

Guide du directeur de programme

TABLE DES MATIÈRES

1. LA FACULTÉ ET LES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE

- La faculté
- Les programmes de formation médicale postdoctorale
- Rôle de la secrétaire et de la TGDE

2. LE RÈGLEMENT DES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES

- [Règlement officiel](#)
- Guide d'interprétation – À l'usage exclusif des directeurs de programme
- *Règlement disciplinaire concernant les membres du personnel enseignant et les étudiants*

3. NORMES D'AGRÈMENT

- Normes générales applicables à l'université et aux centres affiliés – CRMCC – CMFC – CMQ
- Normes générales applicables à tous les programmes de résidence – CRMCC – CMQ
- Normes générales d'agrément – Les descripteurs – CRMCC – CMFC - CMQ
- Normes «C» des normes générales des programmes de domaine de compétence ciblée (DCC) - CRMCC
- Normes particulières applicables aux programmes de résidence en médecine familiale agréés par le Collège des médecins de famille du Canada - CMFC
- Renseignements généraux concernant l'agrément des programmes de résidence – CRMCC
- Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins
- Le guide des outils d'évaluation CanMEDS
- Exposés de principe du Comité d'agrément

4. ADMISSION

- [Contrat des programmes \(CaRMS\)](#)
- Directives concernant les entrevues (CaRMS)
- Motifs de refus

5. MILIEUX DE STAGES

- Stages optionnels en milieu non agréé – CMQ
- Formulaire de demande de stage en milieu non agréé – CMQ
- [Liste des agréments des milieux par le CMQ, 6 février 2014](#)
- Formulaire – demande d'ajout d'un milieu de formation – CMQ
- Formulaire – demande de modification à l'agrément d'un programme de formation postdoctorale – CMQ

6. ÉVALUATION

- La fiche d'évaluation
 - La fiche d'évaluation électronique – Guide des directeurs de programme
 - Guide utilisateur – directeur de programme
 - Guide d'utilisation – résident
 - Utiliser son adresse de courriel institutionnelle
 - Fiche d'appréciation du stage clinique spécialités
 - Fiche d'appréciation du stage clinique spécialités - anglais
 - Fiche d'appréciation du stage clinique – médecine familiale
- Le comité d'évaluation
 - Critères d'évaluation
 - Critères de validité d'un stage
 - Politique relative à la validité des stages – CMQ
 - Exemple de lettre de convocation – évaluation
 - Exemple de lettre de convocation – exclusion
 - Exemple de lettre de convocation – autres motifs
- L'évaluation annuelle et de fin de formation - CMQ
 - Fiche d'évaluation et fiche d'évaluation terminale
 - Fiche d'évaluation annuelle – spécialités
 - Fiche d'évaluation annuelle – médecine familiale
- Mécanisme d'appel et comité de révision
 - Comité de révision

7. CERTIFICATION

- [*Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du CMQ \(R.Q., c. M-9, r. 7.2\)*](#)
- Nouvelle nomenclature des spécialités du Collège des médecins du Québec
- Échec grave
- Politiques et modalités s'appliquant à l'octroi de certificats et du titre d'associé(e) – CRMCC
- Dispense des exigences de formation associée à une absence autorisée pendant la résidence – CRMCC – CMFC – CMQ
- Politique du vice-décanat aux études médicales postdoctorales de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal sur les dispenses de formation

8. CHANGEMENTS DE PROGRAMME

- Politique du vice-décanat aux études médicales postdoctorales de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal sur les changements de programme
- Énoncé de la politique de la Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales des facultés de médecine québécoises (CVDFM) sur les changements de programme, octobre 2007
- Extrait du Compendium des études médicales postdoctorales, Section 4.1 Changements de programme, CVDFM, août 2013

9. RÉSIDENTS EN DIFFICULTÉ

- Procédure de suspension urgente d'un résident de l'Université de Montréal
- Programme de suivi administratif des étudiants, résidents et moniteurs – CMQ
- Programme de suivi administratif des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale – CMQ
- Engagement – CMQ
- Engagement – PAMQ

10. BUREAU D'AIDE

- [Bureau d'aide aux étudiants et résidents \(BAER\)](#)

11. HARCÈLEMENT

- Guide d'application de la *Politique contre le harcèlement* de l'Université de Montréal applicable aux résidents et professeurs en milieu hospitalier
- [Conseils aux résidents – Intimidation, harcèlement – Quoi faire si vous en êtes victime?](#)
- Lignes directrices pour les visiteurs et les programmes – agrément – prévention – intimidation – CRMCC – CMFC – CMQ

12. PLAINTES DES USAGERS

- Procédure de traitement d'une plainte d'un usager envers un résident de l'Université de Montréal

13. PROBLÈMES DE SANTÉ

- Suivi administratif CMQ
- Le médecin et les infections transmissibles par le sang – CMQ
- Responsabilités des professionnels infectés et de leur médecin traitant – INSPQ
- Formulaire d'engagement de l'étudiant au doctorat en médecine ou au programme d'études médicales postdoctorales porteur d'une infection hématogène

14. GUIDE DU RÉSIDENT

- [Guide pratique du résident – année académique 2013-2014](#)
- Guide pratique du résident – année académique 2014-2015 (projet)

La Faculté

1. Le vice-doyen aux études médicales postdoctorales

Le vice-doyen est responsable de l'ensemble de la conduite et de la supervision de la formation médicale postdoctorale. Il rend compte au doyen. Le vice-doyen :

- Préside le Comité des études médicales postdoctorales;
- Rédige et met en application le Règlement des études médicales postdoctorales, ainsi que les guides, règles et procédures nécessaires à la gestion des programmes d'études médicales postdoctorales;
- Dirige le secrétariat des études médicales postdoctorales, responsable :
 - De l'admission et de l'inscription des candidats;
 - Des dossiers des résidents;
 - Des stages des résidents, incluant les ententes interuniversitaires et les stages en milieu non agréé.
- Est membre :
 - du Comité de direction de la Faculté, du Conseil de la Faculté;
 - du Comité de coordination, réunissant entre autres les directeurs de l'enseignement des principaux milieux de formation;
 - du Comité des sciences cliniques, réunissant les directeurs de départements cliniques;
 - du Comité conseil de l'enseignement qui décide des orientations pédagogiques de la Faculté;
 - du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec, en tant que représentant de la Faculté
 - d'autres comités du Collège dont le Comité des études médicales et de l'agrément et le Comité sur l'évolution des disciplines médicales;
 - de la Conférence des vice-doyens des facultés de médecine du Québec, chargée de l'application des décrets ministériels régissant entre autres les postes de résidence au Québec;
- Assure la liaison avec le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins du Québec et les autres facultés de médecine québécoises et canadiennes;

2. Le directeur de l'enseignement universitaire

Le directeur de l'enseignement planifie et coordonne les activités d'enseignement dans l'établissement auprès des facultés qui utilisent ce dernier comme milieu d'enseignement. Il est le responsable administratif des activités d'enseignement de tous les niveaux et de toutes les disciplines. Il assure, en collaboration avec les divers responsables d'enseignement, que les étudiants, résidents et stagiaires reçoivent un enseignement de qualité.

Le directeur de l'enseignement rend compte de sa gestion à l'établissement et à l'Université. Il relève administrativement du directeur général de l'établissement et répond, en ce qui concerne les programmes d'enseignement, à la personne ou aux personnes auxquelles le recteur confie la responsabilité de l'enseignement de premier cycle et des cycles supérieurs.

Le directeur de l'enseignement est membre du comité consultatif à la direction générale et du comité d'examen des titres de l'établissement. Il est membre invité au comité exécutif du CMDP, du conseil des infirmières et infirmiers et du conseil multidisciplinaire. Il peut participer à tout comité de l'établissement dont le mandat concerne l'enseignement.

Fonctions générales

Le directeur de l'enseignement a pour fonctions générales de :

- contribuer à la définition, l'actualisation et la consolidation de la mission d'enseignement de l'établissement;
- s'assurer que les orientations, les objectifs et les priorités de l'établissement tiennent compte de la mission d'enseignement qui lui est confiée par l'université;
- promouvoir la philosophie de gestion et les valeurs de l'établissement et de l'université;
- assurer la réalisation des objectifs et des priorités de la direction de l'enseignement.

Fonctions particulières

En plus de ses fonctions générales, le directeur de l'enseignement a, entre autres, pour fonctions particulières de:

- présider le comité de l'enseignement;
- promouvoir les activités d'enseignement;
- planifier le développement et gérer les ressources humaines, matérielles, techniques, financières et informationnelles des services de soutien à l'enseignement, dont le budget octroyé par l'université pour fins d'enseignement conformément à l'article 5.2 du contrat d'affiliation;
- obtenir des facultés concernées la programmation de l'enseignement, transmettre cette programmation aux chefs de département et de service concernés et s'assurer de leur réalisation tant dans l'établissement que dans les autres centres hospitaliers, écoles, instituts ou centres de santé et de services sociaux participant à des programmes conjointement avec le centre hospitalier d'enseignement;
- voir, en collaboration avec les chefs de département, à ce que la réalisation des programmes d'enseignement soit conforme aux objectifs de l'université et à ce que les mécanismes d'évaluation des enseignants et de l'enseignement réalisé dans l'établissement soient respectés;
- coordonner l'accueil des stagiaires dans l'établissement et s'assurer de la tenue des dossiers des stagiaires;
- coordonner l'organisation matérielle des stages;
- veiller, en collaboration avec les directions cliniques concernées, au respect par les stagiaires du code d'éthique de l'établissement, des différents codes de déontologie des corporations professionnelles, des lois et des règlements dans les différents secteurs de stage;
- s'assurer auprès des superviseurs que les évaluations des stagiaires des différents programmes soient réalisées selon les modèles exigés par l'université et à l'intérieur des délais requis;

- coordonner et soutenir les activités de développement pédagogiques réalisées dans l'établissement;
- coordonner ou supporter, selon le plan d'organisation de l'établissement, les activités de diffusion de l'expertise réalisées dans l'établissement;
- faire toute recommandation qu'il juge appropriée aux doyens des facultés concernées et au directeur général de l'établissement.

Le directeur de l'enseignement prépare un rapport annuel et le soumet au conseil d'administration de l'établissement de même qu'à la personne ou aux personnes auxquelles le recteur confie la responsabilité de l'enseignement de premier cycle et des cycles supérieurs. Il peut transmettre ce rapport à toute personne intéressée.

Nomination du directeur de l'enseignement

Lorsque le poste de directeur de l'enseignement doit être comblé, un comité de sélection est constitué par le conseil d'administration. Ce comité est composé d'au moins sept personnes dont un président qui est désigné par le recteur parmi les représentants de l'université. Sont membres du comité :

- le doyen de la Faculté de médecine ou son représentant;
- le directeur général de l'établissement;
- le doyen d'une faculté autre que celle de médecine, ou son représentant, nommé par le recteur;
- une personne nommée par le recteur;
- deux personnes nommées par le CMDP parmi ses membres détenteurs d'un statut universitaire ou facultaire; et
- une personne nommée par le conseil d'administration parmi les professionnels de l'établissement qui ne sont pas membres du CMDP, qui sont détenteurs d'un statut universitaire ou facultaire et qui poursuivent des activités d'enseignement.

Le président du comité de sélection convoque les réunions et convient, avec les membres du comité, de la procédure à suivre. Le comité de sélection procède aux consultations des instances, tel que requis par la Loi : le CMDP, le Conseil des infirmières et infirmiers et le Conseil multidisciplinaire, ainsi que toute autre instance qu'il juge nécessaire de consulter.

Après étude des candidatures, le comité soumet une recommandation aux trois conseils et à l'université qui transmettent leur avis au directeur général. Après réception des avis, le directeur général soumet la recommandation de nomination au conseil d'administration qui en dispose.

Si l'avis de l'université n'est pas favorable à la recommandation du comité de sélection, le Conseil d'administration doit alors procéder à la formation d'un comité spécial composé de quatre personnes, dont deux sont nommées par l'université et deux par l'établissement. Le comité, par tout moyen qu'il juge approprié, révisé le dossier constitué par le comité de sélection et analyse toute question incidente. Il doit soumettre un rapport, accompagné d'une recommandation sur la nomination du directeur de l'enseignement, au conseil d'administration dans les soixante jours de sa formation. Le conseil d'administration procède ensuite à la nomination de la personne qui occupera le poste de directeur de l'enseignement.

Le mandat du directeur de l'enseignement est de quatre ans. Le conseil d'administration de l'établissement peut, sur recommandation favorable des trois conseils et de l'université, renouveler une fois le mandat du directeur de l'enseignement. Pour tout autre mandat, la procédure de nomination initiale s'applique.

Les programmes de formation médicale postdoctorale

1. Le directeur de programme

Chaque programme de formation postdoctorale est sous la responsabilité d'un directeur, qui en assure la gestion et la supervision. Le directeur de programme s'assure que les résidents de son programme obtiennent la meilleure formation possible et que les normes des différents organismes d'agrément soient atteintes.

Le directeur de programme est nommé par le Conseil de la Faculté, sur recommandation du directeur de département concerné et du Comité des études médicales postdoctorales.

Il rend compte au vice-doyen et au directeur de département concerné.

Qualifications

- Être membre du corps professoral de la Faculté;
- Avoir une expérience en enseignement et en pédagogie médicale;
- Être reconnu pour ses talents en communication et en relations interpersonnelles;
- Faire preuve de leadership et avoir un esprit d'initiative;
- Être dévoué à l'enseignement
- Détenir un certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou du Collège des médecins de famille du Canada.

Responsabilités envers les résidents et le programme

- Planifier et voir à la bonne marche du programme;
- Définir le contenu pédagogique, les buts et les objectifs du programme, et les réviser annuellement;
- Encourager les résidents à participer à la recherche;
- Faire les grilles de stages, en s'assurant que les résidents ont des responsabilités appropriées à leur niveau de formation;
- Bien connaître et mettre en application le Règlement des études médicales postdoctorales, et les autres règles et procédures;
- Développer et mettre en place les politiques et processus nécessaires au bon fonctionnement de son programme;
- Présider le Comité de programme :
 - Nommer les membres, de concert avec le directeur de département;
 - Convoquer au moins 4 réunions par année;
 - Susciter la participation des membres;
 - Rédiger les procès-verbaux.
- Superviser le fonctionnement du Comité d'admission et du Comité d'évaluation du programme
- Voir à la bonne tenue des dossiers des résidents;
- S'occuper du bien-être des résidents du programme;
- Prendre les mesures appropriées afin de prévenir et de corriger les situations de harcèlement;
- Surveiller le rapport service/éducation;

- S'assurer que les ressources et la supervision sont adéquates;
- Rencontrer les résidents régulièrement et les conseiller quant aux choix de carrière qui s'offrent à eux;
- Communiquer régulièrement avec les responsables de stages dans les établissements;
- S'assurer que les évaluations soient faites correctement et dans les délais acceptables;
- S'assurer que les évaluations des stages et des professeurs par les résidents soient faites, et que les mesures appropriées soient prises en conséquence;
- Faire parvenir au secrétariat des études médicales postdoctorales tout document relatif à l'évaluation et aux mesures de remédiation prises à l'égard des résidents, faisant en sorte que le dossier officiel du résident soit complet;
- Conserver un dossier parallèle, lorsque jugé pertinent, tout en respectant l'énoncé précédent;
- Compléter les fiches d'évaluation de fin de formation;
- Écrire les lettres de recommandation nécessaires pour la formation complémentaire ou l'entrée en pratique;
- Faire la promotion du programme auprès des futurs candidats.

Responsabilités envers la Faculté

- Assister à toutes les réunions des directeurs de programme;
- Mettre en application les décisions du Comité des études médicales (CEMP) postdoctorales, du vice-doyen aux études médicales postdoctorales et de la Faculté;
- Consulter le vice-doyen pour toute décision d'importance concernant notamment:
 - Le contenu pédagogique du programme;
 - L'application du règlement des études médicales postdoctorales;
 - Les suspensions (congés sans solde) et les prolongations de formation;
 - Les nouveaux milieux de stage et les stages en milieu non agréé;
 - Les résidents en difficulté;
 - Les problèmes de harcèlement.
- Participer au processus d'agrément de son programme et des autres programmes :
 - Voir à ce que son programme respecte les normes d'agrément;
 - Compléter les questionnaires préparatoires aux visites d'agrément de son programme;
 - Organiser les visites d'agrément de son programme;
 - Prendre part aux visites internes d'autres programmes.
- Collaborer aux activités de choix de carrière à l'intention des étudiants de médecine du premier cycle;

Responsabilités envers le département

- Représenter son programme auprès du département;
- Informer son directeur de département de l'état et de l'évolution du programme;
- Informer les membres du comité de programme des développements dans son département;

- Jouer un rôle de leader au plan pédagogique;
- Participer à la formation des professeurs du département.

Responsabilités envers les organismes d'agrément

- S'assurer du respect des normes d'agrément et de l'implantation des nouvelles exigences de formation;
- Participer aux réunions des comités nationaux;
- Répondre aux demandes d'information et aux enquêtes des organismes d'agrément.

Procédure de nomination

Le directeur de programme est nommé par le Comité exécutif du Conseil de la Faculté de médecine, selon la procédure suivante :

1. Le directeur du département, après consultation auprès de son comité directeur, forme un comité de nomination.
2. Ce comité est constitué :
 - D'un président, nommé parmi les professeurs du département;
 - De professeurs représentant les principaux milieux de formation du programme;

Trois membres forment le quorum du comité.

3. Le comité de nomination, après avoir entendu les candidats, les membres du département qui le désirent, et au moins un représentant des résidents, fait une recommandation au directeur du département. Le directeur du département transmet sa recommandation au vice-doyen aux études médicales postdoctorales.
4. Le vice-doyen soumet la recommandation au Comité des études médicales postdoctorales pour approbation puis au Comité exécutif du Conseil de la Faculté.
5. Dans le cas de programmes qui ne sont pas rattachés à un département, le vice-doyen, après consultation auprès du Comité des études médicales postdoctorales, forme un comité de nomination selon la composition décrite au point 2. Le vice-doyen transmet la recommandation du comité de nomination au Comité des études médicales postdoctorales pour approbation, puis au Comité exécutif du Conseil de la Faculté.
6. Dans le cas de programmes qui sont rattachés à plus d'un département, le vice-doyen, après consultation auprès des directeurs de département concernés, forme un comité de nomination selon la composition décrite au point 2. Le vice-doyen transmet la recommandation du comité de nomination au Comité des études médicales postdoctorales pour approbation, puis au Comité exécutif du Conseil de la Faculté.
7. Le mandat du directeur de programme est de quatre (4) ans. Il peut être renouvelé suivant la procédure énoncée aux paragraphes précédents.

Dans des circonstances exceptionnelles, et notamment lors la nomination d'un nouveau directeur de département, le mandat du directeur de programme peut être révoqué par le Comité exécutif du Conseil de la Faculté, sur recommandation du directeur de département concerné, ou du vice-doyen dans le cas d'un programme qui n'est pas rattaché à un département, après approbation du Comité des études médicales postdoctorales.

Adopté par le Conseil de la Faculté de Médecine le 5 février 2009

2. Le comité de programme

Chaque programme comporte un comité de programme qui a pour mandat de planifier, d'organiser et de superviser la formation des résidents du programme.

Le comité est constitué :

- du directeur de programme, qui le préside;
- de professeurs représentant chacun des principaux établissements participant au programme, nommés par le directeur de programme;
- d'au moins un résident du programme, élu ou nommé par ses pairs.

3. Le comité d'admission du programme

Chaque programme comprend un comité d'admission qui a pour fonction d'établir les modalités d'admission au programme, d'étudier les demandes d'admission et d'émettre une recommandation quant à l'acceptation ou au refus de chacun des candidats, de planifier les entrevues d'admission, s'il y a lieu, et d'établir un ordre de priorité de recrutement.

Le comité d'admission est constitué :

- de professeurs de la Faculté, nommés par le directeur de programme;
- d'au moins un représentant des résidents, élu ou nommé par ses pairs.

En l'absence d'un comité d'admission du programme, le comité de programme peut agir à sa place.

4. Le comité d'évaluation du programme

Chaque programme comprend un comité d'évaluation qui a pour fonction d'établir les critères et les modalités de l'évaluation et de se prononcer sur l'évaluation de chacun des résidents.

Le comité d'évaluation fait des recommandations au doyen ou à l'autorité compétente concernant la reprise d'un ou plusieurs stages, ou d'une année de formation par un résident, sa promotion ou son exclusion.

Le comité d'évaluation est constitué :

- de professeurs de la Faculté désignés par le directeur de programme;
- d'au moins un représentant des résidents, élu ou désigné par ses pairs.

En l'absence d'un comité d'évaluation du programme, le comité de programme peut agir à sa place.

SECRÉTAIRE

Assiste le directeur de programme dans la gestion quotidienne du programme

- Gestion des appels (professeurs, résidents, candidats, directions de l'enseignement des hôpitaux affiliés à l'Université de Montréal, TGDE de l'Université, directions des programmes des universités Laval, Sherbrooke et McGill).
- Correspondance
 - reçoit, dépouille et trie le courrier concernant le programme, rédige les différentes correspondances du programme et prépare les éléments de réponses pour certains dossiers;
 - Fait la mise à jour des listes d'envoi (courriels, établissements, organismes).
- Réunions

Prépare les réunions organisées par le programme :

- Réunions du comité du programme :
 - Préparation de l'agenda des réunions;
 - Réservation des locaux, requêtes pour café;
 - Production et envoi des avis de convocation des ordres du jour;
 - Rédaction et mise en page du procès-verbal.
- Réunions du comité d'évaluation :
 - Préparation de l'agenda des réunions;
 - Réservation des locaux + requêtes pour café;
 - Production et envoi des avis de convocation et des ordres du jour;
 - Rédaction et mise en page du procès-verbal;
 - Saisie des décisions du comité et des rapports complémentaires; sur les fiches d'évaluation électroniques de l'UdeM;

- Réunion du comité d'admission:
 - Agit en tant qu'administrateur principal du programme de jumelage canadien des résidents (CaRMS), notamment : mise à jour du site du programme, saisie des listes de classement;
 - Réservation des locaux ;
 - Convocation des interviewers;
 - Convocation de tous les des candidats retenus pour l'entrevue d'admission;
 - Mise à jour des dossiers des candidats;

- Réunions scientifiques et académiques :
 - Préparation de l'agenda des réunions;
 - Réservation des locaux et visioconférence;
 - Production et envoi des avis de convocation aux résidents et aux professeurs;
 - Compilation et suivi des présences des résidents.

- Grilles de cours, grilles de stages
 - Cours magistraux :
 - Préparation de la grille des cours;
 - Sollicitation des professeurs pour donner les cours;
 - Réservation des locaux avec visioconférence;
 - Envoi du rappel pour le cours à tous les résidents;
 - Compilation et suivi des présences.

 - Préparation des grilles de stages des résidents :
 - Demande de choix de stages aux résidents;
 - Coordination de la grille dans tous les milieux de stages;
 - Changements de stages pendant l'année à la demande écrite du directeur du programme.

 - Stages en région
 - Organise les stages en région avec les responsables locaux

- T-RES : Fait le suivi dans le programme T-RES des résidents (logiciel utilisé par certains programmes, T-RES permet aux étudiants, résidents et professeurs d'enregistrer et d'évaluer les activités cliniques et universitaires utilisant des dispositifs mobiles ou le Web.)
- Évaluations
 - Rappels aux responsables de stages (fiches non complétées, résidents non rencontrés);
 - Rappels aux résidents (signature, évaluation des stages et des professeurs).
- Examens
 - Préparation des examens oraux et écrits (réservation des locaux, mise en page des questions, supervision de l'examen);
 - Mise à jour de la banque des questions.
- Organisation des journées scientifiques et des cours
 - Production du programme de la journée;
 - Envoi des invitations ;
 - Sollicitation auprès des organismes subventionnaires;
 - Organisation de la journée;
 - Préparation des documents à remettre aux participants;
 - Demande de crédits de formation au niveau de l'Université.
- Mise à jour du guide du résident et du cahier des objectifs des stages
- Gestion du budget du programme et du budget des résidents
 - Achat concernant l'enseignement aux résidents;
 - Administration du budget du programme et émission de chèques sous la supervision du trésorier.
- Visite d'agrément : Aide le directeur du programme dans la rédaction et la constitution du questionnaire préliminaire pour les visites d'agrément ainsi que toute la préparation des documents requis par les organismes d'agrément.

TECHNICIENNE EN GESTION DE DOSSIERS ÉTUDIANTS (TGDE)

Gère le dossier étudiant en regard de la formation académique

- Grilles de stages:
 - Saisit les grilles de stages dans Remède;
 - Fait les modifications à la demande du directeur de programme;
 - Gère les demandes d'ententes interuniversitaires;
 - Gère les demandes de stages en milieu non agréé;

- Suivi du dossier académique
 - Tient à jour le dossier électronique (congé, absences...);
 - Saisit les notes obtenues lors d'examens de cours siglés;
 - Saisit les fiches d'évaluation des stages en milieux non agréés;
 - Prépare la liste d'octroi des diplômes obtenue du directeur de programme;
 - Archive les dossiers en fin de formation.

S'ajoutent aussi, pour les TGDE d'admission et d'inscription seulement (localisées au vice-décanat) :

- Admission
 - Enregistre le candidat dans le système informatique universitaire;
 - Assemble le dossier d'admission et le transmet au directeur de programme;
 - Reçoit la recommandation du comité d'admission du programme;
 - Prépare la lettre d'admission;
 - Crée un dossier électronique dans le système Remède;
 - Inscrit le candidat auprès de l'Université;
 - Transmet les informations pertinentes au Collège des médecins du Québec (CMQ);
 - Administrateur pour CaRMS (au choix du directeur de programme)

- Moniteurs

- S'assure de la conformité des documents avec les exigences du CMQ et expédie les documents au programme et au CMQ;
- Expédie le dossier au Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration et à la direction de Ressources humaines Canada;
- Effectue le suivi du dossier auprès du moniteur et des organismes concernés, CMQ, ministères, etc.;
- Gère les demandes de renouvellement de permis de travail temporaire, notamment auprès de Citoyenneté et Immigration Canada;
- Prépare les documents relatifs au versement des bourses de droits de scolarité.

N.B. Ce document n'est pas limitatif et d'autres tâches peuvent s'ajouter, que ce soit pour la secrétaire ou la TGDE.

Règlement des études médicales postdoctorales

ARTICLE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les études médicales postdoctorales consistent en un ensemble de stages effectués dans le cadre d'un programme universitaire agréé par le Collège des médecins du Québec, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le présent règlement a pour objet de déterminer les règles relatives aux études médicales postdoctorales à l'Université de Montréal.

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS

À moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

2.1 Année de formation

L'année de formation comprend treize périodes de quatre semaines; elle débute le 1^{er} juillet et se termine le 30 juin. Dans certains cas, sur décision de l'autorité compétente, la date du début de l'année de formation peut être modifiée.

2.2 Autorité compétente

Tout officier de la faculté, autre que le doyen, ou toute autre personne qui, en raison des Statuts ou d'un règlement de l'Université, est autorisé à exercer un pouvoir ou une prérogative conféré au doyen.

2.3 Conseil de la Faculté

Le Conseil de la Faculté de médecine.

2.4 Cours

Un ensemble d'activités de formation théorique ou pratique pouvant constituer un élément d'un ou de plusieurs programmes.

2.5 Crédit

Une unité qui permet à l'Université d'attribuer une valeur numérique à la charge de travail exigée d'un étudiant pour atteindre les objectifs d'une activité d'enseignement ou de recherche.

2.6 Département

Un département universitaire relevant de la Faculté de médecine auquel le programme concerné est rattaché.

2.7 Directeur de programme

Le directeur du programme de résidence concerné.

2.8 Doyen

Le doyen de la Faculté de médecine.

2.9 Étudiant

Une personne inscrite à un programme d'études médicales postdoctorales. Il y a trois catégories d'étudiants : l'étudiant régulier, l'étudiant libre et l'étudiant visiteur.

a) l'étudiant régulier

L'étudiant régulier est l'étudiant admis à un programme et inscrit, ou pouvant s'inscrire, à un ou à des cours de ce programme. L'étudiant régulier peut aussi avoir accès à des cours hors programme. Un étudiant ne peut être à la fois régulier dans un programme et libre dans un autre programme.

b) l'étudiant libre

L'étudiant libre est l'étudiant inscrit à un ou à quelques cours; il ne postule ni certificat, ni diplôme, ni grade, mais il doit se soumettre à l'évaluation des apprentissages. L'étudiant libre est admis pour une année ou moins, sa réadmission est exceptionnelle. L'étudiant libre est soumis à la même réglementation que l'étudiant régulier.

c) l'étudiant visiteur

L'étudiant visiteur est l'étudiant admis à un programme dans une autre université ou dans un établissement de niveau universitaire et qui, en vue de satisfaire à certaines exigences de ce programme, est inscrit à un ou à quelques cours à l'Université de Montréal en vertu d'une entente officielle ou dans le cadre d'un programme d'échanges. L'étudiant visiteur ne postule ni certificat,

ni diplôme, ni grade à l'Université de Montréal; il est néanmoins soumis à la réglementation de cette dernière.

2.10 Faculté

La Faculté de médecine.

2.11 Officier

Le doyen, un vice-doyen, le secrétaire de la Faculté, un directeur de département ou d'école.

2.12 Organisme d'agrément

Le Collège des médecins du Québec, le Collège des médecins de famille du Canada ou le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

2.13 Professeur

Tout professeur, chargé de cours ou toute autre personne responsable d'un cours ou d'un enseignement.

2.14 Programme

Un ensemble défini, structuré et cohérent de cours, de stages et d'autres activités de formation qui permettent l'acquisition, par les titulaires d'un diplôme de médecine, des compétences nécessaires à la pratique professionnelle, en médecine de famille ou dans une des spécialités de la médecine.

Dans le cadre du présent règlement, le terme « programme » signifie programme de formation médicale postdoctorale.

2.15 Résident

Tout étudiant inscrit dans un programme de formation médicale postdoctorale à l'Université.

2.16 Responsable de stage

Un professeur qui assure la supervision du stage clinique dans un établissement, un département ou un service.

2.17 Scolarité

Le temps normal requis pour compléter un programme.

2.18 Stage

Un cours qui se déroule dans un milieu professionnel ou dans un laboratoire de recherche sous la responsabilité académique de l'Université. La durée d'un stage peut varier de une à plusieurs périodes. Lorsqu'un stage dure plus de trois périodes, il est divisé en segments d'au plus trois périodes.

2.19 Vice-doyen

Le vice-doyen aux études médicales postdoctorales de la Faculté de médecine.

ARTICLE 3 - STRUCTURE ADMINISTRATIVE DES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES

Le vice-doyen est responsable de l'ensemble de la conduite et de la supervision de la formation médicale postdoctorale.

3.1 Le Comité des études médicales postdoctorales

Le Comité des études médicales postdoctorales est responsable de l'élaboration et de la révision de tous les aspects de la formation médicale postdoctorale. Il a notamment pour fonctions l'établissement de politiques générales en matière d'éducation médicale postdoctorale, la mise en place et le maintien de mécanismes de liaison appropriés avec les directeurs des programmes de résidence et les milieux de formation, l'établissement de politiques de sélection, d'évaluation, de promotion et de renvoi des résidents dans tous les programmes et la supervision de leur mise en vigueur, et l'établissement de politiques permettant d'assurer une supervision appropriée des résidents. Le Comité des études médicales postdoctorales est constitué :

- a) du vice-doyen, qui le préside;
- b) de professeurs de la Faculté, nommés par le vice-doyen;
- c) d'un résident en médecine de famille, élu ou nommé par ses pairs;
- d) d'un résident d'un programme de spécialité, élu ou nommé par ses pairs;
- e) d'un représentant, siégeant à titre d'observateur, du Collège des médecins du Québec.

3.2 Le Comité d'agrément des programmes

Les programmes de formation médicale postdoctorale sont soumis aux normes d'agrément du Collège des médecins du Québec, et du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Le Comité d'agrément des programmes a pour mandat, notamment, la préparation, la tenue et le suivi des visites internes d'agrément. Il contribue aussi à la formation des directeurs de programme et des comités de programme en vue des visites d'agrément. Le vice-doyen en est membre d'office. Il est constitué :

- a) d'un président, nommé par le vice-doyen après consultation du Comité des études médicales postdoctorales;
- b) de professeurs de la Faculté, nommés par le vice-doyen;
- c) d'un résident, élu ou nommé par ses pairs.

3.3 Le directeur de programme

Chaque programme de résidence est sous la responsabilité d'un directeur, qui en assure la gestion et la supervision.

Il est nommé par le Conseil de la Faculté, sur recommandation du directeur de département concerné et du Comité des études médicales postdoctorales.

Il rend compte au vice-doyen et au directeur de département concerné.

3.4 Le comité de programme

Pour chaque programme est institué un comité de programme qui a pour mandat de planifier, d'organiser et de superviser la formation. Le comité est constitué :

- a) du directeur de programme, qui le préside;
- b) de professeurs représentant chacun des principaux établissements participant au programme, nommés par le directeur de programme;
- c) d'au moins un résident du programme, élu ou nommé par ses pairs.

