecialties/internal-medicine-residency-minnesota/resident-responsibilities>]

MCALISTER, C. (2015). « Breaking the

Silence of the Switch — Increasing Transparency about Trainee Participation in Surgery », *The New England Journal of Medicine*, vol. 372, p. 2477-2479, juin. [En ligne : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1502901?referer=medstro.com&referrer=medstro.com&source=medstro&&>]

## — Références

MÉNARD, J.-P. (2012). « Droit et pratique : Le statut légal du résident », *L'actualité médicale*, 27 novembre. [En ligne : <http://www.professionsante.ca/medecins/ma-pratique/droit-et-pratique/droit-et-pratique-le-statut-legal-du-resident-22033>]

MORROW, G., ET COLLAB. (2012). « Does specialty training prepare doctors for senior roles? A questionnaire study of new UK consultants », *Postgraduate Medical Journal*, vol. 88, n° 1044, p. 558-565. [En ligne : <http://pmj.bmj.com/content/88/1044/558.long>]

NOLS, J. (2002). « Responsabilité des médecins-patrons, des centres universitaires et des résidents en médecine », *Devoir de sécurité et la responsabilité des établissements de santé* (Colloque), Éditions Yvon Blais, Cowansville, Québec, p. 31-59.

NOVACK, D. H., R. M. EPSTEIN ET R. H. PAULSEN (1999). « Toward creating physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being », *Academic Medicine*, vol. 74, n° 5, mai, p. 516-620. [Résumé : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10353283>]

OGLE, K., W. SULLIVAN ET M. YEO (2012). « L'éthique en médecine familiale : Guide à l'intention du personnel enseignant », *Collège des médecins de famille du Canada*, 154 p. [En ligne : [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource\\_Items/Health\\_Professionals/Faculty%20Handbook\\_2012%20Final\\_FRE.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Faculty%20Handbook_2012%20Final_FRE.pdf)]

OLIVER, D. (2011). « Enseigner aux étudiants en médecine à apprécier les patients "difficiles" », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 57, n° 4, avril, p. 148-150. [En ligne : <http://www.cfp.ca/content/57/4/e148.full.pdf>]

PELLEGRINI JR, V. D. (2012). « Perspective: Ten Thousand Hours to Patient Safety, Sooner or Later ». *Academic Medicine*, vol. 87, n° 2, p. 164-167. [En ligne : [http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2012/02000/Perspective\\_Ten\\_Thousand\\_Hours\\_to\\_Patient.13.aspx](http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2012/02000/Perspective_Ten_Thousand_Hours_to_Patient.13.aspx)]

PETERKIN, A. D. (2008). « Staying Human During Residency Training: How to Survive and Thrive after Medical School », *University of Toronto Press*, 5 juillet.

RICH, P. (2013). « Physician's role in e-health becoming more defined ». *Future Practice*, septembre, p. 5. [En ligne : [https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/about-us/FP\\_Sept2013-e.pdf](https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/about-us/FP_Sept2013-e.pdf)]

## — Références

- ROSSIGNOL, M. ET L. BOOTHROYD (2016). « Les niveaux de soins : normes et standards de qualité », *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*, janvier, Gouvernement du Québec, 47 p. [En ligne : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS\\_Guide\\_NiveaudeSoin.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf)]
- SAMBUNJAK, D., S. E. STRAUS ET A. MARUŠIĆ (2006). « Mentoring in Academic Medicine: A Systematic Review », *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 296, n° 9, p. 1103-1115. [En ligne : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=203257>]
- SIMERJIT, S. ET COLLAB. (2013). « Qualities of an effective teacher: what do medical teachers think? », *BMC Medical Education*, vol. 13, n° 128. [En ligne : <http://bmcmmeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-13-128>]
- STERNUSZUS R., M. E. MACDONALD ET Y. STEINERT (2015). « Resident Role Modeling: "It Just Happens" », *Academic Medicine*, 17 novembre. [Résumé : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26579795>]
- SWICK, H. M., ET COLLAB. (1999). « Teaching Professionalism in Undergraduate Medical Education », *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 282, n° 9, septembre, p. 830-832. [En ligne : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=191397>]
- TARDIF, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*, Chenelière Éducation, Montréal, 363 p.
- UNIVERSITÉ D'OTTAWA (2013). *Règlements et guide de l'étudiant de la Faculté de médecine*, septembre. [En ligne : [http://med.uottawa.ca/undergraduate/sites/med.uottawa.ca.undergraduate/files/faculty\\_of\\_medicine\\_regulations\\_and\\_student\\_guide\\_2013\\_2014\\_fr.pdf](http://med.uottawa.ca/undergraduate/sites/med.uottawa.ca.undergraduate/files/faculty_of_medicine_regulations_and_student_guide_2013_2014_fr.pdf)]
- UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN FRANCISCO (UCSF). *Resident Responsibilities for Teaching Medical Students*. [En ligne : <http://meded.ucsf.edu/gme/resident-responsibilities-teaching-medical-students>]
- VAN DER LEEUW, J., ET COLLAB. (2013). « The Attributes of the Clinical Trainer as a Role Model: A Systematic Review », *Academic Medicine*, vol. 88, n° 1, p. 26-34. [En ligne : [http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2013/01000/The\\_Attributes\\_of\\_the\\_Clinical\\_Trainer\\_as\\_a\\_Role.16.aspx](http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2013/01000/The_Attributes_of_the_Clinical_Trainer_as_a_Role.16.aspx)]