3.5 Le comité d'admission du programme

Chaque programme comprend un comité d'admission qui a pour fonction d'établir les modalités d'admission au programme, d'étudier les demandes d'admission et d'émettre une recommandation quant à l'acceptation ou au refus de chacun des candidats, de planifier les entrevues d'admission, s'il y a lieu, et d'établir un ordre de priorité de recrutement. Le comité d'admission est constitué :

- a) de professeurs de la Faculté, nommés par le directeur de programme;
- b) d'au moins un représentant des résidents, élu ou nommé par ses pairs.

En l'absence d'un comité d'admission du programme, le comité de programme peut agir à sa place.

3.6 Le comité d'évaluation du programme

Chaque programme comprend un comité d'évaluation qui a pour fonction d'établir les critères et les modalités de l'évaluation et de se prononcer sur l'évaluation de chacun des résidents.

Le comité d'évaluation fait des recommandations au doyen ou à l'autorité compétente concernant la reprise d'un ou plusieurs stages, ou d'une année de formation par un résident, sa promotion ou son exclusion. Le comité d'évaluation est constitué :

- a) de professeurs de la Faculté désignés par le directeur de programme;
- b) d'au moins un représentant des résidents, élu ou désigné par ses pairs.

En l'absence d'un comité d'évaluation du programme, le comité de programme peut agir à sa place.

3.7 Le Comité de révision des études médicales postdoctorales

Le Comité de révision relève du doyen. Ce Comité est constitué :

- a) de huit professeurs nommés par le Conseil de la Faculté, dont l'un agit comme président;
 - b) d'un résident en fin de formation, élu ou nommé par ses pairs.
- Trois membres, dont le résident, forment le quorum du comité.

Le Conseil peut, au besoin, nommer des membres substitués, pour un mandat d'une durée équivalente à celle des membres réguliers.

Le Comité de révision étudie les demandes de révision de l'évaluation ainsi que les recommandations d'exclusion.

ARTICLE 4 – LES PROGRAMMES DE FORMATION MÉDICALE POSTDOCTORALE

4.1 Objectifs des programmes

Les programmes permettent l'acquisition, par les titulaires d'un diplôme de médecine, des compétences nécessaires à la pratique professionnelle de la médecine. Les programmes respectent les normes des organismes d'agrément de telle sorte que le résident qui complète un programme peut postuler en vue de l'obtention du certificat ou de l'attestation décerné par ces organismes.

Certains programmes permettent aussi aux détenteurs d'une attestation en médecine de famille ou d'un certificat de spécialiste de poursuivre une formation supplémentaire dans une discipline spécifique.

4.2 Responsabilités relatives aux programmes

Les programmes sont sous la responsabilité de la Faculté. Un programme peut cependant comprendre des cours qui sont sous la responsabilité d'une autre faculté que la Faculté de médecine.

Conformément aux Statuts de l'Université, le doyen dirige les études dans sa faculté et voit à l'application du présent règlement touchant les programmes et les cours de sa faculté ainsi que les programmes multifacultaires dont la responsabilité a été attribuée à sa faculté par entente inter-facultaire ou interuniversitaire.

4.3 Structure d'un programme

La formation postdoctorale consiste dans un ensemble de stages de formation en médecine de famille ou en spécialité effectués dans des milieux de formation agréés ou approuvés par le Collège des médecins du Québec, ainsi que d'autres formes de cours tels que des cours théoriques, ateliers, séminaires et autres activités d'apprentissage.

La structure d'un programme comprend la liste des cours obligatoires et à option et précise, s'il y a lieu, leur répartition selon l'année de formation.

4.4 Scolarité

Pour tout résident, la scolarité minimale est déterminée par la Faculté. La scolarité maximale, en excluant les périodes de suspension, est de :

- a) deux ans, pour un programme dont la durée prévue est de un an;
- b) quatre ans, pour un programme dont la durée prévue est de deux ou trois ans;
- c) sept ans, pour un programme dont la durée prévue est de quatre ou cinq ans;
- d) huit ans, pour un programme dont la durée prévue est de six ans;
- e) neuf ans, pour un programme dont la durée prévue est de plus de six ans.

ARTICLE 5 – ADMISSION À UN PROGRAMME

L'admission est un processus au terme duquel le doyen ou l'autorité compétente accorde, à une personne ayant satisfait à certaines conditions, le droit d'être admis dans un programme.

Le fait de satisfaire aux conditions d'admissibilité ne garantit pas nécessairement l'admission.

5.1 Responsabilité de l'admission

Le doyen ou l'autorité compétente est responsable de l'admission. Le Comité d'admission du programme étudie les demandes d'admission et transmet ses recommandations au doyen ou à l'autorité compétente.

5.2 Procédure

La procédure d'admission est établie par la Faculté et est soumise aux conditions imposées par les organismes d'agrément et les décrets gouvernementaux.

Le candidat à l'admission doit présenter une demande suivant la procédure établie et fournir les documents requis dans les délais prescrits pour l'admission à un programme. Les formulaires à compléter varient selon la nature de l'admission.

La procédure d'admission applicable aux différentes catégories de candidats est présentée sur le site Internet des études médicales postdoctorales.

5.3 Conditions d'admission

a) Conditions d'admissibilité

Pour être admissible, le candidat doit :

- i) être titulaire d'un diplôme de médecine d'une université du Québec, du Canada ou des États-Unis, ou d'une équivalence du diplôme de médecine reconnue par le Collège des médecins du Québec, ou d'une lettre d'admissibilité du Collège des médecins du Québec;
- ii) satisfaire aux conditions d'admissibilité propres au programme choisi.

La Faculté peut exiger une preuve d'immunisation contre des maladies transmissibles, des examens de dépistage, et un examen médical par un médecin de son choix avant d'admettre un candidat. L'état de santé d'un candidat peut justifier un refus si celui-ci est incompatible avec l'atteinte des objectifs du programme ou comporte un danger pour les patients, d'autres personnes, ou pour lui-même.

b) Restrictions

Le doyen ou l'autorité compétente n'est pas tenu d'offrir l'admission à tous les candidats qui satisfont aux conditions d'admissibilité. Notamment, le doyen ou l'autorité compétente peut refuser l'admission pour les motifs suivants :

- i) le nombre de candidats admissibles excède la capacité d'accueil d'un programme;
- ii) le rendement scolaire est insuffisant;
- iii) le dossier académique est non compétitif;
- iv) la formation, le diplôme ou les cours préalables requis pour l'admission datent de plus de deux ans.

c) Année de qualification

Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer une année de qualification, dans un programme d'appoint ou dans un programme connexe, à tout candidat dont la formation a été acquise en dehors du réseau collégial ou universitaire québécois afin de pouvoir mieux évaluer le potentiel du candidat pour une admission dans un programme contingenté et de favoriser une meilleure intégration dans le cursus des études médicales postdoctorales.

5.4 Conditions relatives à la langue française

Pour être admissible, le candidat doit satisfaire aux conditions relatives à la connaissance et, le cas échéant, à la maîtrise de la langue française.

a) Connaissance de la langue française

Le candidat doit démontrer qu'il a la capacité de communiquer en français jugée suffisante pour suivre un programme d'études dans une institution universitaire francophone. Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer à tout candidat dont la langue maternelle n'est pas le français ou qui n'a pas antérieurement fait d'études en français de se soumettre préalablement à un test de français. Le candidat qui a échoué au test de français n'est pas autorisé à s'inscrire au programme auquel il est admis tant qu'il ne peut démontrer, en reprenant et en réussissant le test, qu'il a une connaissance suffisante du français pour suivre avec profit les cours du programme auquel il a été admis.

b) Cours de mise à niveau

Lorsqu'un candidat possède une maîtrise insuffisante de la langue française, le doyen ou l'autorité compétente peut lui imposer de s'inscrire, à ses frais, à des cours de mise à niveau comme condition préalable à son admission.

5.5 Connaissance de l'anglais

Dans certains programmes, la connaissance de l'anglais est indispensable et le résident peut être invité à soumettre des travaux ou à présenter des exposés dans cette autre langue.

Dans ce cas, un test de connaissance de cette langue peut être imposé au candidat par la Faculté.

5.6 Étude des dossiers d'admission

Dans l'évaluation du dossier d'admission, les résultats scolaires étudiés sont ceux disponibles à la date limite officielle pour le dépôt de la demande d'admission, à moins que ceux-ci ne permettent pas de porter un jugement pertinent, auquel cas des résultats postérieurs à cette date sont pris en compte.

5.7 Tests et entrevues

Le candidat qui satisfait aux conditions d'admissibilité relatives aux études antérieures et, le cas échéant, qui a été présélectionné, peut être invité à se présenter à une entrevue et à subir un ou des tests d'admission ou un examen.

a) Conditions de l'entrevue

L'entrevue est menée par au moins deux personnes désignées par le doyen ou l'autorité compétente. Le contenu de l'entrevue est établi en fonction des critères fixés par le programme.

b) Absence

Un candidat qui, pour un motif indépendant de sa volonté, ne peut se présenter à une entrevue, à un test ou à un examen auquel il est convoqué et pour lequel il a confirmé sa présence, doit en aviser la Faculté, par écrit, dans les meilleurs délais avant ou suivant le jour de l'entrevue. Si le motif est jugé valable, le candidat sera convoqué de nouveau.

5.8 Décision

Selon le cas, le vice-doyen transmet au candidat, pour chacun des programmes de formation médicale postdoctorale inscrits dans sa demande d'admission:

a) une offre d'admission définitive

Si celui-ci satisfait à toutes les conditions d'admissibilité propres au programme. L'avis d'admission précise les conditions additionnelles que le candidat doit remplir dans les délais prescrits.

b) une offre d'admission sous engagement

S'il y a présomption que le candidat aura satisfait aux conditions d'admissibilité dans les délais prescrits. L'avis d'admission précise les conditions additionnelles que le candidat doit remplir dans les délais prescrits.

c) une offre d'inscription sur une liste d'attente

Une telle offre peut être suivie d'une offre d'admission définitive ou d'une offre d'admission sous engagement si, en raison de désistements, la capacité d'accueil d'un programme n'est pas atteinte.

d) une offre d'admission conditionnelle

À titre exceptionnel, dans certains programmes, le doyen ou l'autorité compétente peut admettre un candidat qui ne satisfait pas à toutes les conditions d'admissibilité. Le doyen ou l'autorité compétente impose alors des conditions que le candidat doit remplir dans les délais prescrits.

e) un avis de refus

Un refus à un programme est sans appel, mais n'exclut pas la possibilité que le candidat soit admis à un autre programme.

5.9 Acceptation d'une offre

a) Délais de réponse

Le candidat qui reçoit une offre d'admission définitive, une offre d'admission sous engagement ou une offre d'inscription sur une liste d'attente doit faire part de son acceptation ou de son refus de l'offre dans les délais indiqués dans l'avis.

b) Délais pour satisfaire aux conditions d'une admission

Le candidat admis sous engagement doit satisfaire aux conditions de son admission dans les délais prescrits et en faire la preuve le plus tôt possible en transmettant les documents appropriés au vice-doyen.

5.10 Poste de résident

L'admission à un programme de résidence ne devient définitive qu'après son acceptation par les autorités administratives de l'établissement auquel le candidat est recommandé par la Faculté et l'obtention d'une carte de stages émise par le Collège des médecins du Québec.

La Faculté désigne l'établissement auquel le candidat sera recommandé à un poste de résident.

5.11 Désistement

Le candidat peut se désister à tout moment du processus d'admission. Il y a désistement automatique dans les cas suivants :

a) Offre d'admission à un autre programme

Le candidat a reçu une offre d'admission définitive ou une offre d'admission sous engagement à un autre programme pour lequel il avait indiqué une préférence (choix prioritaire).

b) Défaut de répondre à une offre d'admission

Le candidat omet de répondre à une offre d'admission définitive, à une offre d'admission sous engagement ou à une offre d'inscription sur une liste d'attente dans les délais prescrits. Il en est alors averti.

- c) Défaut de se présenter à une entrevue, à un test ou à un examen
Le candidat ne se présente pas à une entrevue, à un test ou à un examen auquel il est convoqué, sans motif valable.
- d) Défaut de satisfaire aux conditions d'admission
Le candidat ne satisfait pas aux conditions de son admission.
- e) Défaut de s'inscrire
Le candidat omet de s'inscrire au programme auquel il a été admis.

5.12 Prolongation d'engagement

Exceptionnellement, le doyen ou l'autorité compétente peut prolonger d'un maximum de onze mois le délai accordé à un candidat pour satisfaire à l'engagement d'obtenir son diplôme de médecine ou de terminer un cours préalable.

5.13 Réadmission

- a) Demande
Le résident qui a abandonné ses études dans un programme ou qui en a été exclu pour des raisons autres que le renvoi en vertu d'un règlement disciplinaire peut présenter une nouvelle demande. Il doit alors satisfaire aux conditions d'admissibilité en vigueur au moment du dépôt de la demande de réadmission et démontrer à la satisfaction du doyen ou de l'autorité compétente qu'il a amélioré ses possibilités de réussite.
- b) Conditions à la réadmission
Pour une réadmission dans un programme contingenté, le doyen ou l'autorité compétente tient également compte du nombre de places et de la valeur comparative du dossier du candidat à la réadmission.
Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer des conditions à la réadmission.

5.14 Nullité d'une admission

Est nulle l'admission reposant sur un faux diplôme, sur un document falsifié, sur des déclarations mensongères ou sur toute autre forme de fraude.

5.15 Effets d'une admission ou d'une réadmission

L'admission d'un candidat à un programme de formation médicale postdoctorale lui confère le statut d'étudiant régulier, d'étudiant libre ou d'étudiant visiteur pour la version en vigueur de ce programme, statut qu'il maintient jusqu'à la réussite, l'abandon ou l'exclusion du programme. L'étudiant doit procéder à son inscription selon les modalités et dans les délais qui lui sont indiqués.

5.16 Changement de programme

La Faculté n'a pas l'obligation d'accepter une demande de changement de programme. Lorsqu'elle accepte de le faire, elle doit prendre en considération les lois, règlements et autres actes gouvernementaux. Elle tient également compte de la valeur comparative du dossier du candidat.

Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer des conditions au changement de programme.

5.17 Transfert d'université

La Faculté n'a pas l'obligation d'accepter une demande de transfert d'un résident en provenance d'une autre université. Dans l'étude d'une telle demande, elle doit prendre en considération les lois, règlements et autres actes gouvernementaux. Elle tient également compte de la valeur comparative du dossier du candidat.

Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer des conditions au transfert d'université.

5.18 Formation complémentaire

La Faculté n'a pas l'obligation d'accepter une demande de formation complémentaire. Dans l'étude d'une telle demande, elle doit prendre en considération les lois, règlements et autres actes gouvernementaux. Elle tient également compte de la valeur comparative du dossier du candidat.

5.19 Admission de l'étudiant libre à titre d'étudiant régulier

L'étudiant libre ne peut changer son statut pour celui d'étudiant régulier. Il peut cependant faire une demande d'admission à titre d'étudiant régulier.

ARTICLE 6 – LES COURS

Suivant les objectifs visés, le cours peut prendre diverses formes, notamment de stage clinique, de stage de recherche, de leçon magistrale, d'atelier, de séminaire, de laboratoire.

6.1 Responsabilités relatives aux cours

La Faculté est responsable des cours. Elle en définit les contenus et les modalités d'insertion dans chacun des programmes.

Les activités de formation sont sous la responsabilité des professeurs dans le respect du cadre établi par le doyen et des règlements et politiques de l'Université.

6.2 Modalité d'insertion d'un cours dans un programme

- a) Cours obligatoire
Le cours obligatoire est imposé à tous les résidents inscrits à un programme ou, le cas échéant, à une orientation d'un programme.
- b) Cours à option
Le cours à option est choisi par le résident parmi un certain nombre de cours faisant partie de blocs structurés; l'Université se réserve le droit de modifier l'offre de cours à option d'une version de programme.
- c) Cours au choix
Le cours au choix est choisi par le résident dans l'ensemble des cours offerts par l'Université. La Faculté peut imposer des restrictions à la liste des cours qui peuvent être choisis à ce titre par le résident.

6.3 Cours hors programme

Le cours hors programme est un cours choisi par le résident dans l'ensemble des cours offerts par l'Université. Il ne fait cependant pas partie du programme du résident.

6.4 Autres caractéristiques des cours

- a) Cours équivalent
Est dit équivalent un cours qui comporte un recoupement significatif de la matière avec un autre cours. Un seul des cours dits équivalents peut être crédité dans le programme du résident.
- b) Cours préalable
Est dit préalable un cours qui doit obligatoirement avoir été suivi avant un autre.
- c) Cours concomitant
Est qualifié de concomitant un cours qui doit être suivi parallèlement à un autre; ce cours peut avoir été suivi préalablement.
- d) Cours de mise à niveau
Un cours imposé au candidat par le doyen ou l'autorité compétente à titre de cours préparatoire ou un cours imposé à la suite d'un résultat insatisfaisant à un test d'admission requis par la Faculté, est dit cours de mise à niveau. Sauf exception, ce cours est obligatoirement considéré hors programme.
- e) Cours éliminatoire
Est dit éliminatoire un cours dont l'échec n'admet aucune reprise et, de ce fait, exclut la poursuite des études dans le programme.

6.5 Langue d'enseignement

La langue d'enseignement est le français sauf exception justifiée par la nature du programme ou du cours, ou encore, par la présence d'un conférencier ou d'un professeur invité. Les ouvrages de références obligatoires sont en français, de préférence, ou en anglais. Il n'y a cependant pas de restriction quant à la langue des ouvrages suggérés aux résidents dans les listes bibliographiques.

ARTICLE 7 – INSCRIPTION

Selon le contexte, on distingue l'inscription à un programme et l'inscription à un cours.

- a) L'inscription à un programme réfère au statut de l'étudiant par rapport au programme auquel il a été admis.
- b) L'inscription à un cours est un processus comportant deux étapes :
 - i) l'indication par l'étudiant de son intention de suivre un cours;
 - ii) l'autorisation et l'enregistrement par l'Université.

7.1 Disposition générale

Nul n'est autorisé à suivre un cours ou à se soumettre aux évaluations s'il n'est dûment inscrit au cours.

Une inscription à un cours n'est valide que pour la durée du cours.

7.2 Offre de cours

a) Liste de cours offerts

La Faculté n'est pas tenue d'offrir tous les cours de sa banque de cours à chaque trimestre, voire à chaque année de formation. De plus, la Faculté peut retirer de l'horaire un cours si, compte tenu des circonstances, il devient impossible ou déraisonnable de l'offrir.

La Faculté n'est pas tenue d'offrir une version de programme au-delà du temps normalement requis pour compléter un programme ou si, compte tenu des circonstances, il devient impossible ou déraisonnable de l'offrir.

b) Accessibilité aux cours

La Faculté indique quels cours peuvent recevoir des étudiants libres et des étudiants visiteurs, elle précise également les cours auxquels des étudiants réguliers peuvent s'inscrire à titre de cours au choix et de cours hors programme.

ARTICLE 8 – INSCRIPTION DE L'ÉTUDIANT RÉGULIER

8.1 Obligation d'inscription

Le candidat admis doit être inscrit. Pour maintenir son inscription au programme, il doit être réinscrit à chaque année, sans quoi il est réputé avoir abandonné son programme.

8.2 Autorisation

Le doyen ou l'autorité compétente entérine l'inscription de l'étudiant.

Sauf exception autorisée par le doyen ou l'autorité compétente, un étudiant ne peut s'inscrire à plus d'un programme à la fois.

8.3 Régimes d'inscription

Sauf exception autorisée par le doyen ou l'autorité compétente, l'étudiant s'inscrit à temps plein.

8.4 Prescriptions d'inscription – inscription concurrente à deux programmes

Le résident inscrit dans deux programmes concurrentement doit s'inscrire aux cours en respectant les structures de chacun des programmes et les exigences propres aux cours. Il doit également tenir compte de la scolarité de chacun des programmes.

8.5 Prescriptions d'inscription – cours de mise à niveau

L'étudiant qui, en raison de résultats non satisfaisants à un test de français ou à tout autre test, doit suivre un ou des cours de mise à niveau, doit s'y inscrire dans les délais prescrits par le doyen ou l'autorité compétente et, le cas échéant, se soumettre aux prescriptions particulières d'inscription.

L'étudiant admis conditionnellement à la réussite d'un cours offert à l'Université doit s'y inscrire dans les délais prescrits par le doyen ou l'autorité compétente et, le cas échéant, se soumettre aux prescriptions particulières d'inscription.

8.6 Prescriptions d'inscription – stage

Les milieux de stage sont assignés par la Faculté. Tout lieu de stage qui ne l'est pas doit avoir reçu l'approbation préalable du doyen ou de l'autorité compétente.

8.7 Inscription à un cours hors établissement

En vertu d'ententes interuniversitaires, le doyen ou l'autorité compétente peut permettre à un étudiant régulier de s'inscrire à un ou plusieurs cours dans un autre établissement universitaire.

Le cours suivi dans le cadre de l'Entente relative au transfert de crédits académiques entre les établissements universitaires du Québec est considéré au même titre qu'un cours substitut.

Le cours suivi dans le cadre d'une entente interprovinciale ou internationale est considéré au même titre qu'un cours équivalent ou qu'un cours substitut, selon les termes de l'entente conclue entre l'Université et l'autre établissement.

Le maximum de cours hors établissement auxquels un étudiant peut s'inscrire est déterminé par la Faculté.

8.8 Inscription à des cours hors programme

L'étudiant régulier peut s'inscrire à des cours hors programme. La Faculté peut imposer des restrictions à la liste des cours qui peuvent être choisis à ce titre par l'étudiant. La Faculté peut limiter le nombre de cours hors programme auxquels peut s'inscrire un résident aussi bien pendant une année de formation que dans l'ensemble de son programme.

8.9 Modification d'inscription

Le résident peut modifier son choix de cours avant la date limite fixée dans le calendrier facultaire ou, le cas échéant, dans le délai fixé pour chacun des cours.

L'autorisation du doyen ou de l'autorité compétente est requise.

Tout changement de choix de cours doit être fait dans le respect des délais d'inscription.

8.10 Abandon d'un cours

a) Demande

Le résident qui, pour un motif valable, désire abandonner un cours alors que le délai de modification de l'inscription est écoulé, doit présenter une demande écrite et motivée au plus tard avant la date limite fixée dans le calendrier facultaire ou, le cas échéant, dans le délai fixé pour chacun des cours. Le doyen ou l'autorité compétente responsable du programme auquel est inscrit le résident juge du bien-fondé de la demande.

b) Abandon autorisé

Si le doyen ou l'autorité compétente agréée la demande, la mention « abandon » est inscrite au dossier du résident. Il peut alors exiger que le résident se réinscrive au cours dans un délai qu'il prescrit.

c) Abandon non autorisé

Si la demande est refusée ou si le résident abandonne le cours sans se conformer à la procédure décrite, le cours reste inscrit au dossier et l'évaluation finale du cours porte la mention « échec ».

8.11 Abandon du programme

a) Le résident qui désire abandonner ses études doit faire parvenir un avis écrit à l'autorité compétente de la Faculté et y joindre sa carte d'étudiant. L'abandon prend effet le jour de la réception de cet avis. Au dossier du résident, la mention « abandon » est inscrite en regard des cours non complétés si l'abandon survient un mois ou plus avant la fin des cours. La mention « échec par absence » est portée au dossier du résident si l'abandon survient après ce délai.

b) Le résident qui abandonne ses études sans se conformer à cette exigence est réputé inscrit jusqu'à la fin du trimestre ou du stage en cours et la mention « échec » est inscrite au dossier en regard des cours non complétés. Son inscription est ensuite annulée automatiquement.

c) Le résident dont l'inscription est annulée doit, pour être réadmis, soumettre une nouvelle demande d'admission.

8.12 Suspension temporaire de l'inscription à un programme et dérogation aux prescriptions d'inscription

a) Suspension de l'inscription à un programme

Le résident qui désire suspendre temporairement son inscription doit présenter une demande écrite et motivée au doyen ou à l'autorité compétente. Celui-ci peut permettre la suspension pour une période ne dépassant pas treize périodes. Au terme de ce délai, le résident peut reprendre sa formation sans qu'il lui soit nécessaire de présenter une nouvelle demande d'admission. Dans le cas d'un stage clinique ou de recherche, le retour s'effectue en début de période.

b) Dérogation aux prescriptions d'inscription

L'étudiant qui désire déroger aux prescriptions d'inscription doit présenter une demande écrite et motivée au doyen ou à l'autorité compétente avant la date limite pour une modification d'inscription.

ARTICLE 9 – INSCRIPTION DE L'ÉTUDIANT LIBRE ET DE L'ÉTUDIANT VISITEUR

9.1 Autorisation d'inscription

Le doyen ou l'autorité compétente autorise l'inscription à un programme à titre d'étudiant libre ou d'étudiant visiteur à la personne qu'il estime avoir la formation suffisante pour suivre avec profit le cours choisi.

L'étudiant visiteur inscrit en vertu de l'Entente relative au transfert de crédits académiques entre les établissements universitaires du Québec ou de toute autre entente interuniversitaire doit en respecter les dispositions.

9.2 Modalités d'inscription

L'étudiant s'inscrit par cours et, le cas échéant, par trimestre ou par année de formation, dans les délais indiqués par la Faculté. Celle-ci détermine le nombre de cours auxquels l'étudiant libre ou l'étudiant visiteur peut s'inscrire.

9.3 Modification d'un choix de cours

L'étudiant libre ou l'étudiant visiteur qui désire modifier son choix de cours peut le faire avant la date limite indiquée au calendrier universitaire. Le doyen ou l'autorité compétente autorise toute nouvelle inscription.

9.4 Abandon d'un cours

L'étudiant libre ou l'étudiant visiteur qui désire abandonner un cours alors que le délai de changement du choix de cours est écoulé, doit en aviser le doyen ou l'autorité compétente au plus tard avant la date limite fixée dans le calendrier universitaire ou, le cas échéant, dans le délai fixé pour chacun des cours. La mention « abandon » est inscrite au dossier. Si l'étudiant abandonne le cours hors délai ou s'il le fait sans se conformer à la procédure décrite, le cours reste inscrit au dossier et l'évaluation finale du cours porte la mention « échec ».

9.5 Nullité d'une inscription

Est nulle l'inscription reposant sur un faux diplôme, sur un document falsifié, sur des déclarations mensongères ou sur toute autre forme de fraude.

ARTICLE 10 – RECONNAISSANCE D'ÉQUIVALENCES DE FORMATION

10.1 Généralités

Le résident n'est pas tenu de suivre un cours et de le réussir si, au jugement du doyen ou de l'autorité compétente, il a autrement atteint les objectifs du cours. Les crédits du cours lui sont alors accordés par équivalence ou exemption selon le cas. Le doyen ou l'autorité compétente peut aussi permettre à un résident de s'inscrire à un autre cours en substitution d'un cours du programme.

10.2 Équivalence de cours

a) Définition

Il y a équivalence de cours lorsqu'un ou des cours réussis par un étudiant satisfont aux exigences d'un cours inscrit à son programme. Le cas échéant, la Faculté peut exiger un examen pour évaluer les connaissances et les compétences avant d'accorder l'équivalence, ou n'accorder l'équivalence qu'après une période d'observation dans le programme.

b) Maximum autorisé

L'équivalence de cours, que ceux-ci aient ou non servi à l'obtention d'un grade, ne doit pas dépasser la moitié des crédits d'un programme.

c) Indication au dossier du résident

Le dossier du résident fait état de l'équivalence de cours accordée. Le cours pour lequel on a reconnu une équivalence demeure au dossier.

10.3 Exemption

a) Définition

Il y a exemption de cours lorsque la formation ou l'expérience d'un étudiant justifie de l'autoriser à ne pas suivre un cours inscrit à son programme. Le cas échéant, la Faculté peut imposer un examen ou tout autre mode d'évaluation pour vérifier les connaissances et les compétences du résident avant de lui accorder l'exemption.

b) Maximum autorisé

L'exemption de cours ne peut être accordée pour plus de la moitié des crédits d'un programme.

c) Indication au dossier du résident

Le dossier du résident fait état de l'exemption de cours accordée. Le cours pour lequel on a reconnu une exemption demeure au dossier, mais l'indication « exemption » tient lieu de résultat d'évaluation.

10.4 Cumul d'équivalences et d'exemptions

Le total des équivalences et exemptions ne peut dépasser la moitié des crédits d'un programme. Dans tous les cas, le résident doit suivre au moins le tiers de la formation du programme à l'Université, exclusion faite des cours au choix.

10.5 Transfert de cours

a) Définition

Il y a transfert lorsqu'un cours suivi à l'Université de Montréal est reporté d'un programme à un autre, mais sans faire l'objet d'une demande d'équivalence ou d'exemption, ou lorsque des cours suivis à titre d'étudiant libre à l'Université sont reportés au programme du résident.

b) Maximum autorisé

Le nombre maximal de cours qui peuvent faire l'objet d'un transfert est déterminé par la structure et les objectifs du programme.

La Faculté détermine le nombre de cours suivis à titre d'étudiant libre qui peuvent être transférés au programme du résident.

Aucun transfert de cours ne peut être accordé pour un cours ayant servi à l'obtention d'un grade.

c) Indication au dossier du résident

La note du cours transféré est portée au dossier du résident.

10.6 Substitution de cours

a) Définition

Il y a substitution de cours lorsqu'un cours offert à l'Université remplace un autre cours du même programme.

Le doyen ou l'autorité compétente peut aussi permettre à un résident de s'inscrire à un autre cours en substitution d'un cours du programme. Il y a nécessairement substitution de cours lorsque, compte tenu de l'offre de cours, le résident ne peut compléter les cours obligatoires de la version de programme dans laquelle il a été admis.

b) Maximum autorisé

Le nombre maximal de cours qui peuvent faire l'objet d'une substitution est déterminé en fonction de la structure du programme.

c) Indication au dossier du résident

Le dossier du résident fait état de la substitution accordée. La note du cours de substitution est inscrite au dossier avec indication du cours substitué.

Aux fins d'une indication au dossier du résident, le cours suivi dans le cadre de l'Entente relative au transfert de crédits académiques entre les établissements universitaires du Québec est considéré au même titre qu'un cours substitué. Le cours suivi dans un autre établissement en vertu d'ententes interprovinciales ou internationales peut être considéré comme un cours de substitution si l'entente entre l'Université et l'autre établissement le prévoit.

d) Procédure de reconnaissance d'équivalence de formation

i) Demande

L'étudiant qui désire obtenir une équivalence de cours, une exemption de cours ou qui entend suivre un cours en substitution à un cours de son programme doit en faire la demande par écrit au vice-doyen et, selon le cas, fournir les pièces justificatives appropriées ou justifier le bien-fondé de sa demande dans les délais prescrits par la Faculté responsable du programme. Le transfert de cours est automatique.

ii) Approbation

L'équivalence, l'exemption et la substitution doivent être approuvés par l'autorité compétente.

Dans le cas d'équivalence, la reconnaissance est conditionnelle aux objectifs, au contenu et au niveau du cours; elle dépend en outre du temps écoulé depuis la réussite du cours.

Pour qu'un cours puisse faire l'objet d'une équivalence, il doit avoir été réussi avec une note conforme ou supérieure aux attentes.

10.7 Nullité d'une équivalence ou d'une exemption

Est nulle l'équivalence, ou l'exemption reposant sur un faux diplôme, sur un document falsifié, sur des déclarations mensongères ou sur toute autre forme de fraude.

ARTICLE 11 – ÉVALUATION DES APPRENTISSAGES

11.1 Généralités

Chaque programme de résidence comporte des objectifs d'apprentissage écrits qui sont communiqués aux résidents. Le processus d'évaluation est fondé sur ces objectifs.

Tout résident doit se soumettre aux évaluations des apprentissages du programme auquel il est inscrit. Le résident a la responsabilité de se familiariser avec les objectifs d'apprentissage et les règles régissant l'évaluation.

Le résident est soumis à l'évaluation de ses connaissances, de ses attitudes et de ses habiletés, ainsi qu'à l'évaluation de son comportement en milieu professionnel.

11.2 Responsabilité de l'évaluation

Les professeurs évaluent le niveau de compétence atteint pour un stage donné ou pour toute autre activité de formation. Le comité d'évaluation est responsable de la décision normative à la fin de chaque stage et du suivi de l'ensemble des évaluations.

11.3 Langue

Sauf exception justifiée par la nature du stage, les travaux et les examens sont présentés en français. Toutefois, durant une période d'adaptation définie par le doyen ou l'autorité compétente, celle-ci peut autoriser un résident dont la langue maternelle ou la langue d'usage n'est pas le français et qui en fait la demande à présenter des travaux et des examens en anglais. Quelle que soit la langue utilisée, la qualité de la langue compte parmi les critères d'évaluation.

L'évaluation tient également compte de la capacité à utiliser la terminologie et le style propres à la discipline ou au champ d'études, et à la profession.

11.4 Forme des évaluations

En fonction de la nature et des objectifs du cours et de l'enseignement donné, l'évaluation se fait selon une ou plusieurs des formes décrites aux paragraphes ci-dessous ou sous toute autre forme que le comité d'évaluation du programme détermine.

a) Évaluation sous forme d'observation

L'évaluation sous forme d'observation porte sur la démonstration de l'acquisition par le résident de compétences en fonction du niveau de performance attendu :

- i) dans le cadre d'un cours offert sous forme de stage ou sous une autre forme, conformément aux modalités prévues dans le plan de cours ou les objectifs de stage;
- ii) dans un ensemble de stages ou d'autres formes de cours, pour une période prédéfinie du cheminement dans le programme et, s'il y a lieu, dans toute autre activité de formation. L'évaluation est faite conformément aux modalités prévues aux exigences de formation additionnelles du programme; elle tient également compte des exigences des règlements et politiques universitaires ou de codes d'éthique professionnels ou facultaires.

b) Évaluation sous forme de travaux

L'évaluation sous forme de travaux porte sur les travaux imposés pendant la durée d'un ou de plusieurs cours (dissertations, travaux dirigés, exposés oraux, travaux pratiques, travaux cliniques, laboratoires, participation à un travail de groupe, participation à des activités, portfolio etc.).

Dans le cas d'un travail de groupe, chaque résident doit être évalué individuellement, sauf si un objectif du cours justifie une évaluation collective.

c) Évaluation sous forme d'examens

L'évaluation sous forme d'examens (examen écrit sous surveillance, examen oral, examen pratique ou autre) porte sur une partie ou la totalité de la matière d'un ou de plusieurs cours (stage clinique ou de recherche, notes de cours, lectures, laboratoires, etc.).

Avant chaque séance d'examen, le professeur ou son représentant donne aux résidents les consignes particulières appropriées à cet examen.

11.5 Évaluation des stages

Pendant un stage, chaque professeur observe le résident dont la formation lui est confiée, afin de se faire une opinion quant à ses connaissances, attitudes et habiletés, ainsi qu'à l'atteinte des compétences associées au stage. Il fait part au résident de ses observations et de ses recommandations

a) Évaluation écrite

À la fin de chaque stage, le résident reçoit une évaluation écrite. Cette évaluation est consignée sur une fiche d'appréciation de stage clinique.

L'évaluation écrite est préparée par le responsable de stage ou par un des professeurs ayant supervisé le résident au cours de son stage ou segment de stage, et est communiquée au résident. Le cas échéant, cette évaluation est réputée refléter l'opinion de la majorité des professeurs ayant travaillé avec le résident.

Lorsqu'un stage a une durée de plus de trois périodes, une évaluation écrite est faite à la suite de segments d'au plus trois périodes ainsi qu'à la fin du stage.

Le résident doit sans délai prendre connaissance de son évaluation et la signer en indiquant s'il est en accord ou en désaccord avec celle-ci.

b) Mention au dossier

Le comité d'évaluation se prononce sur chaque évaluation de stage et accorde une mention globale de « succès », « échec » ou « inférieur aux attentes » qui sera inscrite au dossier du résident. Dans sa décision, le comité d'évaluation tient compte de la fiche d'appréciation de stage ainsi que de toute autre forme d'évaluation faite en cours de stage. La mention « échec » ou « inférieur aux attentes » constitue une évaluation de stage défavorable.

Pour obtenir la mention « succès », le résident doit avoir complété au moins les trois quarts de son stage.

c) Stage incomplet

Pour qu'un stage soit valide, le résident doit y avoir été présent pendant au moins les trois quarts de sa durée. Dans le cas contraire, le comité d'évaluation décide si ce stage doit être ultérieurement complété ou repris en entier.

11.6 Évaluation des autres formes de cours

Lorsqu'il évalue le résident, le comité d'évaluation tient également compte des évaluations relatives aux autres activités d'apprentissage (notamment les cours théoriques, ateliers, séminaires, laboratoires).

a) Attribution d'une note

Le professeur responsable de l'évaluation attribue les notes selon le système de notation qu'il a annoncé au début du cours. Toutefois, la note finale est exprimée en termes de « succès » ou « échec ».

b) Mention au dossier

Dans un délai raisonnable après une évaluation, le comité d'évaluation en examine le résultat et arrête la mention finale qui sera inscrite au dossier du résident.

11.7 Révision de l'évaluation

En cas d'échec, le résident qui s'estime lésé et est en mesure de présenter des faits nouveaux de nature à modifier cette décision peut soumettre une demande de révision, écrite et motivée, au doyen ou à l'autorité compétente, dans les dix jours ouvrables suivant la date où le résultat de l'évaluation lui a été communiqué.

a) Demande recevable

Si le doyen ou l'autorité compétente juge la demande recevable, il en saisit le Comité de révision. Le Comité de révision, après avoir donné au résident l'opportunité de se faire entendre, peut recommander au doyen ou à l'autorité compétente de maintenir la mention globale d'échec, ou la transformer en mention « inférieur aux attentes » ou « succès ». Le doyen ou l'autorité compétente informe le résident par écrit de sa décision. La décision du doyen ou de l'autorité compétente est sans appel.

b) Demande rejetée

Si le doyen ou l'autorité compétente rejette la demande de révision, il doit le faire par écrit et avec motifs à l'appui et ce, dans les 10 jours ouvrables suivant la date de réception de la demande. Ce refus est sans appel.

11.8 Défaut de se soumettre à une évaluation

a) Évaluation continue

Dans les cours où l'évaluation est continue, la mention globale « échec » est attribuée au résident lorsque, en raison d'une absence prolongée ou d'absences répétées, il s'avère impossible de l'évaluer, à moins qu'il n'ait justifié l'absence auquel cas il y a report de l'évaluation. Celui-ci doit alors combler ses absences selon les modalités et dans les délais fixés par le comité d'évaluation.

b) Évaluation sous forme d'examen

Une mention « échec » est attribuée au résident qui ne se présente pas à une évaluation, à moins qu'il ne justifie valablement son absence auprès du directeur de programme ou de l'autorité compétente conformément aux modalités établies à l'article 11.10.

La mention « échec » est attribuée au résident présent à une séance d'examen s'il ne remet aucune copie ou s'il refuse de répondre à l'ensemble des questions d'une épreuve orale.

c) Évaluation sous forme de travaux

Lorsque le résident omet de remettre un travail dans le délai prescrit, le comité d'évaluation peut soit fixer un nouveau délai et requérir que la correction du travail soit alors faite en tenant compte du retard, ou bien attribuer une mention « échec » pour ce travail.

11.9 Évaluation différée

Si le résident est absent à une évaluation pour un motif valable et s'il a respecté les procédures prévues au paragraphe 11.10, le comité d'évaluation impose une évaluation différée ou remplace cette évaluation par d'autres évaluations.

11.10 Justification d'une absence à une évaluation

Le résident doit motiver, par écrit, toute absence à une évaluation dès qu'il constate qu'il ne pourra être présent et fournir les pièces justificatives. Dans les cas de force majeure, il doit le faire le plus rapidement possible par téléphone ou par courriel et fournir les pièces justificatives dans les cinq jours ouvrables suivant l'absence.

Le doyen ou l'autorité compétente détermine si le motif est acceptable conformément aux règles, politiques et normes applicables à l'Université.

Les pièces justificatives doivent être dûment datées et signées. De plus, le certificat médical doit préciser les activités auxquelles l'état de santé interdit de participer, la date et la durée de l'absence, il doit également permettre l'identification du médecin.

Le doyen ou l'autorité compétente se réserve le droit de vérifier la véracité des pièces justificatives.

11.11 Plagiat

Le plagiat, le copiage ou la fraude, ou toute tentative de commettre ces actes, ou toute participation à ces actes, à l'occasion d'une activité faisant l'objet d'une évaluation, est régi par le *Règlement disciplinaire sur le plagiat ou la fraude concernant les étudiants*.

11.12 Progression dans un programme

Au fur et à mesure que progresse sa formation, le résident se voit confier des responsabilités professionnelles croissantes qui nécessitent d'avoir atteint un niveau attendu de compétence. Le résident est autorisé à progresser normalement dans le programme s'il rencontre les conditions suivantes :

- a) avoir réussi tous les cours auxquels il était inscrit;
- b) avoir acquis l'ensemble des compétences requises pour son niveau de formation.

Au terme de chaque stage ou segment de stage, ainsi qu'à tout autre moment que le directeur de programme ou un officier facultaire juge approprié, le comité d'évaluation évalue la progression du résident. Il peut réviser le dossier complet du résident et peut en tout temps demander à le rencontrer. Il prend alors l'une ou l'autre des décisions suivantes:

- a) le résident est autorisé à poursuivre son programme;
- b) le résident est autorisé à poursuivre son programme à des conditions que le comité précise;
- c) le résident doit reprendre un ou plusieurs stages.

Le comité peut aussi recommander l'exclusion du résident de son programme de formation.

Avant de formuler une recommandation d'exclusion, le comité doit entendre le résident. Il rédige par la suite un rapport qui explique les motifs de sa recomman-

ation. Il transmet sa recommandation au directeur du programme qui l'achemine au doyen, pour décision. Le doyen examine la recommandation et informe le résident par écrit, de sa décision. Si le résident est exclu, sur recommandation du comité d'évaluation, le doyen peut retirer le résident de son programme jusqu'à ce qu'il se soit prévalu, le cas échéant, de son droit de révision et qu'une décision finale ait été rendue.

11.13 Réussite dans un programme

Le résident réussit dans un programme s'il réussit à tous les cours du programme, s'il progresse adéquatement dans son programme et s'il satisfait aux autres exigences du programme.

ARTICLE 12 – REPRISE

12.1 Droit de reprise

À moins qu'il ne soit exclu de son programme conformément au présent règlement, le résident qui subit un échec à un cours a droit de reprise.

12.2 Reprise d'un stage clinique ou de recherche

Le résident qui obtient une mention « échec » pour un cours offert sous forme de stage doit le reprendre.

Le résident qui obtient une mention « inférieur aux attentes » pour un cours offert sous forme de stage peut être tenu de le reprendre.

Les conditions suivantes s'appliquent à la reprise d'un cours offert sous forme de stage de clinique ou de recherche :

- a) le comité d'évaluation détermine les modalités entourant la reprise, y compris le milieu dans lequel celle-ci s'effectuera;
- b) le résident doit se soumettre aux mesures d'aide jugées appropriées par le comité d'évaluation;
- c) le stage de reprise doit être complété avec succès avant la promotion à l'année de formation suivante.

Le résident qui subit un échec à la reprise du stage est exclu du programme auquel il est inscrit.

12.3 Reprise d'un cours obligatoire ou d'un cours de rattrapage

Le résident qui a subi un échec à un cours obligatoire ou à un cours de rattrapage (à l'exception des cours de rattrapage en français) doit reprendre, dans l'année qui suit cet échec ou dès que le cours sera offert ultérieurement, le même cours ou l'équivalent ou subir un examen de reprise, selon la décision du comité d'évaluation du programme. Le résident qui subit un échec à la reprise du cours, ou qui ne se présente pas à un examen de reprise, est exclu du programme auquel il est inscrit.

12.4 Reprise d'un cours à option

Le résident qui a subi un échec à un cours à option doit reprendre le même cours ou, avec l'approbation de l'autorité compétente, lui substituer un autre cours à option dans l'année qui suit cet échec ou subir un examen de reprise, selon la décision du comité d'évaluation du programme. Le résident qui subit un échec à la reprise du cours, ou qui ne se présente pas à un examen de reprise est exclu du programme auquel il est inscrit.

12.5 Reprise d'un cours au choix

Le résident qui a subi un échec à un cours au choix peut le reprendre ou, avec l'approbation de l'autorité compétente, lui substituer un autre cours au choix ou subir un examen de reprise selon les modalités de reprise prévues au règlement pédagogique de la faculté responsable du cours. Le résident qui subit un échec à la reprise du cours, ou qui ne se présente pas à un examen de reprise, peut être exclu du programme auquel il est inscrit.

ARTICLE 13 – EXCLUSION

13.1 Exclusion

Un résident peut être exclu du programme dans les cas suivants:

- a) le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un stage; dans l'application de cette règle, la reprise du stage consécutive à l'attribution de la mention « inférieur aux attentes » n'est pas comptabilisée;
- b) le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un cours obligatoire, d'un cours à option ou d'un cours au choix;

- c) le résident obtient une mention « échec » à un 2^e stage au cours de sa formation postdoctorale;
- d) le résident obtient une mention « échec » à un 2^e cours obligatoire au cours de sa formation postdoctorale;
- e) l'évaluation globale du résident est jugée insatisfaisante par le comité d'évaluation;
- f) la progression du résident est jugée insatisfaisante par le comité d'évaluation;
- g) le résident refuse de se soumettre aux conditions entourant une reprise de stage;
- h) le résident ne répond pas à une exigence spécifiée dans les dispositions réglementaires propres au programme;
- i) le résident n'a pas rempli toutes les exigences du programme au terme de sa scolarité;
- j) l'état de santé du résident est incompatible avec la poursuite de son programme de résidence; à cette fin, le doyen ou l'autorité compétente peut exiger au besoin que le résident se soumette à un examen médical par un médecin qu'il désigne;
- k) le résident a une connaissance insuffisante du français.

Il s'applique dès ce moment et pour l'avenir, à tous les résidents déjà admis ou inscrits dans un programme d'études médicales postdoctorales.

Il remplace toute version antérieure du *Règlement pédagogique des études médicales postdoctorales* et toutes les Règles de procédure internes qui y ont été rattachées.

13.2 Droit de révision

Le résident qui souhaite en appeler d'une décision d'exclusion doit en faire la demande par écrit au doyen dans les quinze jours ouvrables suivant le moment où cette décision lui a été communiquée. Le doyen en saisit le Comité de révision, qui entend le directeur de programme, ainsi que toute autre personne qu'il juge approprié, en présence du résident. Le Comité recommande ensuite au doyen la levée ou le maintien de l'exclusion. Le doyen informe le résident de sa décision. La décision du doyen est sans appel.

ARTICLE 14 – RÈGLEMENT DISCIPLINAIRE

Le *Règlement disciplinaire concernant les membres du personnel enseignant et les étudiants* s'applique aux résidents inscrits dans un programme d'études médicales postdoctorales.

ARTICLE 15 – ABSENCES

Tout résident qui s'absente doit en informer le responsable de l'enseignement hospitalier ou, en son absence, le chef du département ou du service hospitalier. S'il s'absente pour plus d'une semaine, il doit en outre en informer son directeur de programme par écrit et lui en donner les raisons. Il doit également adresser une copie de cette lettre au vice-doyen et au directeur de l'enseignement du milieu de formation où il est assigné.

ARTICLE 16 – PROLONGATION EXCEPTIONNELLE

Pour des raisons exceptionnelles, et après consultation du directeur de programme, le doyen ou l'autorité compétente peut accorder à un résident qui le demande une prolongation d'au plus un an pour lui permettre de satisfaire à toutes les exigences du programme.

ARTICLE 17 – OCTROI DE DIPLÔMES

Pour recevoir un diplôme, le résident doit :

- a) avoir réussi tous ses stages;
- b) avoir progressé adéquatement dans son programme;
- c) avoir satisfait aux autres exigences du programme;
- d) dans le cas de formation faite en partie dans une autre Université, avoir réussi à l'Université de Montréal au moins la moitié des années de formation de son programme.

ARTICLE 18 – RÈGLEMENT PROPRE À CHAQUE PROGRAMME

Des exigences particulières peuvent être fixées par le règlement propre à chaque programme.

ARTICLE 19 – DISPOSITIONS DIVERSES

Le présent règlement régit les études médicales postdoctorales à compter de son adoption.

RÈGLEMENT DES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES

Guide d'interprétation

À l'usage exclusif des directeurs de programme

Règlement des études médicales postdoctorales

Article 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les études médicales postdoctorales consistent en un ensemble de stages effectués dans le cadre d'un programme universitaire agréé par le Collège des médecins du Québec, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le présent règlement a pour objet de déterminer les règles relatives aux études médicales postdoctorales à l'Université de Montréal.

Article 2 DÉFINITIONS

À moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

2.1 Année de formation

L'année de formation comprend treize périodes de quatre semaines; elle débute le 1^{er} juillet et se termine le 30 juin. Dans certains cas, sur décision de l'autorité compétente, la date du début de l'année de formation peut être modifiée.

2.2 Autorité compétente

Tout officier de la faculté, autre que le doyen, ou toute autre personne qui, en raison des Statuts ou d'un règlement de l'Université, est autorisé à exercer un pouvoir ou une prérogative conféré au doyen.

[Lorsqu'un article fait référence au doyen ou à l'autorité compétente, c'est au vice-doyen aux études médicales postdoctorales que ce pouvoir est délégué.](#)

2.3 Conseil de la Faculté

Le Conseil de la Faculté de médecine.

2.4 Cours

Un ensemble d'activités de formation théorique ou pratique pouvant constituer un élément d'un ou de plusieurs programmes.

[Un stage est une forme de cours.](#)

2.5 Crédit

Une unité qui permet à l'Université d'attribuer une valeur numérique à la charge de travail exigée d'un étudiant pour atteindre les objectifs d'une activité d'enseignement ou de recherche.

2.6 Département

Un département universitaire relevant de la Faculté de médecine auquel le programme concerné est rattaché.

2.7 Directeur de programme

Le directeur du programme de résidence concerné.

2.8 Doyen

Le doyen de la Faculté de médecine.

2.9 Étudiant

Une personne inscrite à un programme d'études médicales postdoctorales. Il y a trois catégories d'étudiants : l'étudiant régulier, l'étudiant libre et l'étudiant visiteur.

a) l'étudiant régulier

L'étudiant régulier est l'étudiant admis à un programme et inscrit, ou pouvant s'inscrire, à un ou à des cours de ce programme. L'étudiant régulier peut aussi avoir accès à des cours hors programme. Un étudiant ne peut être à la fois régulier dans un programme et libre dans un autre programme.

b) l'étudiant libre

L'étudiant libre est l'étudiant inscrit à un ou à quelques cours; il ne postule ni certificat, ni diplôme, ni grade, mais il doit se soumettre à l'évaluation des apprentissages. L'étudiant libre est admis pour une année ou moins, sa réadmission est exceptionnelle. L'étudiant libre est soumis à la même réglementation que l'étudiant régulier.

c) l'étudiant visiteur

L'étudiant visiteur est l'étudiant admis à un programme dans une autre université ou dans un établissement de niveau universitaire et qui, en vue de satisfaire à certaines exigences de ce programme, est inscrit à un ou à quelques cours à l'Université de Montréal en vertu d'une entente officielle ou dans le cadre d'un programme d'échanges. L'étudiant visiteur ne postule ni certificat, ni diplôme, ni grade à l'Université de Montréal; il est néanmoins soumis à la réglementation de cette dernière.

Cette nomenclature est surtout utile à l'Université pour bien différencier les catégories de résidents :

Tout résident qui remplit les exigences d'admission d'un programme de formation qui répond aux normes d'un organisme d'agrément est un étudiant régulier, indépendamment de la source de sa rémunération (RAMQ ou bourse de moniteur clinique).

Tout résident dont la formation ne correspondra pas aux normes d'un programme est un étudiant libre, indépendamment de son mode de rémunération. C'est notamment le cas de tous les « fellows ».

2.10 Faculté

La Faculté de médecine.

2.11 Officier

Le doyen, un vice-doyen, le secrétaire de la Faculté, un directeur de département ou d'école.

2.12 Organisme d'agrément

Le Collège des médecins du Québec, le Collège des médecins de famille du Canada ou le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

2.13 Professeur

Tout professeur, chargé de cours ou toute autre personne responsable d'un cours ou d'un enseignement.

2.14 Programme

Un ensemble défini, structuré et cohérent de cours, de stages et d'autres activités de formation qui permettent l'acquisition, par les titulaires d'un diplôme de médecine, des compétences nécessaires à la pratique professionnelle, en médecine de famille ou dans une des spécialités de la médecine.

Dans le cadre du présent règlement, le terme « programme » signifie programme de formation médicale postdoctorale.

2.15 Résident

Tout étudiant inscrit dans un programme de formation médicale postdoctorale à l'Université.

2.16 Responsable de stage

Un professeur qui assure la supervision du stage clinique dans un établissement, un département ou un service.

2.17 Scolarité

Le temps normal requis pour compléter un programme.

2.18 Stage

Un cours qui se déroule dans un milieu professionnel ou dans un laboratoire de recherche sous la responsabilité académique de l'Université. La durée d'un stage peut varier de une à plusieurs périodes. Lorsqu'un stage dure plus de trois périodes, il est divisé en segments d'au plus trois périodes.

2.19 Vice-doyen

Le vice-doyen aux études médicales postdoctorales de la Faculté de médecine.

Article 3 STRUCTURE ADMINISTRATIVE DES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES

Le vice-doyen est responsable de l'ensemble de la conduite et de la supervision de la formation médicale postdoctorale.

3.1 Le Comité des études médicales postdoctorales

Le Comité des études médicales postdoctorales est responsable de l'élaboration et de la révision de tous les aspects de la formation médicale postdoctorale. Il a notamment pour fonctions l'établissement de politiques générales en matière d'éducation médicale postdoctorale, la mise en place et le maintien de mécanismes de liaison appropriés avec les directeurs des programmes de résidence et les milieux de formation, l'établissement de politiques de sélection, d'évaluation, de promotion et de renvoi des résidents dans tous les programmes et la supervision de leur mise en vigueur, et l'établissement de politiques permettant d'assurer une supervision appropriée des résidents. Le Comité des études médicales postdoctorales est constitué :

- a) du vice-doyen, qui le préside;
- b) de professeurs de la Faculté, nommés par le vice-doyen;
- c) d'un résident en médecine de famille, élu ou nommé par ses pairs;
- d) d'un résident d'un programme de spécialité, élu ou nommé par ses pairs;
- e) d'un représentant, siégeant à titre d'observateur, du Collège des médecins du Québec.

3.2 Le Comité d'agrément des programmes

Les programmes de formation médicale postdoctorale sont soumis aux normes d'agrément du Collège des médecins du Québec, et du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Le Comité d'agrément des programmes a pour mandat, notamment, la préparation, la tenue et le suivi des visites internes d'agrément. Il contribue aussi à la formation des directeurs de programme et des comités de programme en vue des visites d'agrément. Le vice-doyen en est membre d'office.

Il est constitué :

- a) d'un président, nommé par le vice-doyen après consultation du Comité des études médicales postdoctorales;
- b) de professeurs de la Faculté, nommés par le vice-doyen;
- c) d'un résident, élu ou nommé par ses pairs.

3.3 Le directeur de programme

Chaque programme de résidence est sous la responsabilité d'un directeur, qui en assure la gestion et la supervision.

Il est nommé par le Conseil de la Faculté, sur recommandation du directeur de département concerné et du Comité des études médicales postdoctorales.

Il rend compte au vice-doyen et au directeur de département concerné.

Le directeur de programme est nommé par le Comité exécutif du Conseil de la Faculté de médecine, selon la procédure suivante :

- Le directeur du département, après consultation auprès d'un comité de nomination, transmet une recommandation au vice doyen qui la soumet au comité des études médicales postdoctorales.
- Le vice doyen transmet la recommandation du comité des études médicales postdoctorales au Comité exécutif du Conseil de la Faculté.
- Dans le cas de programmes qui ne sont pas rattachés à un département, le comité des études médicales postdoctorales consulte un comité de nomination et le vice doyen transmet la recommandation du comité des études médicales postdoctorales au Comité exécutif du Conseil de la Faculté.
- Dans le cas de programmes qui sont rattachés à plus d'un département, les directeurs de département concernés désignent les membres du comité de nomination et transmettent une recommandation conjointe au comité des études médicales postdoctorales.
- Le mandat du directeur de programme est généralement de quatre (4) ans. Il peut être renouvelé suivant la procédure énoncée aux paragraphes précédents.

Dans des circonstances exceptionnelles, et notamment lors la nomination d'un nouveau directeur de département, le mandat du directeur de programme peut être révoqué par le Comité exécutif du Conseil de la Faculté, sur recommandation du vice doyen et du ou des directeurs de département concernés, ou par le vice doyen dans le cas d'un programme qui n'est pas rattaché à un département.

3.4 Le comité de programme

Pour chaque programme est institué un comité de programme qui a pour mandat de planifier, d'organiser et de superviser la formation.

Le comité est constitué :

- a) du directeur de programme, qui le préside;
- b) de professeurs représentant chacun des principaux établissements participant au programme, nommés par le directeur de programme;
- c) d'au moins un résident du programme, élu ou nommé par ses pairs.

Le directeur de département peut siéger au comité comme tout professeur, mais il n'en est pas membre d'office.

Il doit y avoir au moins un résident, et celui-ci doit être élu par ses pairs. En général, il devrait y avoir un résident pour représenter les diverses catégories de résidents (soit un par année de formation, soit un par étape de formation).

3.5 Le comité d'admission du programme

Chaque programme comprend un comité d'admission qui a pour fonction d'établir les modalités d'admission au programme, d'étudier les demandes d'admission et d'émettre une recommandation quant à l'acceptation ou au refus de chacun des candidats, de planifier les entrevues d'admission, s'il y a lieu, et d'établir un ordre de priorité de recrutement.

Le comité d'admission est constitué :

- a) de professeurs de la Faculté, nommés par le directeur de programme;
- b) d'au moins un représentant des résidents, élu ou nommé par ses pairs.

En l'absence d'un comité d'admission du programme, le comité de programme peut agir à sa place.

Le comité d'admission est un comité qui recommande, il n'est pas décisionnel. La décision revient au doyen ou au vice-doyen.

Remarque :

1. Dans le processus du CaRMS, le vice-doyen, au nom du doyen, peut (exceptionnellement) modifier la liste de classement faite par le comité d'admission du programme;
2. Le comité d'admission ou la direction du programme ne doit jamais signifier son acceptation ou son refus directement au candidat. Seul le doyen ou le vice-doyen peut le faire.

Lorsque le comité de programme fait office de comité d'admission, s'il tient les deux réunions dans la même séance :

La partie « comité d'admission » de la réunion doit être bien identifiée séparément de la partie « comité de programme » au procès-verbal

ou

Un procès-verbal séparé doit être dressé.

3.6 Le comité d'évaluation du programme

Chaque programme comprend un comité d'évaluation qui a pour fonction d'établir les critères et les modalités de l'évaluation et de se prononcer sur l'évaluation de chacun des résidents.

Le comité d'évaluation fait des recommandations au doyen ou à l'autorité compétente concernant la reprise d'un ou plusieurs stages, ou d'une année de formation par un résident, sa promotion ou son exclusion.

Le comité d'évaluation est constitué :

- a) de professeurs de la Faculté désignés par le directeur de programme;
- b) d'au moins un représentant des résidents, élu ou désigné par ses pairs.

En l'absence d'un comité d'évaluation du programme, le comité de programme peut agir à sa place.

Le résident qui siège au comité d'évaluation doit être élu par ses pairs parmi les résidents les plus séniors du programme.

Un résident ne peut pas exiger que le résident qui siège sur le comité d'évaluation se retire lorsque son évaluation est discutée.

Par contre, pour préserver le principe d'impartialité, le résident membre du comité d'évaluation doit se retirer des délibérations lorsque sa propre évaluation est discutée ou s'il se considère en conflit d'intérêt lorsque l'évaluation d'un autre résident est discutée.

Lorsque le comité de programme fait office de comité d'évaluation, s'il tient les deux réunions dans la même séance :

La partie « comité d'évaluation » de la réunion doit être bien identifiée séparément de la partie « comité de programme » au procès-verbal
ou
Un procès-verbal séparé doit être dressé.

3.7 Le Comité de révision des études médicales postdoctorales

Le Comité de révision relève du doyen.

Ce Comité est constitué :

- a) de huit professeurs nommés par le Conseil de la Faculté, dont l'un agit comme président;
- b) d'un résident en fin de formation, élu ou nommé par ses pairs.

Trois membres, dont le résident, forment le quorum du comité.

Le Conseil peut, au besoin, nommer des membres substitués, pour un mandat d'une durée équivalente à celle des membres réguliers.

Le Comité de révision étudie les demandes de révision de l'évaluation ainsi que les recommandations d'exclusion.

Article 4 LES PROGRAMMES DE FORMATION MÉDICALE POSTDOCTORALE

4.1 Objectifs des programmes

Les programmes permettent l'acquisition, par les titulaires d'un diplôme de médecine, des compétences nécessaires à la pratique professionnelle de la médecine. Les programmes respectent les normes des organismes d'agrément de telle sorte que le résident qui complète un programme peut postuler en vue de l'obtention du certificat ou de l'attestation décerné par ces organismes.

Certains programmes permettent aussi aux détenteurs d'une attestation en médecine de famille ou d'un certificat de spécialiste de poursuivre une formation supplémentaire dans une discipline spécifique.

4.2 Responsabilités relatives aux programmes

Les programmes sont sous la responsabilité de la Faculté. Un programme peut cependant comprendre des cours qui sont sous la responsabilité d'une autre faculté que la Faculté de médecine.

Conformément aux Statuts de l'Université, le doyen dirige les études dans sa faculté et voit à l'application du présent règlement touchant les programmes et les cours de sa faculté ainsi que les programmes multi-facultaires dont la responsabilité a été attribuée à sa faculté par entente inter-facultaire ou interuniversitaire.

4.3 Structure d'un programme

La formation postdoctorale consiste dans un ensemble de stages de formation en médecine de famille ou en spécialité effectués dans des milieux de formation agréés ou approuvés par le Collège des médecins du Québec, ainsi que d'autres formes de cours tels que des cours théoriques, ateliers, séminaires et autres activités d'apprentissage.

La structure d'un programme comprend la liste des cours obligatoires et à option et précise, s'il y a lieu, leur répartition selon l'année de formation.

4.4 Scolarité

Pour tout résident, la scolarité minimale est déterminée par la Faculté. La scolarité maximale, en excluant les périodes de suspension, est de :

- a) deux ans, pour un programme dont la durée prévue est de un an;
- b) quatre ans, pour un programme dont la durée prévue est de deux ou trois ans;
- c) sept ans, pour un programme dont la durée prévue est de quatre ou cinq ans;
- d) huit ans, pour un programme dont la durée prévue est de six ans;
- e) neuf ans, pour un programme dont la durée prévue est de plus de six ans.

[Cet article sera utilisé en cas d'abus pour éviter qu'un résident ne prolonge sa résidence indûment.](#)

Article 5 ADMISSION À UN PROGRAMME

L'admission est un processus au terme duquel le doyen ou l'autorité compétente accorde, à une personne ayant satisfait à certaines conditions, le droit d'être admis dans un programme.

Le fait de satisfaire aux conditions d'admissibilité ne garantit pas nécessairement l'admission.

5.1 Responsabilité de l'admission

Le doyen ou l'autorité compétente est responsable de l'admission. Le Comité d'admission du programme étudie les demandes d'admission et transmet ses recommandations au doyen ou à l'autorité compétente.

Le comité d'admission est donc un comité qui recommande, il n'est pas décisionnel. La décision revient au doyen ou au vice-doyen.

Remarque :

1. Dans le processus du CaRMS, le vice-doyen, au nom du doyen, peut donc (exceptionnellement) modifier la liste de classement faite par le comité d'admission du programme;
2. Le comité d'admission ou la direction du programme ne doit jamais signifier son acceptation ou son refus directement au candidat. Seul le doyen ou le vice-doyen peut le faire.

5.2 Procédure

La procédure d'admission est établie par la Faculté et est sujette aux conditions imposées par les organismes d'agrément et les décrets gouvernementaux.

Le candidat à l'admission doit présenter une demande suivant la procédure établie et fournir les documents requis dans les délais prescrits pour l'admission à un programme. Les formulaires à compléter varient selon la nature de l'admission.

La procédure d'admission applicable aux différentes catégories de candidats est présentée sur le site Internet des études médicales postdoctorales.

5.3 Conditions d'admission

a) Conditions d'admissibilité

Pour être admissible, le candidat doit :

- i) être titulaire d'un diplôme de médecine d'une université du Québec, du Canada ou des États-Unis, ou d'une équivalence du diplôme de médecine reconnue par le Collège des médecins du Québec, ou d'une lettre d'admissibilité du Collège des médecins du Québec;
- ii) satisfaire aux conditions d'admissibilité propres au programme choisi.

La Faculté peut exiger une preuve d'immunisation contre des maladies transmissibles, des examens de dépistage, et un examen médical par un médecin de son choix avant d'admettre un candidat. L'état de santé d'un candidat peut justifier un refus si celui-ci est incompatible avec l'atteinte des objectifs du programme ou comporte un danger pour les patients, d'autres personnes, ou pour lui-même.

b) Restrictions

Le doyen ou l'autorité compétente n'est pas tenu d'offrir l'admission à tous les candidats qui satisfont aux conditions d'admissibilité. Notamment, le doyen ou l'autorité compétente peut refuser l'admission pour les motifs suivants :

- i) le nombre de candidats admissibles excède la capacité d'accueil d'un programme;
- ii) le rendement scolaire est insuffisant;
- iii) le dossier académique est non compétitif;
- iv) la formation, le diplôme ou les cours préalables requis pour l'admission datent de plus de deux ans.

c) Année de qualification

Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer une année de qualification, dans un programme d'appoint ou dans un programme connexe, à tout candidat dont la formation a été acquise en dehors du réseau collégial ou universitaire québécois afin de pouvoir mieux évaluer le potentiel du candidat pour une admission dans un programme contingenté et de favoriser une meilleure intégration dans le cursus des études médicales postdoctorales.