## — Références

VAN ROERMUND, T. CM, ET COLLAB. (2011). « Teachers' ideas versus experts' descriptions of 'the good teacher' in postgraduate medical education: implications for implementation. A qualitative study », *BMC Medical Education*, vol. 11, n° 42. [En ligne : <http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-11-42>]

VEASEY, S., ET COLLAB. (2002). « Sleep Loss and Fatigue in Residency Training: A Reappraisal », *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 288, n° 9, 4 septembre, p. 1116-1124. [En ligne : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195255>]

WAGNER, P., ET COLLAB. (2007). « Defining medical professionalism: a qualitative study », *Medical Education*, vol. 41, n° 3, p. 288-294. [Résumé : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17316214>]

WARD, B., G. MOODY ET J. F. MAYBERRY (1997). « The views of medical students and junior doctors on pre-graduate clinical teaching », *Postgraduate Medical Journal*, vol. 73, p. 723-725. [En ligne: <http://pmj.bmj.com/content/73/865/723.full.pdf+html>]

WEALTHALL, S. ET M. HENNING (2012). « What makes a competent clinical teacher? », *Canadian Medical Education Journal*, vol. 3, n° 2. [En ligne : <http://cmej.ca/cmej/index.php/cmej/article/view/235/110>]

WEST, C.P. ET T. D. SHANAFELT (2007). « The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education », *BMC Medical Education*, vol. 7, n° 29. [En ligne : <http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-7-29>]

WETZEL, M. S. (1996). « Developing the role of the tutor/facilitator », *Postgraduate Medical Journal*, vol. 72, p. 474-477. [Résumé : <http://pmj.bmj.com/content/72/850/474.full.pdf+html>]

WRIGHT, S. M., ET COLLAB. (1998). « Attributes of Excellent Attending-Physician Role Models », *The New England Journal of Medicine*, 31 décembre, vol. 339, n° 27, p. 1986-1993. [En ligne : <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199812313392706>]

## — Membres du groupe de travail

Le groupe de travail qui a rédigé ce guide est constitué de représentants universitaires du secteur prédoctoral et du secteur postdoctoral, de représentants étudiants en médecine, de résidents et de médecins superviseurs.

### JOSÉE DUBOIS, M.D., FRCPC

Vice-doyenne aux études médicales postdoctorales (2011–2015)  
Professeure titulaire, Département de radiologie, radio-oncologie et médecine nucléaire  
Faculté de médecine, Université de Montréal

### ÈVE-REINE GAGNÉ, M.D., FRCPC

Présidente de la Conférence des vice-doyens aux études médicales de premier cycle  
Vice-doyenne aux études médicales prédoctorales  
Professeure agrégée, Département de médecine  
Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

### KENNETH DOYLE, M.D., FRCPC

Professeur adjoint,  
Département de médecine  
Faculté de médecine, Université McGill

### SYLVIE BÉLANGER, M.D., FRCPC

Directrice du programme de résidence en pédiatrie  
Professeure adjointe, Département de pédiatrie  
Faculté de médecine, Université Laval

### FRANÇOIS CARON, M.D., FRCPC

Résident, médecine interne générale (2009–2014), (certifié spécialiste en médecine interne générale depuis 2016)  
Faculté de médecine, Université de Montréal  
Représentant FMRQ

### SERGE KEVERIAN

Résident en médecine familiale  
Étudiant en médecine (2011–2015)  
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke  
Président, FMEQ (2014–2015)

### YVES GERVAIS, M.D.

Inspecteur, Direction de l'amélioration de l'exercice, CMQ  
Professeur associé, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence  
Faculté de médecine, Université de Montréal

**Coresponsable du projet de rédaction du guide**

### LOUISE SAMSON, M.D., FRCPC

Directrice adjointe, Direction des études médicales, CMQ  
**Responsable du projet de rédaction du guide**

## — Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les personnes suivantes du Collège des médecins du Québec pour leur expertise et leurs conseils judicieux : le Dr Mario Deschênes, syndic adjoint et directeur adjoint à la Direction des enquêtes, la Dre Anne-Marie MacLellan, directrice des Études médicales, la Dre Julie Lalancette, directrice adjointe des Études médicales et le Dr Martin Laliberté, membre du Conseil d'administration.