5.4 Conditions relatives à la langue française

Pour être admissible le candidat doit satisfaire aux conditions relatives à la connaissance et, le cas échéant, à la maîtrise de la langue française.

a) Connaissance de la langue française

Le candidat doit démontrer qu'il a la capacité de communiquer en français jugée suffisante pour suivre un programme d'études dans une institution universitaire francophone. Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer à tout candidat dont la langue maternelle n'est pas le français ou qui n'a pas antérieurement fait d'études en français de se soumettre préalablement à un test de français. Le candidat qui a échoué au test de français n'est pas autorisé à s'inscrire au programme auquel il est admis tant qu'il ne peut démontrer, en reprenant et en réussissant le test, qu'il a une connaissance suffisante du français pour suivre avec profit les cours du programme auquel il a été admis.

b) Cours de mise à niveau

Lorsqu'un candidat possède une maîtrise insuffisante de la langue française, le doyen ou l'autorité compétente peut lui imposer de s'inscrire, à ses frais, à des cours de mise à niveau comme condition préalable à son admission.

5.5 Connaissance de l'anglais

Dans certains programmes, la connaissance de l'anglais est indispensable et le résident peut être invité à soumettre des travaux ou à présenter des exposés dans cette autre langue.

Dans ce cas, un test de connaissance de cette langue peut être imposé au candidat par la Faculté.

5.6 Étude des dossiers d'admission

Dans l'évaluation du dossier d'admission, les résultats scolaires étudiés sont ceux disponibles à la date limite officielle pour le dépôt de la demande d'admission, à moins que ceux-ci ne permettent pas de porter un jugement pertinent, auquel cas des résultats postérieurs à cette date sont pris en compte.

5.7 Tests et entrevues

Le candidat qui satisfait aux conditions d'admissibilité relatives aux études antérieures et, le cas échéant, qui a été présélectionné, peut être invité à se présenter à une entrevue et à subir un ou des tests d'admission ou un examen.

Le comité d'admission décide si le candidat doit être reçu en entrevue ou non. Cependant, aucun candidat ne peut être admis sans avoir eu d'entrevue (cette règle s'applique aussi aux moniteurs cliniques et aux « fellows »).

a) Conditions de l'entrevue

L'entrevue est menée par au moins deux personnes désignées par le doyen ou l'autorité compétente. Le contenu de l'entrevue est établi en fonction des critères fixés par le programme.

b) Absence

Un candidat qui, pour un motif indépendant de sa volonté, ne peut se présenter à une entrevue, à un test ou à un examen auquel il est convoqué et pour lequel il a confirmé sa présence, doit en aviser la Faculté, par écrit, dans les meilleurs délais avant ou suivant le jour de l'entrevue. Si le motif est jugé valable, le candidat sera convoqué de nouveau.

5.8 Décision

Selon le cas, le vice-doyen transmet au candidat, pour chacun des programmes de formation médicale postdoctorale inscrits dans sa demande d'admission:

a) une offre d'admission définitive

Si celui-ci satisfait à toutes les conditions d'admissibilité propres au programme. L'avis d'admission précise les conditions additionnelles que le candidat doit remplir dans les délais prescrits.

b) une offre d'admission sous engagement

S'il y a présomption que le candidat aura satisfait aux conditions d'admissibilité dans les délais prescrits. L'avis d'admission précise les conditions additionnelles que le candidat doit remplir dans les délais prescrits.

c) une offre d'inscription sur une liste d'attente

Une telle offre peut être suivie d'une offre d'admission définitive ou d'une offre d'admission sous engagement si, en raison de désistements, la capacité d'accueil d'un programme n'est pas atteinte.

d) une offre d'admission conditionnelle

À titre exceptionnel, dans certains programmes, le doyen ou l'autorité compétente peut admettre un candidat qui ne satisfait pas à toutes les conditions d'admissibilité. Le doyen ou l'autorité compétente impose alors des conditions que le candidat doit remplir dans les délais prescrits.

e) un avis de refus

Un refus à un programme est sans appel, mais n'exclut pas la possibilité que le candidat soit admis à un autre programme.

5.9 Acceptation d'une offre

a) Délais de réponse

Le candidat qui reçoit une offre d'admission définitive, une offre d'admission sous engagement ou une offre d'inscription sur une liste d'attente doit faire part de son acceptation ou de son refus de l'offre dans les délais indiqués dans l'avis.

b) Délais pour satisfaire aux conditions d'une admission

Le candidat admis sous engagement doit satisfaire aux conditions de son admission dans les délais prescrits et en faire la preuve le plus tôt possible en transmettant les documents appropriés au vice-doyen.

5.10 Poste de résident

L'admission à un programme de résidence ne devient définitive qu'après son acceptation par les autorités administratives de l'établissement auquel le candidat est recommandé par la Faculté et l'obtention d'une carte de stages émise par le Collège des médecins du Québec.

La Faculté désigne l'établissement auquel le candidat sera recommandé à un poste de résident.

5.11 Désistement

Le candidat peut se désister à tout moment du processus d'admission.

Il y a désistement automatique dans les cas suivants :

a) Offre d'admission à un autre programme

Le candidat a reçu une offre d'admission définitive ou une offre d'admission sous engagement à un autre programme pour lequel il avait indiqué une préférence (choix prioritaire).

b) Défaut de répondre à une offre d'admission

Le candidat omet de répondre à une offre d'admission définitive, à une offre d'admission sous engagement ou à une offre d'inscription sur une liste d'attente dans les délais prescrits. Il en est alors averti.

c) Défaut de se présenter à une entrevue, à un test ou à un examen

Le candidat ne se présente pas à une entrevue, à un test ou à un examen auquel il est convoqué, sans motif valable.

d) Défaut de satisfaire aux conditions d'admission

Le candidat ne satisfait pas aux conditions de son admission.

e) Défaut de s'inscrire

Le candidat omet de s'inscrire au programme auquel il a été admis.

5.12 Prolongation d'engagement

Exceptionnellement, le doyen ou l'autorité compétente peut prolonger d'un maximum de onze mois le délai accordé à un candidat pour satisfaire à l'engagement d'obtenir son diplôme de médecine ou de terminer un cours préalable.

5.13 Réadmission

a) Demande

Le résident qui a abandonné ses études dans un programme ou qui en a été exclu pour des raisons autres que le renvoi en vertu d'un règlement disciplinaire peut présenter une nouvelle demande. Il doit alors satisfaire aux conditions d'admissibilité en vigueur au moment du dépôt de la demande de réadmission et démontrer à la satisfaction du doyen ou de l'autorité compétente qu'il a amélioré ses possibilités de réussite.

b) Conditions à la réadmission

Pour une réadmission dans un programme contingenté, le doyen ou l'autorité compétente tient également compte du nombre de places et de la valeur comparative du dossier du candidat à la réadmission.

Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer des conditions à la réadmission.

5.14 Nullité d'une admission

Est nulle l'admission reposant sur un faux diplôme, sur un document falsifié, sur des déclarations mensongères ou sur toute autre forme de fraude.

5.15 Effets d'une admission ou d'une réadmission

L'admission d'un candidat à un programme de formation médicale postdoctorale lui confère le statut d'étudiant régulier, d'étudiant libre ou d'étudiant visiteur pour la version en vigueur de ce programme, statut qu'il maintient jusqu'à la réussite, l'abandon ou l'exclusion du programme. L'étudiant doit procéder à son inscription selon les modalités et dans les délais qui lui sont indiqués.

5.16 Changement de programme

La Faculté n'a pas l'obligation d'accepter une demande de changement de programme. Lorsqu'elle accepte de le faire, elle doit prendre en considération les lois, règlements et autres actes gouvernementaux. Elle tient également compte de la valeur comparative du dossier du candidat.

Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer des conditions au changement de programme.

La procédure à suivre pour faire une demande de changement de programme est indiquée sur le site : <http://www.med.umontreal.ca/etudes/postdoc.htm>.

Transfert d'université

La Faculté n'a pas l'obligation d'accepter une demande de transfert d'un résident en provenance d'une autre université. Dans l'étude d'une telle demande, elle doit prendre en considération les lois, règlements et autres actes gouvernementaux. Elle tient également compte de la valeur comparative du dossier du candidat.

Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer des conditions au transfert d'université.

La procédure à suivre pour faire une demande de transfert d'université est indiquée sur le site : <http://www.med.umontreal.ca/etudes/postdoc.htm>.

5.17 Formation complémentaire

La Faculté n'a pas l'obligation d'accepter une demande de formation complémentaire. Dans l'étude d'une telle demande, elle doit prendre en considération les lois, règlements et autres actes gouvernementaux. Elle tient également compte de la valeur comparative du dossier du candidat.

La procédure à suivre pour faire une demande de formation complémentaire est indiquée sur le site <http://www.med.umontreal.ca/etudes/postdoc.htm>.

5.18 Admission de l'étudiant libre à titre d'étudiant régulier

L'étudiant libre ne peut changer son statut pour celui d'étudiant régulier. Il peut cependant faire une demande d'admission à titre d'étudiant régulier.

Article 6 LES COURS

Suivant les objectifs visés, le cours peut prendre diverses formes, notamment de stage clinique, de stage de recherche, de leçon magistrale, d'atelier, de séminaire, de laboratoire.

6.1 Responsabilités relatives aux cours

La Faculté est responsable des cours. Elle en définit les contenus et les modalités d'insertion dans chacun des programmes.

Les activités de formation sont sous la responsabilité des professeurs dans le respect du cadre établi par le doyen et des règlements et politiques de l'Université.

6.2 Modalité d'insertion d'un cours dans un programme

a) Cours obligatoire

Le cours obligatoire est imposé à tous les résidents inscrits à un programme ou, le cas échéant, à une orientation d'un programme.

b) Cours à option

Le cours à option est choisi par le résident parmi un certain nombre de cours faisant partie de blocs structurés; l'Université se réserve le droit de modifier l'offre de cours à option d'une version de programme.

c) Cours au choix

Le cours au choix est choisi par le résident dans l'ensemble des cours offerts par l'Université. La Faculté peut imposer des restrictions à la liste des cours qui peuvent être choisis à ce titre par le résident.

6.3 Cours hors programme

Le cours hors programme est un cours choisi par le résident dans l'ensemble des cours offerts par l'Université. Il ne fait cependant pas partie du programme du résident.

6.4 Autres caractéristiques des cours

a) Cours équivalent

Est dit équivalent un cours qui comporte un recoupement significatif de la matière avec un autre cours. Un seul des cours dits équivalents peut être crédité dans le programme du résident.

b) Cours préalable

Est dit préalable un cours qui doit obligatoirement avoir été suivi avant un autre.

c) Cours concomitant

Est qualifié de concomitant un cours qui doit être suivi parallèlement à un autre; ce cours peut avoir été suivi préalablement.

d) Cours de mise à niveau

Un cours imposé au candidat par le doyen ou l'autorité compétente à titre de cours préparatoire ou un cours imposé à la suite d'un résultat insatisfaisant à un test d'admission requis par la Faculté, est dit cours de mise à niveau. Sauf exception, ce cours est obligatoirement considéré hors programme.

e) Cours éliminatoire

Est dit éliminatoire un cours dont l'échec n'admet aucune reprise et, de ce fait, exclut la poursuite des études dans le programme.

6.5 Langue d'enseignement

La langue d'enseignement est le français sauf exception justifiée par la nature du programme ou du cours, ou encore, par la présence d'un conférencier ou d'un professeur invité. Les ouvrages de références obligatoires sont en français, de préférence, ou en anglais. Il n'y a cependant pas de restriction quant à la langue des ouvrages suggérés aux résidents dans les listes bibliographiques.

Article 7 INSCRIPTION

Selon le contexte, on distingue l'inscription à un programme et l'inscription à un cours.

- a) L'inscription à un programme réfère au statut de l'étudiant par rapport au programme auquel il a été admis.
- b) L'inscription à un cours est un processus comportant deux étapes :
 - i) l'indication par l'étudiant de son intention de suivre un cours;
 - ii) l'autorisation et l'enregistrement par l'Université.

7.1 Disposition générale

Nul n'est autorisé à suivre un cours ou à se soumettre aux évaluations s'il n'est dûment inscrit au cours.

Une inscription à un cours n'est valide que pour la durée du cours.

7.2 Offre de cours

a) Liste de cours offerts

La Faculté n'est pas tenue d'offrir tous les cours de sa banque de cours à chaque trimestre, voire à chaque année de formation. De plus, la Faculté peut retirer de l'horaire un cours si, compte tenu des circonstances, il devient impossible ou déraisonnable de l'offrir.

La Faculté n'est pas tenue d'offrir une version de programme au-delà du temps normalement requis pour compléter un programme ou si, compte tenu des circonstances, il devient impossible ou déraisonnable de l'offrir.

b) Accessibilité aux cours

La Faculté indique quels cours peuvent recevoir des étudiants libres et des étudiants visiteurs, elle précise également les cours auxquels des étudiants réguliers peuvent s'inscrire à titre de cours au choix et de cours hors programme.

Article 8 INSCRIPTION DE L'ÉTUDIANT RÉGULIER

8.1 Obligation d'inscription

Le candidat admis doit être inscrit. Pour maintenir son inscription au programme, il doit être réinscrit à chaque année, sans quoi il est réputé avoir abandonné son programme.

8.2 Autorisation

Le doyen ou l'autorité compétente entérine l'inscription de l'étudiant.

Sauf exception autorisée par le doyen ou l'autorité compétente, un étudiant ne peut s'inscrire à plus d'un programme à la fois.

8.3 Régimes d'inscription

Sauf exception autorisée par le doyen ou l'autorité compétente, l'étudiant s'inscrit à temps plein.

8.4 Prescriptions d'inscription – inscription concurrente à deux programmes

Le résident inscrit dans deux programmes concurrentement doit s'inscrire aux cours en respectant les structures de chacun des programmes et les exigences propres aux cours. Il doit également tenir compte de la scolarité de chacun des programmes.

8.5 Prescriptions d'inscription – cours de mise à niveau

L'étudiant qui, en raison de résultats non satisfaisants à un test de français ou à tout autre test, doit suivre un ou des cours de mise à niveau, doit s'y inscrire dans les délais prescrits par le doyen ou l'autorité compétente et, le cas échéant, se soumettre aux prescriptions particulières d'inscription.

L'étudiant admis conditionnellement à la réussite d'un cours offert à l'Université doit s'y inscrire dans les délais prescrits par le doyen ou l'autorité compétente et, le cas échéant, se soumettre aux prescriptions particulières d'inscription.

8.6 Prescriptions d'inscription – stage

Les milieux de stage sont assignés par la Faculté. Tout lieu de stage qui ne l'est pas doit avoir reçu l'approbation préalable du doyen ou de l'autorité compétente.

[Le choix du milieu de stage auquel est assigné un résident appartient à la Faculté. Ce n'est pas le résident qui décide.](#)

8.7 Inscription à un cours hors établissement

En vertu d'ententes interuniversitaires, le doyen ou l'autorité compétente peut permettre à un étudiant régulier de s'inscrire à un ou plusieurs cours dans un autre établissement universitaire.

Le cours suivi dans le cadre de l'Entente relative au transfert de crédits académiques entre les établissements universitaires du Québec est considéré au même titre qu'un cours substitut.

Le cours suivi dans le cadre d'une entente interprovinciale ou internationale est considéré au même titre qu'un cours équivalent ou qu'un cours substitut, selon les termes de l'entente conclue entre l'Université et l'autre établissement.

Le maximum de cours hors établissement auxquels un étudiant peut s'inscrire est déterminé par la Faculté.

8.8 Inscription à des cours hors programme

L'étudiant régulier peut s'inscrire à des cours hors programme. La Faculté peut imposer des restrictions à la liste des cours qui peuvent être choisis à ce titre par l'étudiant. La Faculté peut limiter le nombre de cours hors programme auxquels peut s'inscrire un résident aussi bien pendant une année de formation que dans l'ensemble de son programme.

8.9 Modification d'inscription

Le résident peut modifier son choix de cours avant la date limite fixée dans le calendrier facultaire ou, le cas échéant, dans le délai fixé pour chacun des cours.

L'autorisation du doyen ou de l'autorité compétente est requise.

Tout changement de choix de cours doit être fait dans le respect des délais d'inscription.

8.10 Abandon d'un cours

a) Demande

Le résident qui, pour un motif valable, désire abandonner un cours alors que le délai de modification de l'inscription est écoulé, doit présenter une demande écrite et motivée au plus tard avant la date limite fixée dans le calendrier facultaire ou, le cas échéant, dans le délai fixé pour chacun des cours. Le doyen ou l'autorité compétente responsable du programme auquel est inscrit le résident juge du bien-fondé de la demande.

b) Abandon autorisé

Si le doyen ou l'autorité compétente agréée la demande, la mention « abandon » est inscrite au dossier du résident. Il peut alors exiger que le résident se réinscrive au cours dans un délai qu'il prescrit.

c) Abandon non autorisé

Si la demande est refusée ou si le résident abandonne le cours sans se conformer à la procédure décrite, le cours reste inscrit au dossier et l'évaluation finale du cours porte la mention « échec ».

8.11 Abandon du programme

a) Le résident qui désire abandonner ses études doit faire parvenir un avis écrit à l'autorité compétente de la Faculté et y joindre sa carte d'étudiant. L'abandon prend effet le jour de la réception de cet avis. Au dossier du résident, la mention « abandon » est inscrite en regard des cours non complétés si l'abandon survient un mois ou plus avant la fin des cours. La mention « échec par absence » est portée au dossier du résident si l'abandon survient après ce délai.

b) Le résident qui abandonne ses études sans se conformer à cette exigence est réputé inscrit jusqu'à la fin du trimestre ou du stage en cours et la mention « échec » est inscrite au dossier en regard des cours non complétés. Son inscription est ensuite annulée automatiquement.

c) Le résident dont l'inscription est annulée doit, pour être réadmis, soumettre une nouvelle demande d'admission.

8.12 Suspension temporaire de l'inscription à un programme et dérogation aux prescriptions d'inscription

a) Suspension de l'inscription à un programme

Le résident qui désire suspendre temporairement son inscription doit présenter une demande écrite et motivée au doyen ou à l'autorité compétente. Celui-ci peut permettre la suspension pour une période ne dépassant pas treize périodes. Au terme de ce délai, le résident peut reprendre sa formation sans qu'il lui soit nécessaire de présenter une nouvelle demande d'admission. Dans le cas d'un stage clinique ou de recherche, le retour s'effectue en début de période.

La procédure à suivre pour faire une demande de suspension temporaire de l'inscription (congé sans solde) est indiquée sur le site : <http://www.med.umontreal.ca/etudes/postdoc.htm>.

b) Dérogation aux prescriptions d'inscription

L'étudiant qui désire déroger aux prescriptions d'inscription doit présenter une demande écrite et motivée au doyen ou à l'autorité compétente avant la date limite pour une modification d'inscription.

Article 9 INSCRIPTION DE L'ÉTUDIANT LIBRE ET DE L'ÉTUDIANT VISITEUR

9.1 Autorisation d'inscription

Le doyen ou l'autorité compétente autorise l'inscription à un programme à titre d'étudiant libre ou d'étudiant visiteur à la personne qu'il estime avoir la formation suffisante pour suivre avec profit le cours choisi.

L'étudiant visiteur inscrit en vertu de l'Entente relative au transfert de crédits académiques entre les établissements universitaires du Québec ou de toute autre entente interuniversitaire doit en respecter les dispositions.

9.2 Modalités d'inscription

L'étudiant s'inscrit par cours et, le cas échéant, par trimestre ou par année de formation, dans les délais indiqués par la Faculté. Celle-ci détermine le nombre de cours auxquels l'étudiant libre ou l'étudiant visiteur peut s'inscrire.

9.3 Modification d'un choix de cours

L'étudiant libre ou l'étudiant visiteur qui désire modifier son choix de cours peut le faire avant la date limite indiquée au calendrier universitaire. Le doyen ou l'autorité compétente autorise toute nouvelle inscription.

9.4 Abandon d'un cours

L'étudiant libre ou l'étudiant visiteur qui désire abandonner un cours alors que le délai de changement du choix de cours est écoulé, doit en aviser le doyen ou l'autorité compétente au plus tard avant la date limite fixée dans le calendrier universitaire ou, le cas échéant, dans le délai fixé pour chacun des cours. La mention « abandon » est inscrite au dossier. Si l'étudiant abandonne le cours hors délai ou s'il le fait sans se conformer à la procédure décrite, le cours reste inscrit au dossier et l'évaluation finale du cours porte la mention « échec ».

9.5 Nullité d'une inscription

Est nulle l'inscription reposant sur un faux diplôme, sur un document falsifié, sur des déclarations mensongères ou sur toute autre forme de fraude.

Article 10 RECONNAISSANCE D'ÉQUIVALENCES DE FORMATION

10.1 Généralités

Le résident n'est pas tenu de suivre un cours et de le réussir si, au jugement du doyen ou de l'autorité compétente, il a autrement atteint les objectifs du cours. Les crédits du cours lui sont alors accordés par équivalence ou exemption selon le cas. Le doyen ou l'autorité compétente peut aussi permettre à un résident de s'inscrire à un autre cours en substitution d'un cours du programme.

10.2 Équivalence de cours

a) Définition

Il y a équivalence de cours lorsqu'un ou des cours réussis par un étudiant satisfont aux exigences d'un cours inscrit à son programme. Le cas échéant, la Faculté peut exiger un examen pour évaluer les connaissances et les compétences avant d'accorder l'équivalence, ou n'accorder l'équivalence qu'après une période d'observation dans le programme.

b) Maximum autorisé

L'équivalence de cours, que ceux-ci aient ou non servi à l'obtention d'un grade, ne doit pas dépasser la moitié des crédits d'un programme.

c) Indication au dossier du résident

Le dossier du résident fait état de l'équivalence de cours accordée. Le cours pour lequel on a reconnu une équivalence demeure au dossier.

10.3 Exemption

a) Définition

Il y a exemption de cours lorsque la formation ou l'expérience d'un étudiant justifie de l'autoriser à ne pas suivre un cours inscrit à son programme. Le cas échéant, la Faculté peut imposer un examen ou tout autre mode d'évaluation pour vérifier les connaissances et les compétences du résident avant de lui accorder l'exemption.

b) Maximum autorisé

L'exemption de cours ne peut être accordée pour plus de la moitié des crédits d'un programme.

c) Indication au dossier du résident

Le dossier du résident fait état de l'exemption de cours accordée. Le cours pour lequel on a reconnu une exemption demeure au dossier, mais l'indication « exemption » tient lieu de résultat d'évaluation.

10.4 Cumul d'équivalences et d'exemptions

Le total des équivalences et exemptions ne peut dépasser la moitié des crédits d'un programme. Dans tous les cas, le résident doit suivre au moins le tiers de la formation du programme à l'Université, exclusion faite des cours au choix.

10.5 Transfert de cours

a) Définition

Il y a transfert lorsqu'un cours suivi à l'Université de Montréal est reporté d'un programme à un autre, mais sans faire l'objet d'une demande d'équivalence ou d'exemption, ou lorsque des cours suivis à titre d'étudiant libre à l'Université sont reportés au programme du résident.

b) Maximum autorisé

Le nombre maximal de cours qui peuvent faire l'objet d'un transfert est déterminé par la structure et les objectifs du programme.

La Faculté détermine le nombre de cours suivis à titre d'étudiant libre qui peuvent être transférés au programme du résident.

Aucun transfert de cours ne peut être accordé pour un cours ayant servi à l'obtention d'un grade.

c) Indication au dossier du résident

La note du cours transféré est portée au dossier du résident.

10.6 Substitution de cours

a) Définition

Il y a substitution de cours lorsqu'un cours offert à l'Université remplace un autre cours du même programme.

Le doyen ou l'autorité compétente peut aussi permettre à un résident de s'inscrire à un autre cours en substitution d'un cours du programme. Il y a nécessairement substitution de cours lorsque, compte tenu de l'offre de cours, le résident ne peut compléter les cours obligatoires de la version de programme dans laquelle il a été admis.

b) Maximum autorisé

Le nombre maximal de cours qui peuvent faire l'objet d'une substitution est déterminé en fonction de la structure du programme.

c) Indication au dossier du résident

Le dossier du résident fait état de la substitution accordée. La note du cours de substitution est inscrite au dossier avec indication du cours substitué.

Aux fins d'une indication au dossier du résident, le cours suivi dans le cadre de *l'Entente relative au transfert de crédits académiques entre les établissements universitaires du Québec* est considéré au même titre qu'un cours substitué. Le cours suivi dans un autre établissement en vertu d'ententes interprovinciales ou internationales peut être considéré comme un cours de substitution si l'entente entre l'Université et l'autre établissement le prévoit.

d) Procédure de reconnaissance d'équivalence de formation

i) Demande

L'étudiant qui désire obtenir une équivalence de cours, une exemption de cours ou qui entend suivre un cours en substitution à un cours de son programme doit en faire la demande par écrit au vice-doyen et, selon le cas, fournir les pièces justificatives appropriées ou justifier le bien-fondé de sa demande dans les délais prescrits par la Faculté responsable du programme. Le transfert de cours est automatique.

ii) Approbation

L'équivalence, l'exemption et la substitution doivent être approuvés par l'autorité compétente.

Dans le cas d'équivalence, la reconnaissance est conditionnelle aux objectifs, au contenu et au niveau du cours; elle dépend en outre du temps écoulé depuis la réussite du cours.

Pour qu'un cours puisse faire l'objet d'une équivalence, il doit avoir été réussi avec une note conforme ou supérieure aux attentes.

10.7 Nullité d'une équivalence ou d'une exemption

Est nulle l'équivalence, ou l'exemption reposant sur un faux diplôme, sur un document falsifié, sur des déclarations mensongères ou sur toute autre forme de fraude.

Article 11 ÉVALUATION DES APPRENTISSAGES

11.1 Généralités

Chaque programme de résidence comporte des objectifs d'apprentissage écrits qui sont communiqués aux résidents. Le processus d'évaluation est fondé sur ces objectifs.

Tout résident doit se soumettre aux évaluations des apprentissages du programme auquel il est inscrit. Le résident a la responsabilité de se familiariser avec les objectifs d'apprentissage et les règles régissant l'évaluation.

Le résident est soumis à l'évaluation de ses connaissances, de ses attitudes et de ses habiletés, ainsi qu'à l'évaluation de son comportement en milieu professionnel.

11.2 Responsabilité de l'évaluation

Les professeurs évaluent le niveau de compétence atteint pour un stage donné ou pour toute autre activité de formation. Le comité d'évaluation est responsable de la décision normative à la fin de chaque stage et du suivi de l'ensemble des évaluations.

11.3 Langue

Sauf exception justifiée par la nature du stage, les travaux et les examens sont présentés en français. Toutefois, durant une période d'adaptation définie par le doyen ou l'autorité compétente, celle-ci peut autoriser un résident dont la langue maternelle ou la langue d'usage n'est pas le français et qui en fait la demande à présenter des travaux et des examens en anglais. Quelle que soit la langue utilisée, la qualité de la langue compte parmi les critères d'évaluation.

L'évaluation tient également compte de la capacité à utiliser la terminologie et le style propres à la discipline ou au champ d'études, et à la profession.

11.4 Forme des évaluations

En fonction de la nature et des objectifs du cours et de l'enseignement donné, l'évaluation se fait selon une ou plusieurs des formes décrites aux paragraphes ci-dessous ou sous toute autre forme que le comité d'évaluation du programme détermine.

a) Évaluation sous forme d'observation

L'évaluation sous forme d'observation porte sur la démonstration de l'acquisition par le résident de compétences en fonction du niveau de performance attendu :

- i) dans le cadre d'un cours offert sous forme de stage ou sous une autre forme, conformément aux modalités prévues dans le plan de cours ou les objectifs de stage;
- ii) dans un ensemble de stages ou d'autres formes de cours, pour une période prédéfinie du cheminement dans le programme et, s'il y a lieu, dans toute autre activité de formation. L'évaluation est faite conformément aux modalités prévues aux exigences de formation additionnelles du programme; elle tient également compte des exigences des règlements et politiques universitaires ou de codes d'éthique professionnels ou facultaires.

b) Évaluation sous forme de travaux

L'évaluation sous forme de travaux porte sur les travaux imposés pendant la durée d'un ou de plusieurs cours (dissertations, travaux dirigés, exposés oraux, travaux pratiques, travaux cliniques, laboratoires, participation à un travail de groupe, participation à des activités, portfolio etc.).

Dans le cas d'un travail de groupe, chaque résident doit être évalué individuellement, sauf si un objectif du cours justifie une évaluation collective.

c) Évaluation sous forme d'examens

L'évaluation sous forme d'examens (examen écrit sous surveillance, examen oral, examen pratique ou autre) porte sur une partie ou la totalité de la matière d'un ou de plusieurs cours (stage clinique ou de recherche, notes de cours, lectures, laboratoires, etc.).

Avant chaque séance d'examen, le professeur ou son représentant donne aux résidents les consignes particulières appropriées à cet examen.

11.5 Évaluation des stages

Pendant un stage, chaque professeur observe le résident dont la formation lui est confiée, afin de se faire une opinion quant à ses connaissances, attitudes et habiletés, ainsi qu'à l'atteinte des compétences associées au stage. Il fait part au résident de ses observations et de ses recommandations.

Une évaluation mi-stage est exigée par les organismes d'agrément et doit être faite systématiquement. Elle se fait verbalement et n'a pas à être consignée par écrit.

Les professeurs devraient, après chaque semaine ou deux, prendre quelques minutes pour transmettre une évaluation verbale au résident.

Évaluation écrite

À la fin de chaque stage, le résident reçoit une évaluation écrite. Cette évaluation est consignée sur une fiche d'appréciation de stage clinique.

La durée maximale d'un stage ne doit pas dépasser 3 périodes.

L'évaluation écrite est préparée par le responsable de stage ou par un des professeurs ayant supervisé le résident au cours de son stage ou segment de stage, et est communiquée au résident. Le cas échéant, cette évaluation est réputée refléter l'opinion de la majorité des professeurs ayant travaillé avec le résident.

Le résident doit toujours être rencontré par le professeur ou le responsable de stage pour lui faire part de son évaluation.

Lorsqu'un stage a une durée de plus de trois périodes, une évaluation écrite est faite à la suite de segments d'au plus trois périodes ainsi qu'à la fin du stage.

Le résident doit sans délai prendre connaissance de son évaluation et la signer en indiquant s'il est en accord ou en désaccord avec celle-ci.

a) Mention au dossier

Le comité d'évaluation se prononce sur chaque évaluation de stage et accorde une mention globale de « succès », « échec » ou « inférieur aux attentes » qui sera inscrite au dossier du résident. Dans sa décision, le comité d'évaluation tient compte de la fiche d'appréciation de stage ainsi que de toute autre forme d'évaluation faite en cours de stage. La mention « échec » ou « inférieur aux attentes » constitue une évaluation de stage défavorable.

Le comité devrait toujours tenir compte des critères déterminants dans l'attribution de la mention globale (ANNEXE A).

Sauf exception, un stage dont la mention globale est « inférieur aux attentes » devrait être repris.

Pour obtenir la mention « succès », le résident doit avoir complété au moins les trois quarts de son stage.

b) Stage incomplet

Pour qu'un stage soit valide, le résident doit y avoir été présent pendant au moins les trois quarts de sa durée. Dans le cas contraire, le comité d'évaluation décide si ce stage doit être ultérieurement complété ou repris en entier.

En général, les congés fériés sont des absences alors que les lendemains de garde n'en sont pas. Certains pensent qu'une garde de fin de semaine (de samedi à dimanche et de dimanche à lundi) compte pour un jour ouvré mais il n'en est rien.

Les gardes font partie intégrale de la formation et un stage ne peut être considéré comme valide sans les gardes, exception faite du retrait à partir de 20 semaines de grossesse prévu à la convention collective.

11.6 Évaluation des autres formes de cours

Lorsqu'il évalue le résident, le comité d'évaluation tient également compte des évaluations relatives aux autres activités d'apprentissage (notamment les cours théoriques, ateliers, séminaires, laboratoires).

a) Attribution d'une note

Le professeur responsable de l'évaluation attribue les notes selon le système de notation qu'il a annoncé au début du cours. Toutefois, la note finale est exprimée en termes de « succès » ou « échec ».

b) Mention au dossier

Dans un délai raisonnable après une évaluation, le comité d'évaluation en examine le résultat et arrête la mention finale qui sera inscrite au dossier du résident.

11.7 Révision de l'évaluation

En cas d'échec, le résident qui s'estime lésé et est en mesure de présenter des faits nouveaux de nature à modifier cette décision peut soumettre une demande de révision, écrite et motivée, au doyen ou à l'autorité compétente, dans les dix jours ouvrables suivant la date où le résultat de l'évaluation lui a été communiqué.

a) Demande recevable

Si le doyen ou l'autorité compétente juge la demande recevable, il en saisit le Comité de révision. Le Comité de révision, après avoir donné au résident l'opportunité de se faire entendre, peut recommander au doyen ou à l'autorité compétente de maintenir la mention globale d'échec, ou la transformer en mention « inférieur aux attentes » ou « succès ». Le doyen ou l'autorité compétente informe le résident par écrit de sa décision. La décision du doyen ou de l'autorité compétente est sans appel.

b) Demande rejetée

Si le doyen ou l'autorité compétente rejette la demande de révision, il doit le faire par écrit et avec motifs à l'appui et ce, dans les 10 jours ouvrables suivant la date de réception de la demande. Ce refus est sans appel.

11.8 Défaut de se soumettre à une évaluation

a) Évaluation continue

Dans les cours où l'évaluation est continue, la mention globale « échec » est attribuée au résident lorsque, en raison d'une absence prolongée ou d'absences répétées, il s'avère impossible de l'évaluer, à moins qu'il n'ait justifié l'absence auquel cas il y a report de l'évaluation. Celui-ci doit alors combler ses absences selon les modalités et dans les délais fixés par le comité d'évaluation.

b) Évaluation sous forme d'examen

Une mention « échec » est attribuée au résident qui ne se présente pas à une évaluation, à moins qu'il ne justifie valablement son absence auprès du directeur de programme ou de l'autorité compétente conformément aux modalités établies à l'article 11.10.

La mention « échec » est attribuée au résident présent à une séance d'examen s'il ne remet aucune copie ou s'il refuse de répondre à l'ensemble des questions d'une épreuve orale.

c) Évaluation sous forme de travaux

Lorsque le résident omet de remettre un travail dans le délai prescrit, le comité d'évaluation peut soit fixer un nouveau délai et requérir que la correction du travail soit alors faite en tenant compte du retard, ou bien attribuer une mention « échec » pour ce travail.

11.9 Évaluation différée

Si le résident est absent à une évaluation pour un motif valable et s'il a respecté les procédures prévues au paragraphe 11.10, le comité d'évaluation impose une évaluation différée ou remplace cette évaluation par d'autres évaluations.

Il s'agit de la seule situation où une évaluation peut être différée.

11.10 Justification d'une absence à une évaluation

Le résident doit motiver, par écrit, toute absence à une évaluation dès qu'il constate qu'il ne pourra être présent et fournir les pièces justificatives. Dans les cas de force majeure, il doit le faire le plus rapidement possible par téléphone ou par courriel et fournir les pièces justificatives dans les cinq jours ouvrables suivant l'absence.

Le doyen ou l'autorité compétente détermine si le motif est acceptable conformément aux règles, politiques et normes applicables à l'Université.

Les pièces justificatives doivent être dûment datées et signées. De plus, le certificat médical doit préciser les activités auxquelles l'état de santé interdit de participer, la date et la durée de l'absence, il doit également permettre l'identification du médecin.

Le doyen ou l'autorité compétente se réserve le droit de vérifier la véracité des pièces justificatives.

11.11 Plagiat

Le plagiat, le copiage ou la fraude, ou toute tentative de commettre ces actes, ou toute participation à ces actes, à l'occasion d'une activité faisant l'objet d'une évaluation, est régi par le *Règlement disciplinaire sur le plagiat ou la fraude concernant les étudiants*.

11.12 Progression dans un programme

Au fur et à mesure que progresse sa formation, le résident se voit confier des responsabilités professionnelles croissantes qui nécessitent d'avoir atteint un niveau attendu de compétence. Le résident est autorisé à progresser normalement dans le programme s'il rencontre les conditions suivantes :

- a) avoir réussi tous les cours auxquels il était inscrit;
- b) avoir acquis l'ensemble des compétences requises pour son niveau de formation.

Au terme de chaque stage ou segment de stage, ainsi qu'à tout autre moment que le directeur de programme ou un officier facultaire juge approprié, le comité d'évaluation évalue la progression du résident. Il peut réviser le dossier complet du résident et peut en tout temps demander à le rencontrer. Il prend alors l'une ou l'autre des décisions suivantes:

- a) le résident est autorisé à poursuivre son programme;
- b) le résident est autorisé à poursuivre son programme à des conditions que le comité précise;

Exemples de conditions :

- mesures d'aide pédagogique (remédiation)
- certificat médical d'aptitude au travail
- être suivi par le Programme de suivi administratif du Collège des médecins

- c) le résident doit reprendre un ou plusieurs stages;

Le comité peut aussi recommander l'exclusion du résident de son programme de formation.

Avant de formuler une recommandation d'exclusion, le comité doit entendre le résident. Il rédige par la suite un rapport qui explique les motifs de sa recommandation. Il transmet sa recommandation au directeur du programme qui l'achemine au doyen, pour décision. Le doyen examine la recommandation et informe le résident par écrit, de sa décision. Si le résident est exclu, sur recommandation du comité d'évaluation, le doyen peut retirer le résident de son programme jusqu'à ce qu'il se soit prévalu, le cas échéant, de son droit de révision et qu'une décision finale ait été rendue.

Lorsque les décisions sont b) ou c), ou dans le cas d'une recommandation d'exclusion, une copie de la décision ou de la recommandation du comité d'évaluation doit être transmise sans délai au vice doyen aux études médicales postdoctorales, soit sous forme:

- d'une fiche d'évaluation complémentaire;
- ou
- d'un extrait du procès-verbal de la réunion.

Attention : Dans le cas d'une exclusion, le comité ne rend pas une décision mais formule une recommandation (au doyen).

Le comité doit toujours rencontrer le résident lorsqu'il prévoit faire une recommandation d'exclusion, avant de se prononcer définitivement.

Le comité d'évaluation doit alors:

- Aviser le résident par écrit de la date et de l'heure où il sera entendu et spécifier qu'à défaut de se présenter, sans motif valable, une décision sera rendue en son absence; (voir exemple de lettre de convocation à l'ANNEXE B)

L'avis est acheminé par tout mode de transmission offrant une preuve de réception (ex : courrier recommandé).

On entend par motif valable, un motif indépendant de la volonté de l'étudiant, tel que la force majeure, le cas fortuit ou une maladie attestée par un certificat médical.

- Communiquer au résident les documents qui seront évalués au moins 10 jours avant l'audition; aucun document dont le résident n'aurait pas reçu copie avec sa convocation ne peut être soumis aux membres du comité lors de la réunion.
- Lors de l'audition :
 - Entendre le témoignage de toutes les parties impliquées en présence du résident.
 - Entendre le témoignage du résident qui peut être accompagné d'un conseiller, à la discrétion du comité. Le comité d'évaluation n'a pas l'obligation d'entendre le conseiller.

Le conseiller peut être :

- a) un étudiant ou un professeur de l'Université;
- b) un médecin;
- c) un avocat.

Le conseiller ne peut pas être un membre de la famille.

N.B. Le comité peut refuser la présence du conseiller.

Le comité peut refuser que le conseiller lui adresse la parole.

Le résident et son conseiller ne peuvent pas être présents pendant les délibérations du comité.

Une approche conciliatrice face à la présence du conseiller est recommandée.

- Faire une recommandation qui doit être motivée et inclure :
 - a) Le résumé des faits en cause;
 - b) Le résumé de la preuve offerte;
 - c) Une explication des recommandations prises par le comité à la lumière des faits et de la preuve au dossier;
 - d) Un rapport complémentaire qui doit être signé par le directeur du programme et le résident impliqué, qu'il soit en accord ou non avec la décision

(Le rapport complémentaire peut contenir un extrait du procès-verbal de la réunion)
- Remettre son rapport ainsi que les évaluations au vice décanat des études postdoctorales dans les plus brefs délais.

Lorsqu'il communique au résident une recommandation d'exclusion, le directeur de programme devrait toujours l'aviser qu'il peut se prévaloir d'un droit d'appel conformément au paragraphe 13.2. C'est le résident lui-même qui doit en faire la demande écrite au doyen dans les 15 jours qui suivent.

11.13 Réussite dans un programme

Le résident réussit dans un programme s'il réussit à tous les cours du programme, s'il progresse adéquatement dans son programme et s'il satisfait aux autres exigences du programme.

Article 12 REPRISE

12.1 Droit de reprise

À moins qu'il ne soit exclu de son programme conformément au présent règlement, le résident qui subit un échec à un cours a droit de reprise.

12.2 Reprise d'un stage clinique ou de recherche

Le résident qui obtient une mention « échec » pour un cours offert sous forme de stage doit le reprendre.

Le résident qui obtient une mention « inférieur aux attentes » pour un cours offert sous forme de stage peut être tenu de le reprendre.

Un stage pour lequel le résident a obtenu une mention globale « inférieur aux attentes » devrait généralement être repris.

Les conditions suivantes s'appliquent à la reprise d'un cours offert sous forme de stage de clinique ou de recherche :

- a) le comité d'évaluation détermine les modalités entourant la reprise, y compris le milieu dans lequel celle-ci s'effectuera;

Dans certaines circonstances, il est préférable que la reprise s'effectue dans un autre milieu. Dans d'autres circonstances, le comité peut déterminer qu'il est préférable que la reprise s'effectue dans le même milieu. En tout temps, c'est le comité qui décide et non le résident (ni son thérapeute).

- b) le résident doit se soumettre aux mesures d'aide jugées appropriées par le comité d'évaluation;

Une reprise de stage doit toujours s'accompagner de mesures de soutien pédagogique. Des objectifs sont formulés et discutés avec le résident.

- c) le stage de reprise doit être complété avec succès avant la promotion à l'année de formation suivante.

Le résident qui subit un échec à la reprise du stage est exclu du programme auquel il est inscrit.

12.3 Reprise d'un cours obligatoire ou d'un cours de rattrapage

Le résident qui a subi un échec à un cours obligatoire ou à un cours de rattrapage (à l'exception des cours de rattrapage en français) doit reprendre, dans l'année qui suit cet échec ou dès que le cours sera offert ultérieurement, le même cours ou l'équivalent ou subir un examen de reprise, selon la décision du comité d'évaluation du programme. Le résident qui subit un échec à la reprise du cours, ou qui ne se présente pas à un examen de reprise, est exclu du programme auquel il est inscrit.

12.4 Reprise d'un cours à option

Le résident qui a subi un échec à un cours à option doit reprendre le même cours ou, avec l'approbation de l'autorité compétente, lui substituer un autre cours à option dans l'année qui suit cet échec ou subir un examen de reprise, selon la décision du comité d'évaluation du programme. Le résident qui subit un échec à la reprise du cours, ou qui ne se présente pas à un examen de reprise est exclu du programme auquel il est inscrit.

12.5 Reprise d'un cours au choix

Le résident qui a subi un échec à un cours au choix peut le reprendre ou, avec l'approbation de l'autorité compétente, lui substituer un autre cours au choix ou subir un examen de reprise selon les modalités de reprise prévues au règlement pédagogique de la faculté responsable du cours. Le résident qui subit un échec à la reprise du cours, ou qui ne se présente pas à un examen de reprise, peut être exclu du programme auquel il est inscrit.

Article 13 EXCLUSION

13.1 Exclusion

Un résident peut être exclu du programme dans les cas suivants:

- a) le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un stage; dans l'application de cette règle, la reprise du stage consécutive à l'attribution de la mention «inférieur aux attentes» n'est pas comptabilisée;
- b) le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un cours obligatoire, d'un cours à option ou d'un cours au choix;
- c) le résident obtient une mention « échec » à un deuxième stage au cours de sa formation postdoctorale;
Les deux échecs ne doivent pas nécessairement survenir dans la même année de formation mais pendant toute la formation postdoctorale.
- d) le résident obtient une mention « échec » à un deuxième cours obligatoire au cours de sa formation postdoctorale;
- e) l'évaluation globale du résident est jugée insatisfaisante par le comité d'évaluation;
- f) la progression du résident est jugée insatisfaisante par le comité d'évaluation;
- g) le résident refuse de se soumettre aux conditions entourant une reprise de stage;
- h) le résident ne répond pas à une exigence spécifiée dans les dispositions réglementaires propres au programme;
- i) le résident n'a pas rempli toutes les exigences du programme au terme de sa scolarité;
- j) l'état de santé du résident est incompatible avec la poursuite de son programme de résidence; à cette fin, le doyen ou l'autorité compétente peut exiger au besoin que le résident se soumette à un examen médical par un médecin qu'il désigne;
- k) le résident a une connaissance insuffisante du français.

13.2 Droit de révision

Le résident qui souhaite en appeler d'une décision d'exclusion doit en faire la demande par écrit au doyen dans les quinze jours ouvrables suivant le moment où cette décision lui a été communiquée. Le doyen en saisit le Comité de révision, qui entend le directeur de programme, ainsi que toute autre personne qu'il juge approprié, en présence du résident. Le Comité recommande ensuite au doyen la levée ou le maintien de l'exclusion. Le doyen informe le résident de sa décision. La décision du doyen est sans appel.

Article 14 RÈGLEMENT DISCIPLINAIRE

Le *Règlement disciplinaire concernant les membres du personnel enseignant et les étudiants* s'applique aux résidents inscrits dans un programme d'études médicales postdoctorales.

L'article 10 du règlement disciplinaire stipule que seul le doyen ou le directeur de département peut suspendre un résident. Le vice-doyen et le directeur de programme n'ont pas ce pouvoir.

Article 15 ABSENCES

Tout résident qui s'absente doit en informer le responsable de l'enseignement hospitalier ou, en son absence, le chef du département ou du service hospitalier. S'il s'absente pour plus d'une semaine, il doit en outre en informer son directeur de programme par écrit et lui en donner les raisons. Il doit également adresser une copie de cette lettre au vice-doyen et au directeur de l'enseignement du milieu de formation où il est assigné.

Article 16 PROLONGATION EXCEPTIONNELLE

Pour des raisons exceptionnelles, et après consultation du directeur de programme, le doyen ou l'autorité compétente peut accorder à un résident qui le demande une prolongation d'au plus un an pour lui permettre de satisfaire à toutes les exigences du programme.

Article 17 OCTROI DE DIPLÔMES

Pour recevoir un diplôme, le résident doit :

- a) avoir réussi tous ses stages;
- b) avoir progressé adéquatement dans son programme;
- c) avoir satisfait aux autres exigences du programme;
- d) dans le cas de formation faite en partie dans une autre Université, avoir réussi à l'Université de Montréal au moins la moitié des années de formation de son programme.

Article 18 RÈGLEMENT PROPRE À CHAQUE PROGRAMME

Des exigences particulières peuvent être fixées par le règlement propre à chaque programme.

Pour être valide, tout règlement doit d'abord être approuvé par le Conseil de la Faculté et la Commission des Études de l'Université.

Article 19 DISPOSITIONS DIVERSES

Le présent règlement régit les études médicales postdoctorales à compter de son adoption.

Il s'applique dès ce moment et pour l'avenir, à tous les résidents déjà admis ou inscrits dans un programme d'études médicales postdoctorales.

Il remplace toute version antérieure du *Règlement pédagogique des études médicales postdoctorales* et toutes les Règles de procédure internes qui y ont été rattachées.

Ce règlement a été adopté par la Commission des Études de l'Université le 20 février 2007 et est entré en vigueur le même jour.

Liste des critères déterminants et normaux

Critères déterminants

- 1 Sens des responsabilités (Professionnalisme)
- 2 Respect et honnêteté dans ses rapports professionnels (Professionnalisme)
- 3 Empathie envers ses patients (Professionnalisme)
- 4 Capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique (Professionnalisme)
- 5 Capacité d'autocritique (Professionnalisme)
- 20 Habiletés de communication : patients, familles, professionnels de la santé (Communication)
- 28 Motivation et autonomie à lire, questionner et apprendre (Érudition)

Critères normaux

- 6 Connaissances cliniques (Expertise)
- 7 Connaissances fondamentales (Expertise)
- 8 Anamnèse organisée, dirigée et pertinente (Expertise)
- 9 Maîtrise des gestes d'examen physique appropriés (Expertise)
- 10 Formulation du problème à partir des données cliniques et para cliniques (Expertise)
- 11 Élaboration d'hypothèses diagnostiques appropriées (Expertise)
- 12 Formulation et justification des conduites à tenir (Expertise)
- 13 Élaboration d'un plan de suivi approprié (Expertise)
- 14 Identification et prise en charge des urgences (Expertise)
- 15 Habiletés techniques (Expertise)
- 21 Documentation écrite utile et pertinente (rapports et procédures) (Communication)
- 22 Consultation efficace et collaboration avec les autres équipes médicales (Collaboration)
- 23 Collaboration constructive lors du travail interdisciplinaire (Collaboration)
- 24 Organisation du travail clinique (Gestion)
- 25 Utilisation judicieuse des ressources dans les soins de ses patients (Gestion)
- 26 Intégration des concepts de médecine préventive aux conduites à tenir (Promotion de la santé)
- 27 Capacité d'enseignement au patient des principes de promotion de la santé (Promotion de la santé)
- 29 Capacité d'évaluation critique de la littérature et de ses enseignements (Érudition)
- 30 Contribution académique et à l'enseignement (Érudition)

Résidents juniors :

Critères déterminants :

Une seule note « Insuffisant » entraîne un échec de stage.

Critères normaux :

Trois notes « Insuffisant » entraînent un échec de stage.

Somme des notes « Inférieur aux attentes » et « Insuffisant » :

Si l'une ou l'autre de ces deux notes se retrouvent dans 6 catégories ou plus, il y a échec de stage. Si le nombre de catégories évaluées lors d'un stage est ≤ 18 , le nombre de catégories où l'on retrouve ces notes ne devra pas dépasser 25% de ce nombre.

Résidents séniors :

Critères déterminants :

Une seule note « Insuffisant » entraîne un échec de stage.

Critères normaux :

Deux notes « Insuffisant » entraînent un échec de stage.

Somme des notes « Inférieur aux attentes » et « Insuffisant » :

Si l'une ou l'autre de ces deux notes se retrouvent dans 5 catégories ou plus, il y a échec de stage. Si le nombre de catégories évaluées lors d'un stage est ≤ 18 , le nombre de catégories où l'on retrouve ces notes ne devra pas dépasser 20% de ce nombre.

Le ✍

LETTRÉ RECOMMANDÉE

Docteur ✍

Objet : Comité d'évaluation du programme de ✍

Docteur,

Le comité d'évaluation du programme de ✍ a l'intention de recommander votre exclusion du programme.

Vous êtes donc convoqué afin de venir présenter vos observations devant ce comité lors de la réunion prévue le ✍, à la salle ✍, à ✍ heures, Faculté de médecine, ✍ étage du pavillon Roger-Gaudry de l'Université de Montréal. Vous trouverez ci-joint copie des documents que les membres du comité considéreront lors de l'étude de votre dossier.

En outre, je vous informe que si vous ne vous présentez pas devant le comité d'évaluation à l'heure et à la date précédemment indiqués, sans motif valable, le comité fera une recommandation en votre absence quant à votre exclusion du programme.

Je vous prierais, sur réception de la présente, de confirmer votre présence à ✍, soit par courriel à l'adresse ✍ ou par téléphone au numéro ✍.

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

✍

Directeur du programme de ✍

Téléphone : ✍

Courriel : ✍

AFFAIRES ÉTUDIANTES Numéro : 20.4 Page 1 de 3

RÈGLEMENT DISCIPLINAIRE
CONCERNANT LES MEMBRES
DU PERSONNEL ENSEIGNANT
ET LES ÉTUDIANTS

Adoption

Date :
1984-03-05

Délibération :
AU-241-10

Modifications

Date :	Délibération :	Article(s) :
1995-04-03	AU-357-11	
1995-12-11	CU-390-11	

DÉFINITION On entend par : MEMBRE DE LA COMMUNAUTÉ UNIVERSITAIRE : les officiers de l'Université et de ses facultés, les étudiants, les membres du personnel enseignant et les autres employés de l'Université.

CHAMP D'APPLICATION Le présent règlement¹ s'applique aux étudiants et aux membres du personnel enseignant.

Article 1 **DISPOSITIONS** Nul ne peut entraver ou contribuer à entraver l'exercice d'une fonction ou la tenue d'une activité universitaire, notamment les réunions des corps universitaires, des personnes ou des organismes, le fonctionnement des services ou l'administration des affaires de l'Université.

Article 2

Nul ne peut, sans justification, empêcher, entraver ou contribuer à entraver la libre circulation des personnes sur le campus, dans les immeubles de l'Université ou dans tout autre lieu sous la responsabilité de l'Université.

Article 3

Nul ne peut porter atteinte aux libertés et aux droits d'un membre de la communauté universitaire. Il est notamment interdit de :

- a) faire preuve de violence ou proférer des menaces à l'égard d'un membre de la communauté universitaire ou de l'un de ses invités;

¹ La première version de ce règlement a été adoptée le 1^{er} mai 1972 (délibération AU-392-1.1).

19 février 1996

AFFAIRES ÉTUDIANTES Numéro : 20.4 Page 2 de 3

RÈGLEMENT DISCIPLINAIRE
CONCERNANT LES MEMBRES
DU PERSONNEL ENSEIGNANT
ET LES ÉTUDIANTS

Adoption

Date :
1984-03-05

Délibération :
AU-241-10

Modifications

Date :	Délibération :	Article(s) :
1995-04-03	AU-357-11	
1995-12-11	CU-390-11	

- b) empêcher, sans justification, un membre de la communauté universitaire ou l'un de ses invités d'accéder au campus de l'Université ou à tout autre lieu sous la responsabilité de l'Université;
- c) harceler un membre de la communauté universitaire à cause de l'un des motifs de discrimination interdits par la Charte des droits et libertés de la personne.

Article 4 Nul ne peut se conduire d'une façon harcelante, perturbatrice ou abusive de nature :

- a) à porter atteinte à l'intégrité physique ou psychologique d'une personne de même qu'à sa réputation, ou
- b) à affecter de façon indue le fonctionnement académique ou administratif de l'Université ou de l'une de ses unités.

Article 5 Nul ne peut, dans le cadre d'activités de recherche, délibérément induire en erreur les membres de la communauté scientifique ou toute autre personne, ou encore tirer un avantage indu d'une situation liée à des activités de recherche.

Article 6 Nul ne peut porter atteinte aux biens de l'Université, ni sur le campus ni dans un lieu sous la responsabilité de l'Université, aux biens d'un membre de la communauté universitaire ou de l'un de ses invités. Il est notamment interdit de :

- a) voler, détruire ou endommager volontairement, ou détourner à son profit un bien de l'Université ou d'un membre de la communauté universitaire;
- b) obtenir de l'Université un avantage au moyen de fausses représentations, de faux documents ou de documents falsifiés;
- c) tenter de commettre un des actes mentionnés aux alinéas a) et b) ci-dessus ou aider à le commettre.

Article 7 Toute personne qui enfreint le présent règlement est passible de réprimande, de suspension ou de renvoi de l'Université.

19 février 1996

AFFAIRES ÉTUDIANTES Numéro : 20.4 Page 3 de 3

RÈGLEMENT DISCIPLINAIRE
CONCERNANT LES MEMBRES
DU PERSONNEL ENSEIGNANT
ET LES ÉTUDIANTS

Adoption

Date :
1984-03-05

Délibération :
AU-241-10

Modifications

Date :
1995-04-03
1995-12-11

Délibération :
AU-357-11
CU-390-11

Article(s) :

Article 8 Toute plainte relative à l'application du présent règlement est déposée auprès du recteur qui, le cas échéant, en saisit le Comité de discipline. Par exception, toute plainte de harcèlement sexuel est d'abord déposée au Bureau d'intervention en matière de harcèlement sexuel.

Article 9 Le Comité de discipline, formé par le Comité exécutif conformément aux statuts, impose s'il y a lieu les sanctions prévues à l'article 7. Lorsqu'il est saisi d'une plainte, il doit la traiter dans le respect des règles d'équité procédurale. Il rend une décision écrite et motivée.

Article 10 Le doyen ou le directeur d'un département dans le cas d'une faculté départementalisée, peut interdire à une personne l'accès à certains lieux ou lui interdire de participer à une ou plusieurs activités lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que, dans les circonstances, sa présence peut entraîner un préjudice sérieux à la sécurité des personnes ou des biens.

Ces interdictions s'appliquent tant que la situation le justifie; et, si le Comité de discipline est saisi de la question, il décide de leur maintien ou de leur levée. En ce cas, le Comité de discipline doit se réunir dans les meilleurs délais.

19 février 1996

Normes générales applicables à l'université et aux centres affiliés

Normes A

Juillet 2011
Mise à jour rédactionnelle – Juin 2013

Le texte de cette brochure est aussi disponible
sur les sites Web suivants :

Collège royal	www.collegeroyal.ca
CMFC	www.cfpc.ca
CMQ	www.cmq.org

© Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2007. Édition révisée et réimprimée, juillet 2011.

Tous droits réservés.

Le présent document peut être reproduit en tout ou en partie à des fins éducatives, personnelles ou publiques non commerciales seulement. Une autorisation écrite du Collège royal est exigée pour tout autre usage.



Unité des normes éducatives
Collège royal
774, promenade Echo
Ottawa (Ontario) K1S 5N8

Téléphone : 613-730-6202
Courriel : accred@collegeroyal.ca



Collège des médecins de famille du Canada
2630, avenue Skymark
Mississauga (Ontario) L4W 5A4

Téléphone : 905-629-0900
Courriel : jscott@cfpc.ca

Direction des études médicales
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8

Téléphone : 514-933-4441
Courriel : mlamer@cmq.org

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
A. NORMES GÉNÉRALES APPLICABLES À L'UNIVERSITÉ ET AUX CENTRES AFFILIÉS	2
Norme A1 : Structure universitaire	2
Norme A2 : Centres servant à l'éducation médicale postdoctorale	4
Norme A3 : Liaison entre l'université et les centres participants	5

Le masculin seulement est utilisé pour simplifier le texte.

INTRODUCTION

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont développé des normes nationales d'évaluation et d'agrément des programmes de résidence parrainés par les universités. Chaque programme de résidence est évalué en fonction de sa conformité à ces normes.

Dans ce document, les mots « doit/doivent » ou « il faut », « devrait/devraient » ou « il faudrait » ont été choisis délibérément. L'emploi du mot « doit » ou « il faut » signifie que la conformité avec cette norme est absolument nécessaire. L'emploi du mot « devrait » ou « il faudrait » signifie que la conformité avec la norme correspondante est fortement souhaitable et on évaluera si son absence peut compromettre substantiellement ou non le respect de toutes les exigences de l'agrément.

En plus des présentes normes générales, qui s'appliquent à tous les programmes de résidence, des normes spécifiques d'agrément pour les programmes dans chacune des spécialités et surspécialités reconnues par le Collège royal et le CMFC sont aussi disponibles sous forme de documents distincts sur les sites Web respectifs des deux collèges.

A. NORMES GÉNÉRALES APPLICABLES À L'UNIVERSITÉ ET AUX CENTRES AFFILIÉS

NORME A1 : STRUCTURE UNIVERSITAIRE

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) n'agrément que les programmes de résidence dont la direction est assumée par une faculté de médecine d'une université canadienne. Il doit exister une structure universitaire appropriée à la conduite de programmes d'éducation médicale postdoctorale.

Interprétation

1. Il **doit** y avoir à la faculté une personne de rang senior, par exemple au poste de vice-doyen ou de doyen associé ou adjoint, qui soit désignée responsable de l'ensemble de la conduite et de la supervision de l'éducation médicale postdoctorale au sein de la faculté.
 - 1.1 Pour le Collège royal, il **doit** y avoir à la faculté une personne qui soit désignée responsable de l'ensemble de la conduite et de la supervision des programmes de domaines de compétence ciblée. Cette personne **doit** rendre compte à une unité du décanat officielle au sein de la faculté de médecine, désignée responsable de la supervision des programmes de DCC et apte à s'en charger. Cette unité et le bureau du doyen aux études postdoctorales **doivent** ensemble veiller à la coordination de ces activités afin que les programmes de DCC ne nuisent pas à la qualité de l'enseignement reçu dans les programmes de résidence. Le Collège royal accepte que différents programmes de DCC soient rattachés à différentes unités du décanat.
2. La faculté **doit** avoir en place un comité multidisciplinaire de l'éducation médicale postdoctorale chargé de l'élaboration et de la révision de tous les aspects de l'éducation médicale postdoctorale.
 - 2.1 La personne de rang senior, responsable de l'éducation médicale postdoctorale à la faculté, **doit** présider le comité et **doit** être un membre d'office de tous les autres sous-comités et des comités de programmes de résidence.
 - 2.2 Le comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté peut se faire aider dans ses travaux par des sous-comités.
 - 2.3 Le comité ainsi que les sous-comités **doivent** se réunir régulièrement et **doivent** tenir des procès-verbaux qui correspondent aux activités du comité.
 - 2.4 Il faudrait éviter un nombre excessif de membres au sein du comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté et le comité **doit** comprendre une représentation des groupes suivants :
 - 2.4.1 des directeurs de programmes de résidence;
 - 2.4.2 des responsables de l'administration des soins de santé des centres affiliés;
 - 2.4.3 des résidents du programme qui **doit** être élu par ses pairs.
3. Le comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté, ou l'un de ses sous-comités, **doit** superviser tous les aspects de l'éducation médicale postdoctorale.

- 3.1 Le comité **doit** établir des politiques générales en matière d'éducation médicale postdoctorale.
- 3.2 Le comité **doit** mettre en place et maintenir des liens appropriés avec les directeurs des programmes de résidence et les responsables de l'administration des soins de santé des centres affiliés.
- 3.3 Le comité **doit** conduire la révision interne de chaque programme de résidence dans l'intervalle entre les visites d'agrément spécifiquement prescrites par les Comités de l'agrément des collègues.
- 3.4 Le comité **doit** assurer une répartition appropriée des ressources nécessaires à un enseignement efficace dans les programmes de résidence.
- 3.5 Le comité **doit** établir des politiques de sélection, d'évaluation, de promotion et d'exclusion des résidents dans tous les programmes et superviser leur mise en vigueur.
- 3.6 Le comité **doit** mettre en place et maintenir un mécanisme pour en appeler des décisions prises en matière d'éducation médicale postdoctorale.
- 3.7 Le comité **doit** assurer l'existence d'un milieu propice à l'éducation, dépourvu d'intimidation, de harcèlement, et de comportements abusifs, et la présence de mécanismes pour régler les problèmes de cette nature, s'il en survenait.
- 3.8 Le comité **doit** avoir une politique régissant la sécurité des résidents en ce qui a trait aux déplacements, aux rencontres avec les patients, y compris les visites à domicile, les consultations après les heures dans des départements isolés et les transferts des patients (p. ex., Medevac).
- 3.9 Le comité **doit** établir des politiques permettant d'assurer une supervision appropriée des résidents de façon à protéger et à préserver les intérêts supérieurs du patient, du médecin traitant et du résident. Reconnaissant le principe de la responsabilité professionnelle d'importance progressive dans l'éducation des résidents, le comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté **doit** s'assurer qu'il existe des lignes directrices appropriées en matière de supervision des résidents.

La supervision des résidents comporte les composantes suivantes :

- 3.9.1 un mécanisme pour divulguer aux patients le fait que des résidents participent à leurs soins et, en retour, le consentement des patients à une telle participation;
- 3.9.2 l'assurance d'une acquisition progressive de compétences et de responsabilités par le résident lui permettant d'assumer une autonomie croissante dans l'exercice de ses fonctions;
- 3.9.3 des modalités de communication établies pour que le résident puisse discuter avec le médecin traitant des soins aux patients et l'informer des décisions prises;
- 3.9.4 des politiques prévoyant la présence directe du médecin traitant durant les actes posés et les procédures exécutées par le résident.

3.10 Le comité **doit** assurer que tous les programmes de résidence enseignent et évaluent les compétences des résidents en fonction du cadre de compétences CanMEDS/CanMEDS-MF.

3.11 Le comité **doit** assurer que le corps professoral a des possibilités suffisantes de se perfectionner, notamment par des activités qui aident les professeurs dans l'enseignement aux résidents des compétences en fonction du cadre de compétences CanMEDS/CanMEDS-MF, leur évaluation et le mentorat à cet égard.

NORME A2 : CENTRES SERVANT À L'ÉDUCATION MÉDICALE POSTDOCTORALE

Les hôpitaux d'enseignement et les autres centres d'enseignement affiliés, y compris les cabinets et les pratiques cliniques établis dans la communauté, qui participent aux programmes de résidence doivent faire preuve d'un engagement profond envers l'éducation et la qualité des soins aux patients.

Interprétation

1. Les services cliniques auxquels on a recours pour prodiguer l'enseignement **doivent** être organisés de manière à favoriser leur rôle pédagogique. Ce peut être différent de l'organisation des services pour la prestation des soins en milieu non universitaire. Il incombe à l'université concernée de décider si une unité, un service ou une division se révèle propice comme milieu d'enseignement.
2. On **doit** assurer une supervision appropriée des résidents par le corps professoral dans chaque centre d'enseignement.
3. Les programmes de résidence **doivent** recevoir l'appui des services d'enseignement actifs dans d'autres disciplines reliées à la spécialité ou à la surspécialité afin de favoriser des liens intraprofessionnels appropriés. Les détails concernant ce genre de relations se retrouvent dans les normes spécifiques d'agrément pour les programmes dans chaque spécialité ou surspécialité.
4. Tous les établissements d'enseignement devraient offrir aux résidents des occasions de travailler avec d'autres professionnels de la santé, et si possible des étudiants, et d'apprendre les compétences requises pour une pratique en collaboration.
5. Tous les centres participants **doivent** être activement engagés dans un programme formel d'amélioration de la qualité continue (AQC), incluant l'analyse régulière des décès et des complications. Les activités d'AQC devraient faire partie d'un programme intégré qui permet une interaction entre tous les membres de l'équipe de soins de santé centrés sur le patient. La qualité de la sécurité des patients et des soins aux patients et le recours aux procédures diagnostiques dans les services d'enseignement, qu'elles soient médicales, chirurgicales ou en laboratoire, devraient faire l'objet d'une révision constante.
6. Tous les centres participants **doivent** assurer en tout temps la sécurité des résidents, en particulier en ce qui concerne les produits dangereux, comme les toxines environnementales, l'exposition à des agents infectieux transmis par le sang et les liquides organiques, la radiation et l'exposition possible à la violence de la part de patients ou d'autres personnes.
7. Tous les centres participants **doivent** maintenir des dossiers médicaux précis et complets pour tous les patients. Les hôpitaux **doivent** s'assurer que les résidents se conforment

aux directives établies par le comité médical consultatif en ce qui a trait à la tenue des dossiers.

8. Les centres participants admissibles à l'agrément par Agrément Canada **doivent** être effectivement agréés.
9. Le processus de révision interne de l'université **doit** assurer que les centres d'enseignement utilisés par les programmes sont appropriés.

NORME A3 : LIAISON ENTRE L'UNIVERSITÉ ET LES CENTRES PARTICIPANTS

Il doit exister des arrangements appropriés entre l'université et tous les centres participant à l'éducation médicale postdoctorale.

Interprétation

1. L'université **doit** réviser annuellement la liste des centres d'enseignement et cette liste **doit** être accessible aux collègues sur demande.
2. Il **doit** y avoir une entente écrite d'affiliation ou des lettres d'intention entre l'université et chaque centre qui offre une composante obligatoire d'un programme, indiquant l'engagement formel des autorités responsables du centre à appuyer les programmes de résidence.
3. Les membres du personnel affectés à l'enseignement d'une composante pédagogique obligatoire **doivent** être titulaires d'une nomination acceptable à l'université et au centre.
 - 3.1 Les professionnels de la santé (autres que des médecins) qui sont affectés à l'enseignement des résidents devraient être titulaires d'une nomination acceptable à l'université et au centre.

Normes générales d'agrément

Adoptées par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada - mars 1987

Adoptées par le Collège des médecins du Québec – juin 2007

Adoptées par le Collège des médecins de famille du Canada – octobre 2009

Mise à jour – Normes A – juillet 2011

Mise à jour rédactionnelle – juin 2013

Normes générales applicables à tous les programmes de résidence

Normes B

Janvier 2011
Mise à jour rédactionnelle – Juin 2013

Le texte de cette brochure est aussi disponible
sur les sites Web suivants :

Collège royal	www.collegeroyal.ca
CMFC	www.cfpc.ca
CMQ	www.cmq.org

© Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2007. Édition révisée et réimprimée, janvier 2011.

Tous droits réservés.

Le présent document peut être reproduit en tout ou en partie à des fins éducatives, personnelles ou publiques non commerciales seulement. Une autorisation écrite du Collège royal est exigée pour tout autre usage.



Unité des normes éducatives
Collège royal
774, promenade Echo
Ottawa (Ontario) K1S 5N8

Téléphone : 613-730-6202
Courriel : accred@collegeroyal.ca



Collège des médecins de famille du Canada
2630, avenue Skymark
Mississauga (Ontario) L4W 5A4

Téléphone : 905-629-0900
Courriel : jscott@cfpc.ca

Direction des études médicales
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8

Téléphone : 514-933-4441
Courriel : mlamer@cmq.org

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
B. NORMES GÉNÉRALES APPLICABLES À TOUS LES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE	2
Norme B1 : Structure administrative	2
Norme B2 : Buts et objectifs.....	4
Norme B3 : Structure et organisation du programme.....	5
Norme B4 : Ressources.....	6
Norme B5 : Contenu clinique, pédagogique et scientifique du programme	8
Norme B6 : Évaluation du rendement des résidents.....	11

Le masculin seulement est utilisé pour simplifier le texte.

INTRODUCTION

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont développé des normes nationales d'évaluation et d'agrément des programmes de résidence parrainés par les universités. Chaque programme de résidence est évalué en fonction de sa conformité à ces normes.

Dans ce document, les mots « doit/doivent » ou « il faut », « devrait/devraient » ou « il faudrait » ont été choisis délibérément. L'emploi du mot « doit » ou « il faut » signifie que la conformité avec cette norme est absolument nécessaire. L'emploi du mot « devrait » ou « il faudrait » signifie que la conformité avec la norme correspondante est fortement souhaitable et on évaluera si son absence peut compromettre substantiellement ou non le respect de toutes les exigences de l'agrément.

En plus des présentes normes générales, qui s'appliquent à tous les programmes de résidence, des normes spécifiques d'agrément pour les programmes dans chacune des spécialités et surspécialités reconnues par le Collège royal et le CMFC sont aussi disponibles sous forme de documents distincts sur les sites Web respectifs des deux collèges.

B. NORMES GÉNÉRALES APPLICABLES À TOUS LES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE

NORME B1 : STRUCTURE ADMINISTRATIVE

Il doit exister une structure administrative appropriée pour chaque programme de résidence.

Interprétation

1. Il **doit** y avoir un directeur de programme dont les qualifications sont acceptables soit au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal), soit au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), soit au Collège des médecins du Québec (CMQ) pour les programmes du Québec. Pour le Collège royal, le directeur du programme **devrait** avoir le certificat du Collège royal dans la discipline concernée. Pour le CMFC, le directeur du programme **doit** avoir la certification en médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada. Pour le CMQ, le directeur de programme **doit** détenir un certificat de spécialiste du CMQ.

Le directeur de programme est responsable de la conduite du programme de résidence intégré dans son ensemble. Le directeur du programme **doit** disposer de suffisamment de temps et de soutien pour exercer la supervision et la gestion du programme. Cette personne est responsable envers le directeur du département concerné et envers le vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté. Le bureau de l'éducation médicale postdoctorale **doit** informer chaque collège concerné de la nomination d'un nouveau directeur de programme.

2. Il **faut** avoir en place un comité du programme de résidence qui aide le directeur du programme dans la planification, l'organisation et la supervision du programme.
 - 2.1 Ce comité devrait comprendre un représentant de chacun des centres participants et de chacune des composantes majeures du programme.
 - 2.2 Les résidents du programme **doivent** être représentés au sein de ce comité; s'il y a plus d'un résident au sein du programme, au moins un résident **doit** être élu par ses pairs.
 - 2.3 Le comité du programme de résidence **doit** se réunir régulièrement, au moins une fois par trimestre, et tenir des procès verbaux qui reflètent les activités du comité.
 - 2.4 Le comité du programme de résidence **doit** communiquer régulièrement avec les membres du comité, avec le service ou la division et avec les résidents.
3. Le directeur du programme, avec l'assistance du comité du programme de résidence ou des sous-comités du programme **doit** planifier, organiser et superviser le programme.
 - 3.1 Le programme **doit** être planifié et mis en œuvre de façon à satisfaire aux normes d'agrément établies dans le présent document, ainsi que dans les normes spécifiques d'agrément pour les programmes de spécialité ou de surspécialité telles qu'établies dans le document de la spécialité ou surspécialité concernée.
 - 3.2 Le programme **doit** offrir des possibilités pour que les résidents acquièrent toutes les compétences requises, telles qu'énoncées dans les objectifs de formation.

- 3.3 Le comité du programme de résidence ou un sous-comité du programme **doit** sélectionner les candidats admis au programme.
- 3.4 Le comité du programme de résidence ou un sous-comité du programme **doit** assumer la responsabilité de l'évaluation et de la promotion des résidents inscrits, conformément aux politiques établies par le comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté.
- 3.4.1 Le comité du programme de résidence ou un sous-comité du programme **doit** organiser une remédiation ou une probation appropriée pour tout résident qui éprouve des difficultés à atteindre le niveau de compétence approprié.
- 3.5 Le comité du programme de résidence **doit** maintenir un mécanisme d'appel conforme aux politiques de l'université. Le comité du programme de résidence ou un sous-comité du programme devrait recevoir et étudier les appels venant des résidents et, au besoin, soumettre les cas au comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté ou au comité d'appel de la faculté.
- 3.6 Le comité du programme de résidence **doit** mettre en place et assurer la disponibilité de services continus de planification de carrière aux résidents.
- 3.7 Le comité du programme de résidence **doit** mettre en place et assurer la disponibilité, pour les résidents, de services de gestion du stress et d'autres problèmes similaires.
- 3.7.1 Le comité du programme de résidence **doit** s'assurer que les résidents connaissent les services mis à leur disposition ainsi que les modalités pour s'en prévaloir.
- 3.8 Le comité du programme de résidence **doit** revoir le programme de façon continue afin d'évaluer la qualité de l'expérience pédagogique ainsi que les ressources disponibles.
- 3.8.1 Il **faut** tenir compte, parmi les facteurs à considérer dans cette revue, de l'opinion des résidents.
- 3.8.2 Cette revue doit se dérouler dans une ambiance franche et collégiale afin de permettre, en toute liberté, un échange de points de vue sur les forces et les faiblesses du programme sans entrave et dans le respect de la confidentialité.
- 3.8.3 Chaque composante clinique et pédagogique du programme **doit** être évaluée afin de s'assurer que l'on rencontre les objectifs éducatifs.
- 3.8.4 Les ressources et les installations **doivent** être évaluées afin de s'assurer quelles sont utilisées avec une efficacité optimale.
- 3.8.5 Les membres du corps professoral rattachés au programme doivent être évalués.
- 3.8.5.1 Il **doit** y avoir un mécanisme efficace pour donner une rétroaction honnête et opportune aux membres du corps professoral rattachés au programme relativement à leur rendement.
- 3.8.6 Le milieu d'apprentissage de chaque composante du programme **doit** être évalué.

- 3.9 Le comité du programme de résidence **doit** avoir une politique par écrit régissant la sécurité des résidents en ce qui a trait aux déplacements, aux rencontres avec les patients, y compris les visites à domicile, les consultations après les heures dans des départements isolés et les transferts des patients (p. ex., Medevac). Cette politique devrait aussi permettre aux résidents d'exercer leur discrétion et leur jugement concernant leur sécurité personnelle et assurer une supervision appropriée des résidents durant toutes ces rencontres cliniques.
- 3.9.1 La politique **doit** spécifiquement inclure les activités pédagogiques (p. ex., identifier les indicateurs de risque).
- 3.9.2 Le programme **doit** avoir mis en place des mécanismes efficaces pour gérer les enjeux liés à la perception d'un manque de sécurité chez les résidents.
- 3.9.3 Les résidents et le corps professoral **doivent** être informés des mécanismes en place pour gérer les enjeux liés à la perception d'un manque de sécurité chez les résidents.
4. Chaque centre participant au programme **doit** avoir en place une personne qui se rapporte au directeur du programme, chargée de coordonner ou de superviser le programme, y compris les stages optionnels. Des liens **doivent** être activement maintenus entre la personne qui dirige le programme et celles qui le coordonnent dans les centres.
5. Il **doit** y avoir un membre du corps professoral désigné pour diriger la participation des résidents dans des activités de recherche et d'autres travaux scientifiques. Cette personne est soutenue par un nombre suffisant de professeurs qui ont la responsabilité de faciliter et de superviser cette participation.
6. Il **faut** avoir un environnement de curiosité intellectuelle et scientifique dans le programme. Il **faut** avoir un niveau satisfaisant de recherche et d'activité scientifique au sein des membres du corps professoral identifiés au programme, comme en témoigne ce qui suit :
- le financement de la recherche évaluée par des pairs;
 - la publication de recherches inédites dans des revues évaluées par des pairs et/ou la publication d'articles de synthèse critique ou de chapitres de manuel;
 - la participation du corps professoral et des résidents à des travaux de recherche en cours;
 - des innovations reconnues en éducation médicale, en soins cliniques ou en administration médicale.

NORME B2 : BUTS ET OBJECTIFS

Il doit y avoir un énoncé clairement formulé des buts du programme de résidence et des objectifs éducatifs des résidents.

Interprétation

1. Il **doit** y avoir un énoncé des buts globaux du programme.
2. Il **doit** y avoir des objectifs clairement définis pour chacune des compétences CanMEDS/CanMEDS-FM.

- 2.1 Les objectifs pédagogiques **doivent** être fonctionnels et se refléter dans la planification et l'organisation du programme.
- 2.2 Les objectifs pédagogiques **doivent** se refléter dans l'évaluation des résidents.
3. Il **doit** y avoir des objectifs pédagogiques spécifiques quant aux connaissances, habiletés et comportements attendus dans chaque stage ou autre expérience pédagogique et ces objectifs **doivent** être fondés sur le cadre de compétences CanMEDS/CanMEDS-FM.
 - 3.1 Les objectifs pédagogiques **doivent** être fonctionnels et se refléter dans la planification et l'organisation de l'expérience pédagogique.
 - 3.2 Les objectifs pédagogiques **doivent** se refléter dans l'évaluation des résidents.
4. Les buts et objectifs en vigueur **doivent** être distribués à tous les résidents ainsi qu'aux membres du corps professoral.
 - 4.1 Les résidents et les membres du corps professoral **doivent** utiliser les objectifs dans le cadre de l'enseignement, de l'apprentissage et de l'évaluation.
 - 4.2 Au début d'une expérience pédagogique ou d'un stage particulier, des objectifs d'apprentissage individuels ainsi que des stratégies pour atteindre ces objectifs devraient être élaborés par le professeur responsable et le résident concerné.
5. Le directeur du programme et le comité du programme de résidence **doivent** régulièrement (au moins tous les deux ans) revoir la formulation des buts et des objectifs afin de déterminer leur pertinence et d'apprécier s'ils se reflètent bien dans l'organisation du programme et dans l'évaluation des résidents.

NORME B3 : STRUCTURE ET ORGANISATION DU PROGRAMME

Il faut avoir un programme organisé de stages et autres expériences éducatives, à la fois obligatoires et optionnels, conçu pour donner à chaque résident l'occasion de satisfaire aux exigences de formation et d'acquérir les compétences requises dans la spécialité ou surspécialité concernée.

Interprétation

1. Le programme **doit** offrir toutes les composantes de la formation spécialisée indiquées dans les documents spécifiques de la spécialité ou de la surspécialité.
2. Le programme **doit** être organisé de telle sorte que les résidents font l'objet d'une supervision appropriée selon leur niveau de formation, d'habileté/de compétence et d'expérience.
3. Le programme **doit** être organisé de telle sorte que les résidents se voient confier une responsabilité professionnelle croissante selon leur niveau de formation, d'habileté/de compétence et d'expérience.
4. À un certain moment durant sa formation, chaque résident, avec une supervision appropriée des professeurs, **doit** assumer les fonctions de résident senior.

5. Les responsabilités de service, incluant les affectations aux stages et les activités de garde, **doivent** être attribuées de manière à ce que les résidents puissent atteindre leurs objectifs éducatifs, reconnaissant que plusieurs objectifs ne peuvent être réalisés que par la prestation directe de soins aux patients.
 - 5.1 Les exigences de service **ne doivent pas** interférer avec la capacité des résidents de suivre le programme universitaire.
6. Le programme **doit** offrir à chaque résident des chances équivalentes de tirer profit des éléments du programme les plus appropriés pour satisfaire à ses besoins pédagogiques.
7. Le programme **doit** donner des possibilités suffisantes aux résidents de participer à des activités pédagogiques optionnelles ou sélectives.
8. Le rôle de chaque centre utilisé par le programme **doit** être clairement défini. Il **doit** y avoir un plan général qui précise comment chaque composante du programme est dispensée par les centres participants.
9. L'enseignement et l'apprentissage **doivent** se dérouler dans des milieux qui favorisent la sécurité des résidents et qui sont dépourvus d'intimidation, de harcèlement et de comportements abusifs.
10. Le programme doit collaborer avec les autres programmes dont les résidents ont besoin de développer une expertise dans la spécialité, en leur offrant des expériences pédagogiques appropriées selon les ressources du programme.

NORME B4 : RESSOURCES

Il faut disposer de ressources suffisantes, notamment au chapitre du corps professoral, du nombre et de la variété de patients, des ressources physiques et techniques, de même que des aménagements et services d'appoint, permettant de donner à tous les résidents du programme l'occasion de réaliser les objectifs éducatifs et de recevoir une formation complète, conformément aux exigences de la formation de la spécialité du Collège royal ou du CMFC.

Dans les cas où une université possède les ressources suffisantes pour donner la majeure partie de la formation dans la spécialité ou surspécialité concernée, mais ne dispose pas d'un ou plusieurs éléments essentiels, le programme peut quand même être agréé à la condition que des arrangements soient pris pour diriger les résidents dans un autre programme agréé de résidence pour des périodes de formation prescrite appropriée.

Interprétation

1. Il **faut** avoir un corps professoral qualifié, dont les membres sont en nombre suffisant et proviennent d'une variété de disciplines médicales et d'autres professions de la santé pour prodiguer l'enseignement approprié et assurer la supervision des résidents.
2. Le nombre et la diversité des patients ou spécimens de laboratoire auxquels le programme a régulièrement accès **doivent** être suffisants pour répondre aux besoins pédagogiques des résidents. Ces patients ou spécimens **doivent** être de sexe masculin ou féminin dans une proportion permettant d'acquérir une expérience appropriée à la spécialité ou à la surspécialité.

3. Les services cliniques et les autres ressources utilisés pour l'enseignement **doivent** être organisés afin de favoriser l'atteinte des objectifs éducatifs. L'organisation des soins aux patients peut être différente dans un milieu où l'enseignement et l'éducation sont prodigués.
 - 3.1 Le corps professoral **doit** en tout temps s'acquitter de la double responsabilité de prodiguer aux patients des soins de grande qualité qui respectent l'éthique, et de dispenser un excellent enseignement.
 - 3.2 On **doit** recourir à des méthodes d'apprentissage fondées sur l'acquisition d'expérience pratique, qui permettent la formation en collaboration avec d'autres disciplines pour des soins optimaux aux patients, et qui sont propices à la rétroaction et à la réflexion. Ceci comprend la collaboration avec d'autres médecins et professionnels de la santé.
 - 3.3 Il faut intégrer les ressources d'enseignement afin d'offrir une expérience pratique en urgence, auprès des malades hospitalisés, en cliniques externes, ainsi que dans des milieux communautaires, incluant les soins de courte durée et les soins aux malades chroniques qui sont pertinents à la spécialité ou surspécialité.
 - 3.4 Les milieux d'apprentissage **doivent** comporter des expériences qui facilitent l'acquisition des connaissances, des habiletés et des comportements reliés aux facteurs d'âge, de sexe, de culture et d'origine ethnique pertinents à la spécialité ou à la surspécialité.
 - 3.5 Il **doit** y avoir des possibilités offertes aux résidents d'acquérir les connaissances pertinentes pour comprendre, prévenir et gérer les incidents indésirables chez les patients.
4. On **doit** pouvoir accéder facilement à des ordinateurs et aux installations voulues pour la gestion de l'information, les références en ligne et les recherches informatisées, y compris durant la soirée et les fins de semaine. Ceux-ci devraient être à proximité de l'emplacement où sont prodigués les soins aux patients.
5. Les ressources physiques et techniques accessibles au programme **doivent** être suffisantes pour satisfaire à ses besoins, comme il est stipulé dans les normes d'agrément spécifiques de la spécialité ou de la surspécialité pour les programmes dans la spécialité ou surspécialité en question.
 - 5.1 Les résidents **doivent** disposer de suffisamment d'espace pour effectuer leurs tâches quotidiennes.
 - 5.2 Les résidents **doivent** avoir accès, dans leur milieu de travail, aux ressources techniques nécessaires pour effectuer les tâches liées au soin des patients.
 - 5.3 Il **doit** aussi y avoir des installations qui permettent des activités d'apprentissage telles que l'observation directe d'habiletés cliniques et la présentation du programme d'enseignement ainsi que des endroits privés qui permettent de discuter confidentiellement.
6. Des aménagements et des services d'appoint **doivent** être disponibles, tel que stipulé dans les normes d'agrément spécifiques de la spécialité ou de la surspécialité pour les programmes dans la spécialité ou surspécialité concernée.

- 6.1 Les services cliniques fortement engagés dans les soins aux patients en phase critique ou sérieusement blessés **doivent** être secondés par des unités de soins intensifs organisées pour l'enseignement.
- 6.2 Tous les services nécessaires de consultation, de diagnostic et de laboratoire **doivent** être disponibles.
- 6.3 Les aménagements à la disposition du programme dans les spécialités ou surspécialités cliniques **doivent** comprendre un département d'urgence avec un nombre et une diversité suffisants de patients manifestant des problèmes urgents dans la discipline.
 - 6.3.1 Chaque résident **doit** avoir des occasions, avec une supervision appropriée, de donner une évaluation initiale et des services de consultation aux patients en état d'urgence lorsque pertinent à la spécialité ou surspécialité.
- 6.4 Dans toutes les spécialités et surspécialités cliniques, des cliniques externes et/ou des centres de santé communautaires **doivent** être disponibles et devraient être conçues pour donner aux résidents un environnement d'apprentissage qui permet l'acquisition d'une vaste expérience des soins prodigués aux patients externes vus dans la spécialité ou surspécialité. Cette expérience devrait comprendre, sans s'y limiter, l'investigation préalable à l'admission et les soins de suivi après le congé.
- 6.5 Une majeure partie de la formation d'un résident devrait avoir lieu dans des centres où existent d'autres programmes dans des professions de la santé pertinentes afin de favoriser la collaboration professionnelle.

NORME B5 : CONTENU CLINIQUE, PÉDAGOGIQUE ET SCIENTIFIQUE DU PROGRAMME

Le contenu clinique, pédagogique et scientifique du programme doit être conforme au concept de l'éducation postdoctorale universitaire et préparer adéquatement les résidents à exercer tous les rôles CanMEDS/CanMEDS-MF. La qualité de l'enseignement du savoir dans le programme sera en partie démontrée par un esprit de curiosité scientifique au cours des discussions cliniques, au chevet des patients, dans les cliniques ou dans la communauté, et lors des séminaires, des tournées d'enseignement et des conférences. Ce savoir suppose une compréhension en profondeur des mécanismes à la base des états normaux et anormaux et l'application des connaissances courantes à la pratique.

Interprétation

Le programme **doit** être en mesure de satisfaire aux exigences de tous les rôles du cadre des compétences CanMEDS/CanMEDS-FM. Bien que tous les rôles soient essentiels pour tous les médecins, ils ne revêtent pas tous une importance égale dans toutes les disciplines. On s'attend à ce que, dans l'éducation médicale postdoctorale, la majorité du temps soit consacrée à l'expertise médicale puisque c'est là où se situe le rôle qui est unique au spécialiste.

La conception du programme d'enseignement **doit** tenir compte des pratiques exemplaires en matière d'enseignement et d'apprentissage des compétences CanMEDS/CanMEDS-FM et de l'atteinte des objectifs de formation.

1. Expert médical

- 1.1 Il **doit** y avoir des programmes d'enseignement efficaces permettant aux résidents d'acquérir l'expertise médicale et les compétences requises en matière de prise de décisions pour leur permettre d'agir en tant que médecin en pratique.
- 1.2 Il **doit** y avoir un programme d'enseignement efficace afin d'assurer que les résidents apprennent à consulter et à travailler en collaboration avec d'autres médecins ou professionnels de la santé pour dispenser des soins optimaux aux patients.
- 1.3 Il **doit** y avoir un programme d'études structuré assurant que tous les principaux sujets des sciences fondamentales et cliniques pertinents à la spécialité et la surspécialité soient couverts au cours de la formation de chaque résident au sein du programme. Ce programme devrait comporter un enseignement et des apprentissages centrés sur le patient ainsi que des formations axées sur l'acquisition d'habiletés, des séminaires, des exercices de réflexion, des lectures dirigées, des clubs de lecture et des conférences de recherche.
- 1.4 L'enseignement **doit** traiter des questions liées à l'âge, au sexe, à la culture, à l'origine ethnique et à la fin de vie qui sont pertinentes à la discipline.

2. Communicateur

- 2.1 Le programme **doit** être en mesure de démontrer un enseignement adéquat des habiletés en communication pour permettre aux résidents d'entretenir efficacement une interaction avec les patients et leur famille, les collègues, les étudiants, les intervenants d'autres disciplines et les professionnels de la santé pour élaborer un plan commun de soins.
- 2.2 Le programme **doit** être en mesure de démontrer un enseignement adéquat des habiletés en communication pour permettre aux résidents d'assurer la divulgation et la déclaration d'événements indésirables comme il se doit, de rédiger les dossiers des patients et d'utiliser les dossiers médicaux électroniques, le cas échéant.
- 2.3 Le programme **doit** être en mesure de démontrer un enseignement adéquat des habiletés en communication pour permettre aux résidents d'écrire efficacement des lettres de consultation ou de demande de consultation.

3. Collaborateur

- 3.1 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il existe des possibilités d'apprentissage et de perfectionnement des habiletés de collaboration pour permettre aux résidents de travailler de manière productive avec tous les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé, y compris d'autres médecins et professionnels de la santé.
- 3.2 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il existe des possibilités pour les résidents d'apprendre à gérer les conflits.

4. Gestionnaire

- 4.1 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il offre à tous les résidents des possibilités d'apprendre à contribuer à la gestion et à l'administration efficaces de leurs établissements, organismes médicaux ou systèmes de santé.
- 4.2 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il offre à tous les résidents des possibilités d'apprendre comment allouer efficacement les ressources limitées en soins de santé.
- 4.3 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il offre un enseignement efficace pour aider les résidents à réussir dans la gestion de leur exercice de la médecine et de leur carrière.
- 4.4 Le programme **doit** offrir aux résidents des possibilités d'exercer des rôles en administration et en leadership pertinents à la discipline.
- 4.5 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il offre des possibilités à tous les résidents d'apprendre les principes et les pratiques de l'assurance de la qualité.

5. Promoteur de la santé

- 5.1 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents sont capables de comprendre les besoins en santé des patients, des communautés et des populations qu'ils desservent, ainsi que d'y répondre et d'en faire la promotion.

6. Érudit

- 6.1 Le programme **doit** offrir aux résidents des possibilités d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à l'enseignement efficace.
 - 6.1.1 Les résidents doivent être évalués par observation et doivent recevoir de la rétroaction relativement à l'enseignement dispensé aux collègues et aux étudiants, à leurs présentations lors de séminaires ou de conférences, à la préparation de rapports cliniques et scientifiques et à l'éducation des patients.
- 6.2 Le programme **doit** être en mesure de démontrer l'existence de programmes d'enseignement efficaces en évaluation critique des ouvrages médicaux grâce à la connaissance de la méthodologie de recherche et de la biostatistique.
- 6.3 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il favorise le développement d'habiletés en auto-évaluation et en apprentissage autodirigé.
- 6.4 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents sont en mesure de réaliser un projet scientifique.
- 6.5 Les résidents devraient être encouragés à faire de la recherche durant le programme de résidence. La recherche peut porter sur les sciences fondamentales, la médecine expérimentale, la pratique clinique, l'épidémiologie, l'assurance de la qualité, la formation médicale, l'éthique ou tout autre sujet lié aux soins de la santé.
- 6.6 Le programme **doit** donner aux résidents des possibilités d'assister à des conférences en dehors de leur propre université.

7. Professionnel

- 7.1 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'un véritable apprentissage de la conduite professionnelle appropriée et des comportements éthiques est possible dans le programme.
 - 7.1.1 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents font preuve d'intégrité, d'honnêteté et de compassion en prodiguant des soins de la plus haute qualité.
 - 7.1.2 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents font preuve de comportements professionnels, intraprofessionnels, interprofessionnels et interpersonnels appropriés.
 - 7.1.3 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents exercent la médecine de manière responsable sur le plan déontologique.
 - 7.1.4 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents peuvent participer à une analyse et à une réflexion portant sur des événements indésirables et planifier des stratégies pour en prévenir la récurrence.
- 7.2 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents comprennent et respectent les principes fondamentaux et la pratique de la bioéthique en ce qui a trait à la discipline clinique spécifique.
- 7.3 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il dispense un véritable enseignement du cadre juridique et réglementaire pertinent en vue de guider la pratique des résidents dans la discipline.
- 7.4 Le programme **doit** offrir aux résidents des possibilités de développer et de pratiquer des stratégies appropriées pour promouvoir la santé et le bien-être des médecins.

NORME B6 : ÉVALUATION DU RENDEMENT DES RÉSIDENTS

Il faut des mécanismes en place pour assurer la collecte et l'interprétation systématiques des données d'évaluation pour chacun des résidents inscrits au programme.

Interprétation

1. Le système d'évaluation en cours de formation **doit** se fonder sur les buts et les objectifs du programme et les méthodes devant servir à l'évaluation des résidents **doivent** être clairement définies, ainsi que le niveau de rendement attendu dans la réalisation de ces objectifs.
2. L'évaluation **doit** satisfaire aux exigences spécifiques de la spécialité ou de la surspécialité telles que stipulées dans les normes d'agrément spécifiques de la spécialité ou de la surspécialité et convenir aux caractéristiques évaluées.
 - 2.1 Le programme **doit** évaluer formellement les connaissances à l'aide d'examens écrits et d'évaluations fondées sur le rendement, ainsi que par l'observation directe.
 - 2.2 Les habiletés cliniques **doivent** être évaluées par l'observation directe et **doivent** être documentées.

- 2.3 Les comportements et le professionnalisme **doivent** être évalués au moyen de mécanismes tels que des entrevues avec les pairs, les superviseurs, les autres professionnels de la santé, et les patients et leur famille.
 - 2.4 Les habiletés en communication **doivent** être évaluées par une observation directe de l'interaction avec les patients et leur famille, ainsi qu'avec les collègues et par un examen minutieux des communications par écrit aux patients et aux collègues, et en particulier, les demandes de consultation et les rapports de consultation, le cas échéant.
 - 2.5 Les habiletés en collaboration, notamment les qualités interpersonnelles dans le travail avec tous les membres de l'équipe interprofessionnelle, y compris les autres médecins et professionnels de la santé, **doivent** être évaluées.
 - 2.6 Les habiletés à l'enseignement **doivent** être évaluées dans divers milieux, y compris un rapport écrit d'évaluation de la part des étudiants et par une observation directe du comportement du résident lors de séminaires, d'exposés ou de présentations de cas.
 - 2.7 Les évaluations en cours de formation **doivent** inclure des éléments sur la compréhension des questions liées à l'âge, au sexe, à la culture et à l'origine ethnique.
3. Il **faut** donner à chaque résident une rétroaction honnête, utile et opportune. Des séances de rétroaction documentées **doivent** avoir lieu régulièrement, au moins à la fin de chaque stage. Il est recommandé de procéder à une évaluation en milieu de stage. On devrait aussi fournir aux résidents une rétroaction régulière de manière informelle.
 - 3.1 Les séances de rétroaction aux résidents **doivent** comporter des rencontres face à face à titre de composante essentielle de l'évaluation du résident.
 4. Les résidents **doivent** être informés si des préoccupations sérieuses sont éprouvées à leur égard et on **doit** leur donner la possibilité de corriger leur rendement.
 5. Le programme **doit** fournir au collègue concerné un document pour chaque résident qui a terminé avec succès le programme de résidence. Ce rapport **doit** représenter les points de vue des professeurs qui ont participé directement à l'éducation du résident et ne doit pas refléter l'opinion d'un seul évaluateur. Il **doit** refléter la situation finale du résident et non pas représenter une moyenne de l'ensemble de la résidence.

Normes générales d'agrément

Adoptées par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada - mars 1987

Adoptées par le Collège des médecins du Québec – juin 2007

Adoptées par le Collège des médecins de famille du Canada – octobre 2009

Mise à jour – Normes B – janvier 2011

Mise à jour rédactionnelle – juillet 2012 / juin 2013

Normes générales d'agrément

Les descripteurs

Normes générales d'agrément – Janvier 2011 / Mise à jour rédactionnelle – Juin 2013
Les descripteurs – document de support

TABLE DES MATIÈRES

NORMES GÉNÉRALES APPLICABLES À TOUS LES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE

Norme B1 : Structure administrative	2
Norme B2 : Buts et objectifs	10
Norme B3 : Structure et organisation du programme	12
Norme B4 : Ressources	15
Norme B5 : Contenu clinique, pédagogique et scientifique du programme	21
Norme B6 : Évaluation du rendement des résidents.. ..	29

Le masculin seulement est utilisé pour simplifier le texte.

INTRODUCTION

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont développé des normes nationales d'évaluation et d'agrément des programmes de résidence parrainés par les universités. Chaque programme de résidence est évalué en fonction de sa conformité à ces normes.

Dans ce document, les mots « doit/doivent » ou « il faut », « devrait/devraient » ou « il faudrait » ont été choisis délibérément. L'emploi du mot « doit » ou « il faut » signifie que la conformité avec cette norme est absolument nécessaire. L'emploi du mot « devrait » ou « il faudrait » signifie que la conformité avec la norme correspondante est fortement souhaitable, et on évaluera si son absence peut compromettre substantiellement ou non le respect de toutes les exigences de l'agrément.

Afin d'améliorer la cohérence de l'interprétation et de l'évaluation des *Normes générales d'agrément*, des « descripteurs » ont été élaborés pour chacune des normes. Ces descripteurs aideront les directeurs de programme, les membres du corps professoral et les résidents à comprendre ce qu'il y a lieu de mettre en place dans le but d'attester que la norme est respectée. Les descripteurs sont présentés à la suite de la norme dans le présent document.

NORMES GÉNÉRALES APPLICABLES À TOUS LES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE

NORME B1 : STRUCTURE ADMINISTRATIVE

Il doit exister une structure administrative appropriée pour chaque programme de résidence.

Interprétation

1. Il **doit** y avoir un directeur de programme dont les qualifications sont acceptables soit au Collège des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal), soit au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), soit au Collège des médecins du Québec (CMQ) pour les programmes du Québec. Pour le Collège royal, le directeur du programme **devrait** avoir le certificat du Collège royal dans la discipline concernée. Pour le CMFC, le directeur du programme **doit** avoir la certification en médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada. Pour le CMQ, le directeur de programme **doit** détenir un certificat de spécialiste du CMQ.

DESCRIPTEUR :

Le directeur de programme détient un certificat du Collège royal ou un certificat d'un organisme équivalent; ou

Le directeur de programme détient un certificat du CMFC; ou

Le directeur de programme détient un certificat du CMQ.

Le directeur de programme est responsable de la conduite du programme de résidence intégré dans son ensemble. Le directeur du programme **doit** disposer de suffisamment de temps et de soutien pour exercer la supervision et la gestion du programme. Cette personne est responsable envers le directeur du département concerné et envers le vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté. Le bureau de l'éducation médicale postdoctorale **doit** informer chaque collège concerné de la nomination d'un nouveau directeur de programme.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que le directeur de programme dispose de suffisamment de temps pour planifier, organiser, mettre en œuvre et superviser le programme dans son ensemble.

Il est manifeste que le directeur de programme dispose d'un soutien administratif adéquat et de l'appui du département ou de la division donnant lieu à la prestation et au fonctionnement harmonieux d'un programme de qualité.

2. Il **faut** avoir en place un comité du programme de résidence qui aide le directeur du programme dans la planification, l'organisation et la supervision du programme.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que le comité du programme de résidence participe à la planification, à l'organisation et à la supervision du programme et a le pouvoir de prendre des décisions concernant la formation des résidents.

- 2.1 Ce comité devrait comprendre une personne représentant chacun des centres participants et chacune des composantes majeures du programme.

DESCRIPTEUR :

Des représentants des composantes majeures du programme, y compris la recherche, siègent à ce comité.

Les principaux établissements de santé consacrés à l'enseignement (hôpitaux ou centres de soins de santé autonomes où les résidents effectuent des stages obligatoires) sont représentés à ce comité.

- 2.2 Les résidents du programme **doivent** être représentés au sein de ce comité; s'il y a plus d'un résident au sein du programme, au moins un résident **doit** être élu par ses pairs.

DESCRIPTEUR :

Les résidents sont représentés au comité du programme de résidence.

Au moins un des résidents siégeant au comité est élu par ses pairs s'il y a plus d'un résident inscrit dans le programme.

Les résidents peuvent nommer leur(s) représentant(s) au comité.

Les résidents se déclarent satisfaits de l'efficacité de la représentation de leurs points de vue au comité.

- 2.3 Le comité du programme de résidence **doit** se réunir régulièrement, au moins une fois par trimestre, et tenir des procès verbaux qui reflètent les activités du comité.

DESCRIPTEUR :

Le comité tient des rencontres au moins une fois par trimestre, comme en font foi les ordres du jour et les procès-verbaux.

Les procès-verbaux font état des discussions, des décisions, des plans d'action et des mesures de suivi sur les sujets présentés au comité.

Les ordres du jour et les procès verbaux sont distribués aux membres du comité.

- 2.4 Le comité du programme de résidence **doit** communiquer régulièrement avec les membres du comité, avec le service ou la division et avec les résidents.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que le comité du programme de résidence communique régulièrement au sujet des activités.

Le corps professoral reconnaît être au courant des activités du comité du programme de résidence.

Les résidents déclarent être au courant des activités du comité du programme de résidence.

3. Le directeur du programme, avec l'assistance du comité du programme de résidence ou des sous-comités du programme **doit** planifier, organiser et superviser le programme.

- 3.1 Le programme **doit** être planifié et mis en œuvre de façon à satisfaire aux normes d'agrément établies dans le présent document, ainsi que dans les normes spécifiques d'agrément pour les programmes de spécialité ou de surspécialité telles qu'établies dans le document de la spécialité ou surspécialité concernée.

DESCRIPTEUR :

Les documents relatifs au programme de résidence témoignent des activités de planification, d'organisation, de mise en œuvre et de supervision du programme.

Les normes générales d'agrément et les normes spécifiques aux spécialités sont constamment respectées.

- 3.2 Le programme **doit** offrir des possibilités pour que les résidents acquièrent toutes les compétences requises, telles qu'énoncées dans les objectifs de formation.

DESCRIPTEUR :

Il existe des possibilités pour que les résidents acquièrent toutes les compétences énoncées dans les objectifs de formation du Collège royal ou du CMFC.

- 3.3 Le comité du programme de résidence ou un sous-comité du programme **doit** sélectionner les candidats admis au programme.

DESCRIPTEUR :

Le comité du programme de résidence, ou un sous-comité relevant de celui-ci, suit un processus officiel, clairement défini et transparent pour la sélection de candidats qui seront admis dans le programme.

- 3.4 Le comité du programme de résidence ou un sous-comité du programme **doit** assumer la responsabilité de l'évaluation et de la promotion des résidents inscrits, conformément aux politiques établies par le comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que le comité du programme de résidence discute des évaluations des résidents et prend des décisions relatives aux promotions sur une base régulière.

- 3.4.1 Le comité du programme de résidence ou un sous-comité du programme **doit** organiser une remédiation ou une probation appropriée pour tout résident qui éprouve des difficultés à atteindre le niveau de compétence approprié.

DESCRIPTEUR :

Il existe un processus clairement défini pour aider tout résident qui éprouve des difficultés à atteindre le niveau de compétence approprié.

- 3.5 Le comité du programme de résidence **doit** maintenir un mécanisme d'appel conforme aux politiques de l'université. Le comité du programme de résidence ou un sous-comité du programme devrait recevoir et étudier les appels venant des résidents et, au besoin, soumettre les cas au comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté ou au comité d'appel de la faculté

DESCRIPTEUR :

Une politique en matière d'appel clairement documentée, conforme aux politiques des universités, est en place.

Les résidents sont au courant de la politique en matière d'appel.

- 3.6 Le comité du programme de résidence **doit** mettre en place et assurer la disponibilité de services continus de planification de carrière aux résidents.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que des services formels organisés de planification de carrière et de counseling sont offerts aux résidents chaque année du programme.

- 3.7 Le comité du programme de résidence **doit** mettre en place et assurer la disponibilité, pour les résidents, de services de gestion du stress et d'autres problèmes similaires.

DESCRIPTEUR :

Il existe des services bien conçus, facilement accessibles et confidentiels pour aider les résidents à faire face au stress et à des problèmes similaires.

3.7.1 Le comité du programme de résidence **doit** s'assurer que les résidents connaissent les services mis à leur disposition ainsi que les modalités pour s'en prévaloir.

DESCRIPTEUR :

Les résidents sont capables de décrire les services offerts pour les aider à surmonter le stress et comment ils peuvent accéder à ces services.

3.8 Le comité du programme de résidence **doit** revoir le programme de façon continue afin d'évaluer la qualité de l'expérience pédagogique ainsi que les ressources disponibles.

3.8.1 Il **faut** tenir compte, parmi les facteurs à considérer dans cette revue, de l'opinion des résidents.

3.8.2 Cette revue **doit** se dérouler dans une ambiance franche et collégiale afin de permettre, en toute liberté, un échange de points de vue sur les forces et les faiblesses du programme sans entrave et dans le respect de la confidentialité.

DESCRIPTEUR :

Une documentation claire atteste que le comité du programme de résidence effectue une révision régulière et en profondeur du programme dans son ensemble.

Les résidents déclarent participer à la révision continue du programme.

Les membres du comité du programme de résidence déclarent tenir des discussions ouvertes et honnêtes sur les forces et les faiblesses du programme et que des mécanismes de suivi appropriés sont mis en place.

3.8.3 Chaque composante clinique et pédagogique du programme **doit** être évaluée afin de s'assurer que l'on rencontre les objectifs éducatifs.

DESCRIPTEUR :

La révision régulière documente les forces, les faiblesses et les plans d'amélioration avec des suivis conçus spécifiquement pour le programme d'études, l'évaluation des membres du corps professoral et les stages.

Des mécanismes sont en place pour fournir de la rétroaction aux personnes responsables de ces éléments du programme.

3.8.4 Les ressources et les installations **doivent** être évaluées afin de s'assurer quelles sont utilisées avec une efficacité optimale.

DESCRIPTEUR :

Des documents d'évaluation des ressources et des installations sont produits pour les différents éléments du programme. Ces évaluations sont effectuées au cours de réunions spéciales du comité du programme de résidence ou sont intégrées dans le processus global de révision du programme.

3.8.5 Les membres du corps professoral rattachés au programme **doivent** être évalués.

DESCRIPTEUR :

On dispose de preuves que les enseignants sont évalués régulièrement.

Les résidents sont à l'aise avec le processus d'évaluation de leurs enseignants et des stages.

3.8.5.1 Il **doit** y avoir un mécanisme efficace pour donner une rétroaction honnête et opportune aux membres du corps professoral rattachés au programme relativement à leur rendement.

DESCRIPTEUR :

Des mécanismes pour transmettre de la rétroaction confidentielle en temps opportun à chacun des enseignants sont en place.

3.8.6 Le milieu d'apprentissage de chaque composante du programme **doit** être évalué.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que le milieu d'apprentissage est évalué régulièrement.

3.9 Le comité du programme de résidence **doit** avoir une politique par écrit régissant la sécurité des résidents en ce qui a trait aux déplacements, aux rencontres avec les patients, y compris les visites à domicile, les consultations après les heures dans des départements isolés et les transferts des patients (p. ex., Medevac). Cette politique devrait aussi permettre aux résidents d'exercer leur discrétion et leur jugement concernant leur sécurité personnelle et assurer une supervision appropriée des résidents durant toutes ces rencontres cliniques.

DESCRIPTEUR :

Il existe une politique écrite concernant la sécurité des résidents.

Les résidents et les membres du corps professoral connaissent cette politique.

3.9.1 La politique **doit** spécifiquement inclure les activités pédagogiques (p. ex., identifier les indicateurs de risque).

DESCRIPTEUR :

La politique écrite fait référence à des situations particulières à la spécialité ou au programme.

La politique écrite inclut les activités pédagogiques identifiées comme étant à plus haut risque.

- 3.9.2 Le programme **doit** avoir mis en place des mécanismes efficaces pour gérer les enjeux liés à la perception d'un manque de sécurité chez les résidents.

DESCRIPTEUR :

Les mécanismes que les résidents devraient suivre pour gérer les enjeux liés à la perception d'un manque de sécurité chez les résidents sont manifestes.

- 3.9.3 Les résidents et le corps professoral **doivent** être informés des mécanismes en place pour gérer les enjeux liés à la perception d'un manque de sécurité chez les résidents.

DESCRIPTEUR :

Les résidents et le corps professoral déclarent connaître les mécanismes en place pour gérer les enjeux liés à la perception d'un manque de sécurité chez les résidents.

4. Chaque centre participant au programme **doit** avoir en place une personne qui se rapporte au directeur du programme, chargée de coordonner ou de superviser le programme, y compris les stages optionnels. Des liens doivent être activement maintenus entre la personne qui dirige le programme et celles qui le coordonnent dans les centres.

DESCRIPTEUR :

Il y a dans chaque centre un coordonnateur ou un superviseur désigné participant aux stages obligatoires ou optionnels du programme.

L'on peut constater l'existence d'une bonne communication entre les coordonnateurs ou superviseurs dans les centres et le programme.

Les coordonnateurs ou superviseurs dans les centres sont capables de décrire les objectifs pédagogiques du programme.

Les coordonnateurs ou superviseurs dans les centres ont la responsabilité de s'assurer de la tenue d'activités pédagogiques appropriées et de l'évaluation des résidents.

5. Il **doit** y avoir un membre du corps professoral désigné pour diriger la participation des résidents dans des activités de recherche et d'autres travaux scientifiques. Cette personne est soutenue par un nombre suffisant de professeurs qui ont la responsabilité de faciliter et de superviser cette participation.

DESCRIPTEUR :

Il y a un membre du corps professoral désigné chargé de faciliter la participation des résidents à des activités de recherche.

Les résidents sont capables de nommer le membre du corps professoral désigné chargé de faciliter leur participation à des activités de recherche.

Les résidents se déclarent satisfaits de la disponibilité des superviseurs de recherche.

6. Il **faut** avoir un environnement de curiosité intellectuelle et scientifique dans le programme. Il **faut** avoir un niveau satisfaisant de recherche et d'activité scientifique au sein des membres du corps professoral identifiés au programme, comme en témoigne ce qui suit :

- le financement de la recherche évalué par des pairs;
- la publication de recherches inédites dans des revues évaluées par des pairs et/ou la publication d'articles de synthèse critique ou de chapitres de manuel;
- la participation du corps professoral et des résidents à des travaux de recherche en cours;
- des innovations reconnues en éducation médicale, en soins cliniques ou en administration médicale.

DESCRIPTEUR :

Le degré de satisfaction est manifeste quant au financement de la recherche évalué par les pairs, en fonction de la spécialité et de l'ampleur du programme.

Le degré de satisfaction est manifeste quant au nombre de publications évaluées par les pairs, compte tenu de la spécialité et de l'ampleur du programme.

Les membres du corps professoral obtiennent un niveau approprié de soutien pour leur participation à des activités érudites.

Les membres du corps professoral se déclarent satisfaits des occasions qui leur sont offertes de participer à des activités érudites.

Les résidents se déclarent satisfaits de l'offre de possibilités de participation à des activités de recherche et de la variété de ces possibilités.

Les résidents se déclarent satisfaits des occasions qui leur sont offertes de participer à d'autres activités érudites.

L'innovation en matière de soins cliniques est évidente.

NORME B2 : BUTS ET OBJECTIFS

Il faut avoir un énoncé clairement formulé des buts du programme de résidence et des objectifs éducatifs des résidents.

Interprétation

1. Il **faut** avoir un énoncé des buts globaux du programme.

DESCRIPTEUR :

Il existe un énoncé des buts globaux du programme.

2. Il **doit** y avoir des objectifs clairement définis pour chacune des compétences CanMEDS/CanMEDS-FM.

- 2.1 Les objectifs pédagogiques **doivent** être fonctionnels et se refléter dans la planification et l'organisation du programme.

- 2.2 Les objectifs pédagogiques **doivent** se refléter dans l'évaluation des résidents.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que la planification des stages ou des expériences pédagogiques reflètent les objectifs globaux des compétences CanMEDS/CanMEDS-MF.

Les objectifs sont définis et structurés clairement de façon à refléter les compétences CanMEDS/CanMEDS-MF.

Il est manifeste que les stages sont liés à l'acquisition des compétences CanMEDS/CanMEDS-MF.

3. Il **doit** y avoir des objectifs pédagogiques spécifiques quant aux connaissances, habiletés et comportements attendus dans chaque stage ou autre expérience pédagogique et ces objectifs **doivent** être fondés sur le cadre de compétences CanMEDS/CanMEDS-FM.

- 3.1 Les objectifs pédagogiques **doivent** être fonctionnels et se refléter dans la planification et l'organisation de l'expérience pédagogique.

3.2 Les objectifs pédagogiques **doivent** se refléter dans l'évaluation des résidents.

DESCRIPTEUR :

Les objectifs de chaque stage sont rédigés d'après le format CanMEDS/CanMEDS-MF.

Il est manifeste que les objectifs des stages sont pertinents par rapport au niveau de formation des résidents.

Les évaluations des résidents sont en fonction des objectifs pédagogiques de chaque stage.

Les résidents sont capables de décrire comment les objectifs sont utilisés dans l'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation.

Les membres du corps professoral sont capables de décrire comment les objectifs sont utilisés dans l'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation.

4. Les buts et objectifs en vigueur **doivent** être distribués à tous les résidents ainsi qu'aux membres du corps professoral.

DESCRIPTEUR :

Les résidents sont capables de décrire de quelle manière ils peuvent s'informer des buts et objectifs en vigueur.

Les membres du corps professoral sont capables de décrire de quelle manière ils peuvent s'informer des buts et objectifs en vigueur.

4.1 Les résidents et les membres du corps professoral **doivent** utiliser les objectifs dans le cadre de l'enseignement, de l'apprentissage et de l'évaluation.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent qu'ils utilisent les objectifs.

Le corps professoral déclare qu'il utilise les objectifs.

4.2 Au début d'une expérience pédagogique ou d'un stage particulier, des objectifs d'apprentissage individuels ainsi que des stratégies pour atteindre ces objectifs devraient être élaborés par le professeur responsable et le résident concerné.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent que les objectifs d'apprentissage sont élaborés et discutés au début de chaque stage.

5. Le directeur du programme et le comité du programme de résidence **doivent** régulièrement (au moins tous les deux ans) revoir la formulation des buts et des objectifs afin de déterminer leur pertinence et d'apprécier s'ils se reflètent bien dans l'organisation du programme et dans l'évaluation des résidents.

DESCRIPTEUR :

On dispose de preuves que les objectifs sont révisés tous les deux ans.

NORME B3 : STRUCTURE ET ORGANISATION DU PROGRAMME

Il faut avoir un programme organisé de stages et autres expériences éducatives, à la fois obligatoires et optionnels, conçu pour donner à chaque résident l'occasion de satisfaire aux exigences de formation et d'acquérir les compétences requises dans la spécialité ou surspécialité concernée.

Interprétation

1. Le programme **doit** offrir toutes les composantes de la formation spécialisée indiquées dans les documents spécifiques de la spécialité ou de la surspécialité.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que toutes les composantes décrites dans les documents du Collège royal traitant des spécialités sont offertes dans le programme.

Il est manifeste que toutes les composantes décrites dans les documents du CMFC traitant des spécialités sont offertes dans le programme.

2. Le programme **doit** être organisé de telle sorte que les résidents font l'objet d'une supervision appropriée selon leur niveau de formation, d'habileté/de compétence et d'expérience.
3. Le programme **doit** être organisé de telle sorte que les résidents se voient confier une responsabilité professionnelle croissante, avec supervision appropriée, selon leur niveau de formation, d'habileté/de compétence et d'expérience.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent que l'encadrement fourni est adéquat par rapport à leur niveau de formation, d'expérience et de compétences démontrées.

Les résidents signalent qu'ils sont à l'aise pour faire appel à tout moment au médecin responsable de leur encadrement.

Les résidents sont capables de dresser une liste des circonstances dans lesquelles ils doivent faire appel au médecin qui les encadre conformément aux politiques locales et aux normes provinciales et nationales.

Les membres du corps professoral sont capables de décrire les attentes quant aux compétences des résidents à différents niveaux de formation.

Les résidents se déclarent bien préparés à gérer les niveaux croissants de responsabilité professionnelle exigés dans leur programme de formation.

Les résidents décrivent des exemples de niveaux adéquats d'accroissement de la responsabilité professionnelle.

4. À un moment donné du programme, chaque résident, avec une supervision appropriée du personnel, **doit** assumer les fonctions de la résidence senior.

DESCRIPTEUR :

Il existe un plan documenté qui permet à chaque résident d'assumer graduellement des responsabilités supérieures à un moment approprié dans le programme de formation.

5. Les responsabilités du service, y compris les affectations aux stages et les fonctions de garde, **doivent** être attribuées de manière à ce que les résidents puissent atteindre leurs objectifs éducatifs, reconnaissant que plusieurs objectifs ne peuvent être réalisés que par la prestation directe de soins aux patients.
- 5.1 Les exigences du service **ne doivent pas** nuire à la capacité des résidents de suivre le programme universitaire.

DESCRIPTEUR :

Un processus est en place afin de veiller à ce que le nombre et la complexité des responsabilités du service soient appropriés pour le niveau de formation, de connaissances, d'aptitudes et de compétence des résidents.

Les résidents déclarent que leurs responsabilités dans le service, y compris la garde, leur fournissent des occasions d'apprentissage expérientiel par des examens de cas, des discussions avec les superviseurs et la réflexion.

Les résidents déclarent que les exigences du service occasionnent rarement leur absence de séances planifiées du programme.

Les résidents déclarent qu'il y a un équilibre du service à l'apprentissage dans le programme.

6. Le programme **doit** offrir à chaque résident des chances équivalentes de tirer profit des éléments du programme les plus appropriés pour satisfaire à ses besoins pédagogiques.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent que le programme leur offre des occasions équivalentes d'atteindre leurs objectifs d'apprentissage.

Le mécanisme d'affectation des résidents à des expériences d'apprentissage ou à des stages particuliers est transparent.

7. Le programme **doit** donner des possibilités suffisantes aux résidents de participer à des activités pédagogiques optionnelles ou sélectives.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que différentes expériences optionnelles ou sélectives en nombre adéquat sont offertes aux résidents à un moment donné au cours du programme de formation.

8. Le rôle de chaque centre utilisé par le programme **doit** être clairement défini. Il **doit** y avoir un plan général qui précise comment chaque composante du programme est dispensée par les centres participants.

DESCRIPTEUR :

Le directeur du programme et les coordonnateurs dans les centres sont capables de décrire le rôle de chaque centre utilisé par le programme.

Le directeur du programme est capable de décrire l'intégration des rôles des divers centres dans le plan global du programme.

9. L'enseignement et l'apprentissage **doivent** se dérouler dans des milieux qui favorisent la sécurité des résidents et qui sont dépourvus d'intimidation, de harcèlement et de comportements abusifs.

DESCRIPTEUR :

Un mécanisme bien défini est en place pour traiter les cas de manque de sécurité pour les résidents, d'intimidation, de harcèlement ou d'abus de façon opportune et efficace.

Les résidents décrivent un environnement d'enseignement et d'apprentissage qui favorise la sécurité des résidents et est exempt de situations d'intimidation, de harcèlement et d'abus.

Les résidents sont conscients de ce qu'ils doivent faire s'ils perçoivent des problèmes de sécurité, d'intimidation, de harcèlement ou d'abus, et connaissent plus d'une voie pour déclarer ces situations.

Les membres du corps professoral sont conscients de ce qu'ils doivent faire s'ils perçoivent des problèmes de sécurité, d'intimidation, de harcèlement ou d'abus, et connaissent plus d'une voie pour déclarer ces situations.

10. Le programme **doit** collaborer avec les autres programmes dont les résidents ont besoin de développer une expertise dans la spécialité, en leur offrant des expériences pédagogiques appropriées selon les ressources du programme.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste qu'il y a des discussions, une planification et des accommodements liés aux résidents dans les spécialités qui se chevauchent et qui partagent des ressources et des expériences.

NORME B4 : RESSOURCES

Il faut disposer de ressources suffisantes, notamment au chapitre du corps professoral, du nombre et de la variété de patients, des ressources physiques et techniques, de même que des aménagements et services d'appoint, permettant de donner à tous les résidents du programme l'occasion de réaliser les objectifs éducatifs et de recevoir une formation complète, conformément aux exigences de la formation de la spécialité du Collège royal ou du CMFC.

Dans les cas où une université possède les ressources suffisantes pour donner la majeure partie de la formation dans la spécialité ou surspécialité concernée, mais ne dispose pas d'un ou plusieurs éléments essentiels, le programme peut quand même être agréé à la condition que des arrangements soient pris pour diriger les résidents dans un autre programme agréé de résidence pour des périodes de formation prescrite appropriée.

Interprétation

1. Il **faut** avoir un corps professoral qualifié, dont les membres sont en nombre suffisant et proviennent d'une variété de disciplines médicales et d'autres professions de la santé pour prodiguer l'enseignement approprié et assurer la supervision des résidents.

DESCRIPTEUR :

Le nombre de membres du corps professoral et leurs qualifications sont appropriés pour l'enseignement aux résidents affectés aux stages dans la spécialité.

Le nombre de membres du corps professoral et leurs qualifications sont adéquats pour assurer la supervision des résidents, y compris la supervision de garde.

2. Le nombre et la diversité des patients ou spécimens de laboratoire auxquels le programme a régulièrement accès **doivent** être suffisants pour répondre aux besoins pédagogiques des résidents. Ils **doivent** comporter des patients hommes et femmes ou des spécimens provenant des deux sources pour offrir une expérience appropriée à la spécialité ou à la surspécialité.

DESCRIPTEUR :

Le nombre et la diversité des patients ou des spécimens de laboratoire sont appropriés d'après les exigences particulières de la spécialité.

Les résidents se déclarent satisfaits du nombre et de la diversité des patients ou des spécimens de laboratoire.

3. Les services cliniques et les autres ressources utilisés dans l'enseignement **doivent** être organisés afin de favoriser l'exercice de leurs objectifs éducatifs. L'organisation des soins aux patients peut être différente dans le milieu où l'enseignement et l'éducation sont prodigués.

DESCRIPTEUR :

Les résidents se déclarent satisfaits de la manière dont les services cliniques et les autres ressources sont organisés par rapport à l'enseignement et à l'apprentissage.

Les membres du corps professoral se déclarent satisfaits de la manière dont les services cliniques et les autres ressources sont organisés par rapport à l'enseignement et à l'apprentissage.

- 3.1 Le corps professoral **doit** en tout temps s'acquitter de la double responsabilité de prodiguer aux patients des soins de grande qualité qui respectent l'éthique, et de dispenser un excellent enseignement.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent que les enseignants font preuve d'engagement à l'égard de la qualité des soins aux patients et de l'enseignement.

Le chef du département ou de la division est capable de décrire un système annuel d'évaluation des membres du corps professoral et des éducateurs cliniques portant sur les soins aux patients et l'enseignement, qui comprend de recueillir l'opinion des résidents.

Le chef du département ou de la division se déclare satisfait de la qualité des soins cliniques et de l'enseignement.

Les évaluations de l'enseignement sont comprises dans les évaluations annuelles des membres du corps professoral.

Le directeur du programme est capable de décrire des mécanismes pour traiter des situations où le personnel enseignant n'exercerait pas la double responsabilité de dispenser aux patients des soins de grande qualité dans le respect de l'éthique et un excellent enseignement aux résidents.

Des cours de perfectionnement du corps professoral sont offerts, et les membres du personnel enseignant qui éprouvent des problèmes liés à leurs fonctions sont tenus de suivre ces cours dans le but de remédier à ces problèmes et promouvoir l'excellence.

- 3.2 On **doit** recourir à des méthodes d'apprentissage fondées sur l'acquisition d'expérience pratique, qui permettent la formation en collaboration avec d'autres disciplines pour des soins optimaux aux patients, et qui sont propices à la rétroaction et à la réflexion. Ceci comprend la collaboration avec d'autres médecins et professionnels de la santé.

DESCRIPTEUR :

Les résidents décrivent un cycle d'apprentissage qui comporte l'expérience des soins aux patients, la rétroaction et la réflexion.

Le personnel enseignant décrit un cycle d'apprentissage qui comporte l'expérience des soins aux patients, la rétroaction et la réflexion.

Les résidents décrivent un environnement où ils peuvent facilement obtenir un apport d'autres disciplines relativement aux soins aux patients et à l'apprentissage.

Les membres du personnel enseignant décrivent un environnement où ils peuvent facilement obtenir un apport d'autres disciplines relativement aux soins aux patients et à l'apprentissage.

- 3.3 Il **faut** intégrer les ressources d'enseignement afin d'offrir une expérience pratique en urgence, auprès des malades hospitalisés, en cliniques externes, ainsi que dans des milieux communautaires, incluant les soins de courte durée et les soins aux malades chroniques qui sont pertinents à la spécialité ou surspécialité.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent être exposés adéquatement à des expériences de soins en salle d'urgence, à des patients hospitalisés et ambulatoires et dans les milieux communautaires, y compris à des expériences de soins de courte durée et chroniques, pertinentes à la spécialité ou la surspécialité.

Le personnel enseignant déclare être exposé adéquatement à des expériences de soins en salle d'urgence, à des patients hospitalisés et ambulatoires et dans les milieux communautaires, y compris à des expériences de soins de courte durée et chroniques, pertinentes à la spécialité ou la surspécialité.

- 3.4 Les milieux d'apprentissage **doivent** comporter des expériences qui facilitent l'acquisition des connaissances, des habiletés et des comportements reliés aux facteurs d'âge, de sexe, de culture et d'origine ethnique pertinents à la spécialité ou à la surspécialité.

DESCRIPTEUR :

Les résidents sont capables de dresser une liste des façons dont est facilitée l'acquisition des connaissances, des habiletés et des comportements liés aux facteurs d'âge, de sexe, de culture et d'origine ethnique pertinents à la spécialité ou à la surspécialité.

Le personnel enseignant est capable de dresser une liste des façons dont est facilitée l'acquisition des connaissances, des habiletés et des comportements liés aux facteurs d'âge, de sexe, de culture et d'origine ethnique pertinents à la spécialité ou à la surspécialité.

- 3.5 Il **doit** y avoir des possibilités offertes aux résidents d'acquérir les connaissances pertinentes pour comprendre, prévenir et gérer les incidents indésirables chez les patients.

DESCRIPTEUR :

Les résidents sont capables de nommer des façons que le programme utilise pour faciliter l'apprentissage de l'assurance de la qualité et des compétences relatives à la sécurité des patients.

Le personnel enseignant est capable de nommer des façons que le programme utilise pour faciliter l'apprentissage de l'assurance de la qualité et des compétences relatives à la sécurité des patients.

4. On **doit** pouvoir accéder facilement à des ordinateurs et aux installations voulues pour la gestion de l'information, les références en ligne et les recherches informatisées, y compris durant la soirée et les fins de semaine. Ceux-ci devraient être à proximité de l'emplacement où sont prodigués les soins aux patients.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent avoir accès en tout temps aux installations voulues pour la gestion de l'information, les références en ligne et les recherches informatisées.

Les ordinateurs permettant cet accès se trouvent à proximité de l'emplacement où sont prodigués les soins aux patients.

5. Les ressources physiques et techniques accessibles au programme **doivent** être suffisantes pour satisfaire à ses besoins, comme il est stipulé dans les normes d'agrément spécifiques de la spécialité ou de la surspécialité pour les programmes dans la spécialité ou surspécialité en question.

DESCRIPTEUR :

Les ressources physiques et techniques accessibles au programme satisfont aux normes d'agrément spécifiques de la spécialité.

Le corps professoral déclare avoir suffisamment d'espace pour permettre des activités d'apprentissage, y compris l'espace adéquat pour l'observation directe d'habiletés cliniques et la présentation du programme d'enseignement et des endroits privés qui permettent de discuter confidentiellement.

- 5.1 Les résidents **doivent** disposer de suffisamment d'espace pour effectuer leurs tâches quotidiennes.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent que l'espace est adéquat.

- 5.2 Les résidents **doivent** avoir accès, dans leur milieu de travail, aux ressources techniques nécessaires pour effectuer les tâches liées au soin des patients.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent avoir accès en tout temps aux installations voulues pour la gestion de l'information, les références en ligne et les recherches informatisées.

Les ordinateurs permettant cet accès se trouvent à proximité de l'emplacement où sont prodigués les soins aux patients.

- 5.3 Il **doit** aussi y avoir des installations qui permettent des activités d'apprentissage telles que l'observation directe d'habiletés cliniques et la présentation du programme d'enseignement ainsi que des endroits privés qui permettent de discuter confidentiellement.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste qu'il y a de l'espace approprié pour les activités d'apprentissage.

Les résidents déclarent que l'espace est adéquat.

Le corps professoral déclare que l'espace est adéquat.

6. Des aménagements et des services d'appoint **doivent** être disponibles, tel que stipulé dans les normes d'agrément spécifiques de la spécialité ou de la surspécialité pour les programmes dans la spécialité ou surspécialité concernée.

DESCRIPTEUR :

Des aménagements et des services d'appoint sont disponibles, tel que stipulé dans les normes d'agrément spécifiques de la spécialité ou de la surspécialité.

- 6.1 Les services cliniques fortement engagés dans les soins aux patients en phase critique ou sérieusement blessés **doivent** être secondés par des unités de soins intensifs organisées pour l'enseignement.

DESCRIPTEUR :

Les résidents décrivent les expériences d'apprentissage en soins intensifs comme pertinentes à la spécialité ou la surspécialité.

- 6.2 Tous les services nécessaires de consultation, de diagnostic et de laboratoire **doivent** être disponibles.

DESCRIPTEUR :

Les services de consultation, de diagnostic et de laboratoire nécessaires pour les soins aux patients sont disponibles.

- 6.3 Les aménagements à la disposition du programme dans les spécialités ou surspécialités cliniques **doivent** comprendre un département d'urgence avec un nombre et une diversité suffisants de patients manifestant des problèmes urgents dans la discipline.

- 6.3.1 Chaque résident **doit** avoir des occasions, avec une supervision appropriée, de donner une évaluation initiale et des services de consultation aux patients en état d'urgence lorsque pertinent à la spécialité ou surspécialité.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent que des aménagements d'urgence et de soins de courte durée nécessaires pour les soins aux patients sont disponibles.

Le personnel enseignant déclare que des aménagements d'urgence et de soins de courte durée nécessaires pour les soins aux patients sont disponibles.

Les résidents ont des occasions de fournir des services d'évaluation initiale et de consultation aux patients en état d'urgence.

- 6.4 Dans toutes les spécialités et surspécialités cliniques, des cliniques externes et/ou des centres de santé communautaires **doivent** être disponibles et devraient être conçues pour donner aux résidents un environnement d'apprentissage qui permet l'acquisition d'une vaste expérience des soins prodigués aux patients externes vus dans la spécialité ou surspécialité. Cette expérience devrait comprendre, sans s'y limiter, l'investigation préalable à l'admission et les soins de suivi après le congé.

DESCRIPTEUR :

Les résidents décrivent les expériences d'apprentissage en soins ambulatoires comme pertinentes à leur programme.

- 6.5 Une majeure partie de la formation d'un résident devrait avoir lieu dans des centres où existent d'autres programmes dans des professions de la santé pertinentes afin de favoriser la collaboration professionnelle.

DESCRIPTEUR :

La formation des résidents est dispensée dans un contexte où sont offerts d'autres programmes agréés dans des spécialités connexes.

NORME B5 : CONTENU CLINIQUE, PÉDAGOGIQUE ET SCIENTIFIQUE DU PROGRAMME

Le contenu clinique, pédagogique et scientifique du programme doit être conforme au concept de l'éducation postdoctorale universitaire et préparer adéquatement les résidents à exercer tous les rôles CanMEDS/CanMEDS-MF. La qualité de l'enseignement du savoir dans le programme sera en partie démontrée par un esprit de curiosité scientifique au cours des discussions cliniques, au chevet des patients, dans les cliniques ou dans la communauté, et lors des séminaires, des tournées d'enseignement et des conférences. Ce savoir suppose une compréhension en profondeur des mécanismes à la base des états normaux et anormaux et l'application des connaissances courantes à la pratique.

Interprétation

Les résidents **doivent** être prêts à faire preuve de toutes les compétences CanMEDS/CanMEDS-FM. Bien que tous les rôles soient essentiels pour tous les médecins, ils ne revêtent pas tous une importance égale dans toutes les disciplines. On s'attend à ce que, dans l'éducation médicale postdoctorale, la majorité du temps soit consacrée à l'expertise médicale puisque c'est là où se situe le rôle qui est unique au spécialiste.

La conception du programme d'enseignement **doit** tenir compte des pratiques exemplaires en matière d'enseignement et d'apprentissage des compétences CanMEDS/CanMEDS-FM et de l'atteinte des objectifs de formation.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que la conception de l'enseignement et de l'apprentissage de chacune des compétences CanMEDS/CanMEDS-MF tient compte des pratiques exemplaires connexes.

1. Expert médical

- 1.1 Il **doit** y avoir en place des programmes d'enseignement efficaces permettant aux résidents d'acquérir l'expertise médicale et les compétences en prise de décisions voulues pour agir en qualité de médecin en pratique.

DESCRIPTEUR :

Les résidents se déclarent satisfaits de l'enseignement dans les domaines pertinents à l'acquisition de l'expertise médicale et à la prise de décisions cliniques.

L'enseignement des compétences cliniques est documenté.

Les résidents déclarent qu'il y a enseignement au chevet des patients.

Les membres du corps professoral déclarent qu'il y a enseignement au chevet des patients.

- 1.2 Il **doit** y avoir en place un programme d'enseignement efficace afin d'assurer que les résidents apprennent à consulter d'autres médecins et professionnels de la santé pour dispenser des soins optimaux aux patients.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que les résidents ont des occasions de discuter de cas de patients avec d'autres médecins d'une spécialité ou d'une surspécialité, ou avec d'autres professionnels de la santé dans un environnement qui favorise l'excellence des soins aux patients ainsi que l'apprentissage.

- 1.3 Il **doit** y avoir un programme d'études structuré assurant que tous les principaux sujets des sciences fondamentales et cliniques pertinents à la spécialité et la surspécialité soient couverts au cours de la formation de chaque résident au sein du programme. Ce programme devrait comporter un enseignement et des apprentissages centrés sur le patient ainsi que des formations axées sur l'acquisition d'habiletés, des séminaires, des exercices de réflexion, des lectures dirigées, des clubs de lecture et des conférences de recherche.

DESCRIPTEUR :

Il existe un programme d'études structuré qui comprend les sciences fondamentales et cliniques pertinentes à la spécialité ou la surspécialité et dont la planification vise à assurer que tous les principaux sujets sont couverts pendant la durée normale d'un programme de résidence.

Il est manifeste que le personnel enseignant participe à des sessions structurées d'enseignement.

Il est manifeste que les activités pédagogiques du personnel enseignant sont centrées sur le patient.

Un mécanisme est en place pour vérifier la participation des résidents aux sessions d'enseignement structuré.

Les résidents déclarent disposer de suffisamment de temps réservé pour assister au programme de cours structurés.

- 1.4 L'enseignement **doit** porter sur les questions liées à l'âge, au sexe, à la culture, à l'origine ethnique et à la fin de vie qui sont pertinentes à la discipline.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que l'enseignement comprend des sujets pertinents à la discipline, liés à l'âge, au sexe, à la culture et à l'origine ethnique de patients.

Il est manifeste que l'enseignement comprend des sujets liés aux soins de fin de vie, pertinents à la discipline.

2. Communicateur

- 2.1 Le programme **doit** être en mesure de démontrer un enseignement adéquat des habiletés en communication pour permettre aux résidents d'entretenir efficacement une interaction avec les patients et leur famille, les collègues, les étudiants, les intervenants d'autres disciplines et les professionnels de la santé pour élaborer un plan commun de soins.

DESCRIPTEUR :

Les compétences de communication orale entre les résidents et une variété d'autres personnes de la spécialité que ceux-ci côtoient, sont enseignées.

- 2.2 Le programme **doit** être en mesure de démontrer un enseignement adéquat des habiletés en communication pour permettre aux résidents d'assurer la divulgation et la déclaration d'événements indésirables comme il se doit, de rédiger les dossiers des patients et d'utiliser les dossiers médicaux électroniques, le cas échéant.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que les résidents reçoivent un enseignement structuré des habiletés en communication pour permettre la divulgation et la déclaration d'événements indésirables comme il se doit.

Il est manifeste que les résidents reçoivent des instructions sur la façon de rédiger des dossiers de patients et d'utiliser les dossiers médicaux électroniques, le cas échéant.

- 2.3 Le programme **doit** être en mesure de démontrer un enseignement adéquat des habiletés en communication pour permettre aux résidents d'écrire efficacement des lettres de consultation ou de demande de consultation.

DESCRIPTEUR :

Il existe un enseignement structuré des habiletés en communication écrite pour permettre aux résidents d'écrire des lettres de consultation ou de demande de consultation.

3. Collaborateur

- 3.1 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il existe des possibilités d'apprentissage et de perfectionnement des habiletés de collaboration pour permettre aux résidents de travailler de manière productive avec tous les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé, y compris d'autres médecins et professionnels de la santé.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent être en mesure de travailler avec tous les membres d'une équipe interprofessionnelle pertinente à la spécialité.

Il existe un processus pour permettre aux résidents diplômés de participer systématiquement aux activités de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé.

Les résidents déclarent apprendre les habiletés pour demander et offrir des consultations, y compris la façon appropriée de remplir des formulaires de consultation.

- 3.2 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il existe des possibilités pour les résidents d'apprendre à gérer les conflits.

DESCRIPTEUR :

On enseigne comment gérer les conflits.

4. Gestionnaire

- 4.1 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il offre à tous les résidents des possibilités d'apprendre à contribuer à la gestion et à l'administration efficaces de leurs établissements, organismes médicaux ou systèmes de santé.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent avoir des occasions de contribuer à la gestion efficace de l'organisme ou de systèmes de soins de santé.

- 4.2 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il offre à tous les résidents des possibilités d'apprendre comment allouer efficacement les ressources limitées en soins de santé.

DESCRIPTEUR :

Les résidents signalent que la discussion sur l'allocation efficace des ressources en soins de santé est partie intégrante de leur apprentissage clinique.

- 4.3 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il offre un enseignement efficace pour aider les résidents à réussir dans la gestion de leur exercice de la médecine et de leur carrière.

DESCRIPTEUR :

Pour les résidents, les compétences en gestion pertinentes à leurs besoins futurs dans la poursuite de leur carrière font l'objet d'un enseignement.

- 4.4 Le programme **doit** offrir aux résidents des possibilités d'exercer des rôles en administration et en leadership pertinents à la discipline.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que chaque résident a l'occasion, au moins une fois au cours de son programme de résidence, de participer à un comité ou d'assumer un rôle de leadership.

- 4.5 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il offre des possibilités à tous les résidents d'apprendre les principes et les pratiques de l'assurance de la qualité.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que chaque résident (quel que soit le choix du stage ou le niveau d'engagement dans les tâches administratives optionnelles) a l'occasion d'apprendre les principes et les pratiques de l'assurance de la qualité.

5. Promoteur de la santé

- 5.1 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents sont capables de comprendre les besoins en santé des patients, des communautés et des populations qu'ils desservent, ainsi que d'y répondre et d'en faire la promotion.

DESCRIPTEUR :

Les résidents signalent que la promotion des besoins individuels des patients est enseignée comme partie intégrante de leur apprentissage clinique.

DESCRIPTEUR :

Des sujets relatifs à la promotion de la santé communautaire, pertinents à la spécialité, sont intégrés dans l'enseignement.

Les résidents sont capables de recenser des questions relatives à la promotion de la santé communautaire qu'ils ont eu à traiter au cours de leur programme de résidence.

DESCRIPTEUR :

La définition et la modification des facteurs de risque font l'objet d'un enseignement.

Les résidents sont capables de cerner les questions relatives à la promotion de la santé dans leur spécialité pour les individus, les communautés et les populations.

6. Érudit

6.1 Le programme **doit** offrir aux résidents des possibilités d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à l'enseignement efficace.

6.1.1 Les résidents **doivent** être évalués par observation et **doivent** recevoir de la rétroaction relativement à l'enseignement dispensé aux collègues et aux étudiants, à leurs présentations lors de séminaires ou de conférences, à la préparation de rapports cliniques et scientifiques et à l'éducation des patients.

DESCRIPTEUR :

Les résidents participent à l'éducation des patients et d'autres apprenants dans le domaine de la médecine et de la santé.

Les résidents participent à l'enseignement formel des étudiants, des résidents et autres professionnels de la santé.

6.2 Le programme **doit** être en mesure de démontrer l'existence de programmes d'enseignement efficaces en évaluation critique des ouvrages médicaux grâce à la connaissance de la méthodologie de recherche et de la biostatistique.

DESCRIPTEUR :

Les membres du corps professoral déclarent que l'évaluation critique, la méthodologie de recherche et la biostatistique font l'objet d'un enseignement structuré.

Les résidents déclarent que l'évaluation critique, la méthodologie de recherche et la biostatistique font l'objet d'un enseignement structuré.

6.3 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il favorise le développement d'habiletés en auto-évaluation et en apprentissage autodirigé.

DESCRIPTEUR :

Le programme comprend des éléments qui aident les résidents à développer des habiletés en auto-évaluation et en apprentissage continu autodirigé.

6.4 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents sont en mesure de réaliser un projet scientifique.

DESCRIPTEUR :

Les résidents se déclarent capables d'acquérir les compétences nécessaires pour réaliser un projet érudit au cours de leur programme de résidence.

6.5 Les résidents devraient être encouragés à faire de la recherche durant le programme de résidence. La recherche peut porter sur les sciences fondamentales, la médecine expérimentale, la pratique clinique, l'épidémiologie, l'assurance de la qualité, la formation médicale, l'éthique ou tout autre sujet lié aux soins de la santé.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent être encouragés à faire de la recherche au cours de leur programme de résidence.

Les résidents déclarent qu'ils ont la possibilité de participer à d'autres formes d'activités érudites au cours de leur programme de résidence.

Les résidents déclarent disposer de temps suffisant et de soutien adéquat pour participer à des activités érudites.

- 6.6 Le programme **doit** donner aux résidents des possibilités d'assister à des conférences en dehors de leur propre université.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent avoir des occasions d'assister à des conférences à l'extérieur de leur université.

7. Professionnel

- 7.1 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'un véritable apprentissage de la conduite professionnelle appropriée et des comportements éthiques est possible dans le programme.

DESCRIPTEUR :

Le programme pédagogique comprend l'enseignement de ce qui constitue des comportements inappropriés et contraires à l'éthique chez les médecins.

- 7.1.1 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents font preuve d'intégrité, d'honnêteté et de compassion en prodiguant des soins de la plus haute qualité.

DESCRIPTEUR :

Les façons d'appliquer les principes de comportement professionnel sont enseignées.

- 7.1.2 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents font preuve de comportements professionnels, intraprofessionnels, interprofessionnels et interpersonnels appropriés.

DESCRIPTEUR :

Les façons de reconnaître les comportements professionnels et d'en faire preuve sont enseignées.

- 7.1.3 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents exercent la médecine de manière responsable sur le plan déontologique.

DESCRIPTEUR :

Les manières d'appliquer l'éthique médicale et celle spécifique de la spécialité à la pratique des résidents sont enseignées.

- 7.1.4 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents peuvent participer à une analyse et à une réflexion portant sur des événements indésirables et planifier des stratégies pour en prévenir la récurrence.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que les résidents connaissent les événements indésirables liés aux soins qu'ils prodiguent aux patients et qu'ils participent à une réflexion sur ceux-ci.

- 7.2 Le programme **doit** être en mesure de démontrer que les résidents comprennent et respectent les principes fondamentaux et la pratique de la bioéthique en ce qui a trait à la discipline clinique spécifique.

DESCRIPTEUR :

L'éthique pertinente à la spécialité ou à la surspécialité est enseignée.

Les résidents déclarent que les principes éthiques sont discutés au cours de la prestation de soins aux patients.

- 7.3 Le programme **doit** être en mesure de démontrer qu'il dispense un véritable enseignement du cadre juridique et réglementaire pertinent en vue de guider la pratique des résidents dans la discipline.

DESCRIPTEUR :

Les questions d'ordre légal ou réglementaire pertinentes à la spécialité ou à la surspécialité sont enseignées.

- 7.4 Le programme **doit** offrir aux résidents des possibilités de développer et de pratiquer des stratégies appropriées pour promouvoir la santé et le bien-être des médecins.

DESCRIPTEUR :

La santé et le bien-être des médecins font l'objet d'enseignement et de promotion.

NORME B6 : ÉVALUATION DU RENDEMENT DES RÉSIDENTS

Il faut des mécanismes en place pour assurer la collecte et l'interprétation systématiques des données d'évaluation pour chacun des résidents inscrits au programme.

Interprétation

1. Le système d'évaluation en cours de formation **doit** se fonder sur les buts et les objectifs du programme et les méthodes devant servir à l'évaluation des résidents **doivent** être clairement définies, ainsi que le niveau de rendement attendu dans la réalisation de ces objectifs.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que les méthodes d'évaluation sont fondées sur les buts et objectifs du programme.

Les résidents déclarent connaître les méthodes d'évaluation

Les membres du personnel enseignant sont capables de décrire les attentes pour différents niveaux de formation.

Les résidents sont capables de décrire les attentes pour différents niveaux de formation.

Les formulaires d'évaluation sont conçus en fonction de chacun des stages ou d'équivalents raisonnables pour les programmes qui n'utilisent pas de blocs de stages.

Les formulaires d'évaluation sont présentés dans le format CanMEDS/CanMEDS-MF.

2. L'évaluation **doit** satisfaire aux exigences spécifiques de la spécialité ou de la surspécialité telles que stipulées dans les normes d'agrément spécifiques de la spécialité ou de la surspécialité et convenir aux caractéristiques évaluées.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que les méthodes d'évaluation conviennent aux exigences de la spécialité et que le type d'évaluation utilisé est approprié pour la compétence en cause.

- 2.1 Le programme **doit** évaluer formellement les connaissances à l'aide d'examens écrits et d'évaluations fondées sur le rendement, ainsi que par l'observation directe.

DESCRIPTEUR :

Les connaissances sont évaluées au moyen d'examens écrits.

Les connaissances sont évaluées au moyen d'observations formelles du rendement.

- 2.2 Les habiletés cliniques **doivent** être évaluées par l'observation directe et **doivent** être documentées.

DESCRIPTEUR :

Les connaissances sont évaluées par l'observation directe.

Les habiletés cliniques sont évaluées de façon formelle par l'observation directe documentée.

- 2.3 Les comportements et le professionnalisme **doivent** être évalués au moyen de mécanismes tels que des entrevues avec les pairs, les superviseurs, les autres professionnels de la santé, les patients et leur famille.

DESCRIPTEUR :

Le comportement professionnel des résidents est évalué par une certaine forme de rétroaction provenant de sources diverses.

- 2.4 Les habiletés en communication **doivent** être évaluées par une observation directe de l'interaction avec les patients et leur famille, ainsi qu'avec les collègues et par un examen minutieux des communications par écrit aux patients et aux collègues, et en particulier, les demandes de consultation et les rapports de consultation, le cas échéant.

DESCRIPTEUR :

L'évaluation de la communication avec les patients, les familles et les collègues est effectuée par l'observation directe et est documentée.

Les aptitudes des résidents à transmettre les soins des patients à d'autres professionnels sont évaluées et documentées.

Les compétences en communication écrite sont évaluées et documentées.

- 2.5 Les habiletés en collaboration, notamment les qualités interpersonnelles dans le travail avec tous les membres de l'équipe interprofessionnelle, y compris les autres médecins et professionnels de la santé, **doivent** être évaluées.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que les aptitudes relatives à la collaboration sont évaluées.

- 2.6 Les habiletés à l'enseignement **doivent** être évaluées dans divers milieux, y compris un rapport écrit d'évaluation de la part des étudiants et par une observation directe du comportement du résident lors de séminaires, d'exposés ou de présentations de cas.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que les habiletés d'enseignement sont évaluées au moyen de l'observation directe dans divers milieux.

Les étudiants évaluent par écrit les habiletés d'enseignement des résidents.

- 2.7 Les évaluations en cours de formation **doivent** inclure des éléments sur la compréhension des questions liées à l'âge, au sexe, à la culture et à l'origine ethnique.

DESCRIPTEUR :

Les critères d'évaluation comprennent des éléments de diversité, comme l'âge, le sexe et l'origine ethnique.

3. Il **faut** donner à chaque résident une rétroaction honnête, utile et opportune. Des séances de rétroaction documentées **doivent** avoir lieu régulièrement, au moins à la fin de chaque stage. Il est recommandé de procéder à une évaluation en milieu de stage. On devrait aussi fournir aux résidents une rétroaction régulière de manière informelle.

DESCRIPTEUR :

Les résidents déclarent recevoir régulièrement de la rétroaction utile par écrit.

Une évaluation finale est effectuée à la fin de chaque stage, ou au moins tous les trois mois pour les programmes qui ne comportent pas de blocs de stages.

Les fiches d'évaluation sont remplies à l'intérieur du délai précisé dans les politiques locales en matière de la formation médicale postdoctorale

Il est manifeste que le directeur du programme ou son délégué rencontre régulièrement (au moins une fois l'an) chacun des résidents pour discuter de leur rendement.

La fréquence des évaluations en milieu de stage est déterminée d'après les politiques locales en matière de la formation médicale postdoctorale.

- 3.1 Les séances de rétroaction aux résidents **doivent** comporter des rencontres face à face à titre de composante essentielle de l'évaluation du résident.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que les fiches d'évaluation font l'objet de discussions formelles avec les résidents à des intervalles conformes aux politiques locales en matière de la formation médicale postdoctorale.

Les résidents déclarent recevoir de la rétroaction utile lors de rencontres régulières en face à face.

4. Les résidents **doivent** être informés si des préoccupations sérieuses sont éprouvées à leur égard, et on **doit** leur donner la possibilité de corriger leur rendement.

DESCRIPTEUR :

Il est manifeste que les résidents sont informés des problèmes de rendement en temps opportun et qu'on leur fournit des plans documentés pour apporter les correctifs nécessaires.

5. Le programme **doit** fournir au collège concerné un document pour chaque résident qui a terminé avec succès le programme de résidence. Ce rapport **doit** représenter les points de vue des professeurs qui ont participé directement à l'éducation du résident et ne doit pas refléter l'opinion d'un seul évaluateur. Il **doit** refléter la situation finale du résident et non pas représenter une moyenne de l'ensemble de la résidence.

DESCRIPTEUR :

La Fiche d'évaluation en fin de formation (FEFF) est remplie par le comité du programme de résidence, ou par un sous-comité relevant de celui-ci, conformément aux politiques du collège concerné.

Normes générales d'agrément

Adoptées par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada - mars 1987

Adoptées par le Collège des médecins du Québec – juin 2007

Adoptées par le Collège des médecins de famille du Canada – octobre 2009

Les descripteurs – document de support, Normes générales d'agrément - août 2010

NORME C1 : STRUCTURE ADMINISTRATIVE

Une structure administrative appropriée doit être mise en place pour chaque programme de DCC.

Interprétation

1. Il **doit** y avoir un directeur de DCC qui exerce l'autorité et assume la responsabilité de l'activité du programme de DCC.
 - 1.1. Le directeur de DCC **doit** faire preuve d'une expertise spécialisée dans le domaine de compétence ciblée.
 - 1.2. Le directeur de DCC rend compte aux membres d'un décanat officiel au sein de la faculté de médecine, auquel revient logistiquement la supervision du programme de DCC. Ce décanat et le bureau du doyen aux études postdoctorales **doivent** assurer une coordination mutuelle pour veiller à ce que le programme de DCC ne nuise pas à la qualité de l'éducation fournie dans les programmes de résidence.
 - 1.3. Le directeur de DCC **doit** disposer de temps et de soutien suffisants pour administrer le programme.
2. Il **doit** y avoir un comité de programme de DCC pour aider le directeur de DCC dans la planification, l'organisation et la supervision du programme de DCC.
 - 2.1. Les membres de ce comité **doivent** inclure au moins un stagiaire de DCC choisi par les stagiaires du programme.
3. Le directeur de DCC, avec l'assistance du comité de DCC, **doit** administrer et maintenir un environnement éducatif propice à la formation des stagiaires de DCC dans le domaine de compétence ciblée.

Le directeur et le comité de DCC **doivent** :

- 3.1. Superviser et garantir la qualité de la formation clinique et didactique dans tous les sites qui font partie du programme de DCC.
- 3.2. Approuver la sélection et les missions d'enseignement des membres du corps professoral du programme de manière appropriée.
- 3.3. Sélectionner les candidats admissibles au programme.

- 3.4. Mettre au point et superviser un processus d'évaluation doté d'une rétroaction régulière et documentée pour les stagiaires de DCC et comprenant un mécanisme d'appel.
 - 3.5. Garantir la conformité avec les politiques de l'université pertinentes.
 - 3.6. Évaluer régulièrement l'environnement éducatif global du programme de DCC et chacune de ses composantes.
 - 3.7. Évaluer régulièrement les professeurs enseignant au sein du programme de DCC.
4. Le programme **doit** promouvoir un environnement d'érudition et d'investigation, y compris une composante de recherche active, dans le(s) département(s) ou la/les division(s) qui parrainent le programme de DCC.

NORME C2 : RESSOURCES

Des ressources suffisantes doivent être mises à disposition, notamment au chapitre du corps professoral, du nombre et de la variété de patients, des ressources matérielles et techniques, de même que des aménagements et services d'appoint, permettant d'offrir à tous les stagiaires du programme de DCC l'occasion de réaliser les objectifs éducatifs et de recevoir une formation complète, conformément aux exigences de la formation de DCC.

Interprétation

1. Il **doit** y avoir un nombre suffisant de personnel qualifié pour enseigner, superviser et évaluer les stagiaires de DCC.
2. Il **doit** y avoir un nombre et une variété suffisants de patients ou de spécimens de laboratoire pour répondre aux besoins éducatifs des stagiaires de DCC.
3. Les services cliniques et les autres ressources utilisées pour l'enseignement et l'apprentissage **doivent** être organisés de manière à atteindre leurs objectifs éducatifs.
 - 3.1. Les milieux d'apprentissage doivent comporter des expériences facilitant l'acquisition des compétences décrites dans les exigences relatives à l'acquisition des compétences du DCC.
4. Les ressources matérielles et techniques disponibles au sein du programme de DCC **doivent** être adaptées aux besoins du programme de DCC conformément aux exigences de formation du DCC.
5. Les aménagements et services d'appoint **doivent** être accessibles pour permettre à chaque stagiaire de DCC de pouvoir répondre aux exigences de DCC conformément au document sur les exigences de formation relatives à l'acquisition des compétences pour le DCC spécifique.

NORME C3 : PROGRAMME ÉDUCATIF

Un programme éducatif défini doit être établi et inclure un contenu clinique, pédagogique et scientifique relatif à la discipline de DCC. Le programme doit être

conçu pour assurer que chaque stagiaire de DCC soit en mesure d'acquérir toutes les compétences décrites dans les exigences de formation spécifiques au DCC.

Interprétation

1. Les buts et objectifs du programme de DCC dans son ensemble **doivent** être rédigés à l'aide du cadre CanMEDS et **doivent** inclure toutes les exigences relatives à l'acquisition de compétences propres au DCC.
2. Des objectifs éducatifs spécifiques **doivent** être rédigés pour chaque expérience d'apprentissage en se fondant sur les rôles CanMEDS pertinents.
 - 2.1. Les objectifs éducatifs **doivent** être conçus pour permettre l'acquisition des compétences et **doivent** être reproduits dans la planification et l'organisation de l'expérience d'apprentissage.
 - 2.2. Au début de chaque expérience d'apprentissage, des stratégies d'apprentissage individuel, visant à atteindre les objectifs, **doivent** être élaborées conjointement par le stagiaire de DCC et la faculté responsable du programme.
3. Le programme de DCC **doit** proposer toutes les composantes de formation décrites dans les exigences de formation relatives à l'acquisition des compétences du DCC.
4. Il **doit** y avoir un programme universitaire offrant des occasions d'apprentissage permettant d'assister à la démonstration de l'application des compétences CanMEDS pertinentes au domaine de compétence ciblée. Ces occasions d'apprentissage **doivent** être suffisantes pour permettre à chaque stagiaire de DCC d'acquérir l'expertise et les compétences appropriées pour exercer en tant que médecin praticien dans le domaine de compétence ciblée.
5. Le programme de DCC **doit** être organisé de telle manière que les stagiaires bénéficient d'une supervision appropriée et qu'ils assument des responsabilités adaptées à leur niveau de formation, d'habileté, de compétence et d'expérience.
6. L'enseignement et l'apprentissage **doivent** avoir lieu dans un environnement qui promeut la sécurité des stagiaires et libre de toute forme d'intimidation, de harcèlement ou d'abus.
7. Les demandes de service **ne doivent pas** influencer sur la capacité du stagiaire de DCC à suivre le programme universitaire.

NORME C4 : ÉVALUATION DU RENDEMENT DU STAGIAIRE FONDÉE SUR LES COMPÉTENCES

Des mécanismes doivent être mis en place pour assurer la collecte et l'interprétation systématiques des données d'évaluation pour chacun des stagiaires inscrits au programme de DCC.

Interprétation

1. Le système d'évaluation en cours de formation **doit** se fonder sur les buts et objectifs du programme de DCC et **doit** clairement préciser les méthodes par lesquelles les stagiaires de DCC seront évalués et le niveau de rendement attendu des stagiaires à chaque étape dans l'atteinte de ces objectifs.
 - 1.1. Le stagiaire de DCC **doit** recevoir une rétroaction régulière, documentée et en temps opportun concernant sa progression.
 - 1.2. Les séances de rétroaction des stagiaires de DCC **doivent** inclure des réunions en personne, car cela représente un aspect essentiel de l'évaluation.
2. L'évaluation **doit** rassembler des preuves de l'acquisition des compétences conformément aux exigences de formation relatives à l'acquisition de compétences et au portfolio de compétences de DCC pour le diplôme.

Le 17 novembre 2011

Mise à jour rédactionnelle – juin 2013

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



Normes particulières applicables aux programmes de résidence en médecine familiale agréés par le Collège des médecins de famille du Canada

LE LIVRE ROUGE

©2013 Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

Tous droits réservés. Ce document peut être téléchargé et imprimé à des fins pédagogiques, mais ne peut pas être archivé dans une base de données ou un système d'extraction électronique quelconque sans l'autorisation écrite du Collège des médecins de famille du Canada.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Service de l'éducation.

Le Service de l'éducation

Le Collège des médecins de famille du Canada

2630, avenue Skymark

Mississauga ON L4W 5A4

Téléphone : 905 629-0900

Télécopieur : 905 629-0893

Courriel : jscott@cfpc.ca

Ces règlements remplacent les versions publiées antérieurement et peuvent être modifiés.

Table des matières

Aperçu du processus d'agrément.....	3
Organisation du processus	4
Introduction au <i>Livre rouge</i> : médecine de famille.....	6
Normes particulières applicables aux programmes de résidence en médecine de famille agrés par le CMFC	7
Norme b.1 : structure et soutien administratifs	7
Norme b.2 : buts et objectifs	12
Norme b.3 : l'environnement d'apprentissage.....	13
Norme b.4 : ressources.....	15
Norme b.5 : contenu clinique, pédagogique et scientifique du programme.....	19
Norme b.6 : évaluation de la performance des résidents.....	26
Compétences avancées : normes pour l'agrément des programmes de résidence en compétences avancées agrés par le CMFC	30
Médecine familiale/médecine d'urgence : normes d'agrément des programmes de médecine familiale/ médecine d'urgence.....	33
Soins aux personnes âgées : normes pour l'agrément des programmes de soins aux personnes âgées.....	41
Anesthésiologie en médecine familiale : normes pour l'agrément des programmes de médecine familiale/ anesthésiologie (MF-A).....	46
Clinicien érudit : normes pour l'agrément du programme du clinicien érudit	56
Médecine palliative : normes spécifiques d'agrément des programmes d'une année de formation supplémentaire en médecine palliative.....	60
Catégories d'agrément.....	74
Procédure pour en appeler d'une décision d'agrément.....	77
Marche à suivre pour imposer une décision défavorable.....	78

APERÇU DU PROCESSUS D'AGRÈMENT

L'agrément des programmes de résidence par le Comité d'agrément par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) vise essentiellement deux objectifs : attester de la qualité éducative des programmes approuvés et assurer une uniformité et une transférabilité suffisantes pour permettre aux résidents de partout au pays de se qualifier, à titre de résidents admissibles, aux examens du CMFC. L'agrément est volontaire et les visites sont effectuées à la demande des facultés de médecine des universités canadiennes. Aux fins de l'agrément, le CMFC prendra en considération seulement les programmes de résidence en médecine familiale et en compétences avancées offerts dans les départements de médecine de famille rattachés aux facultés de médecine des universités canadiennes. Les programmes en soins palliatifs sont également admissibles à un agrément dans le cadre d'un processus conjoint avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (le Collège royal).

Dans le présent document, les mots « **doit** » et « devrait » ont été choisis avec soin. Le mot « **doit** » indique que le Comité d'agrément est d'avis que le programme doit absolument se conformer à cette norme s'il veut recevoir l'agrément. L'usage du mot « devrait » indique que l'attribut est considéré hautement désirable et que le Comité déterminera si son absence risque d'avoir des répercussions négatives sur l'observance des autres exigences entourant l'agrément.

Ces normes sont parfois délibérément décrites d'une manière qui ne permet pas leur quantification ou leur définition précise, car l'évaluation est de nature plutôt qualitative et peut seulement être réalisée par le jugement professionnel de personnes qualifiées.

Des règles et des critères trop rigides comportent un potentiel restrictif; le CMFC a reconnu ce risque et, pour éviter toute rigueur excessive, favorise la promotion d'une communication libre entre le Collège, les facultés de médecine et les résidents. Tous les résidents **doivent** avoir l'opportunité d'atteindre leur plein potentiel; c'est pourquoi on encourage l'innovation pour atteindre ce but.

ORGANISATION DU PROCESSUS

La responsabilité de l'agrément des programmes de résidence incombe au Comité d'agrément du Collège. Pour recevoir l'agrément, les programmes **doivent**, selon le jugement du comité, satisfaire aux normes nationales décrites dans ce document.

Le Comité d'agrément utilise un processus d'agrément qui comporte deux éléments : une évaluation de la demande d'agrément qui décrit le programme de résidence et ses ressources, ainsi qu'une visite sur place. Des représentants de ce comité se rendent sur place pour visiter les programmes de résidence, selon un cycle de six ans ou selon les recommandations du comité.

En préparation à chaque visite d'agrément, le Collège communique avec le bureau du vice-doyen aux études postdoctorales de la faculté concernée afin de déterminer les dates de la visite, de discuter de la documentation requise avant la visite et d'organiser l'horaire. L'équipe d'agrément sélectionnée par le Comité d'agrément du Collège sera habituellement composée d'au moins deux membres du comité et d'un vice-doyen aux études postdoctorales d'une faculté de médecine canadienne. De plus, l'équipe est souvent accompagnée de représentants d'autres organismes tels la Fédération des Ordres des médecins du Canada, l'Association canadienne des internes et résidents ou la Fédération des médecins résidents du Québec, ainsi que de membres du personnel du Collège des médecins de famille du Canada.

Suivant la visite effectuée par l'équipe d'agrément, un rapport est rédigé et envoyé à l'université dans les six semaines suivantes. Le rapport contient les observations et les recommandations de l'équipe d'agrément. Il est fourni à l'université afin que celle-ci puisse corriger les erreurs ou omissions et qu'elle fasse connaître directement ses réactions suite aux recommandations formulées par l'équipe d'agrément. Cette dernière fait également une recommandation à l'université et au Comité d'agrément concernant le statut d'agrément à accorder au programme de formation.

Le rapport de l'équipe d'agrément et la réponse du programme de formation sont révisés à la première réunion du Comité d'agrément qui suit la rédaction du rapport et la réception de la réponse du programme. L'université et le programme de formation sont invités à déléguer des représentants à cette réunion pour discuter du contenu du rapport directement avec les membres du comité. C'est au cours de cette réunion que la catégorie d'agrément est déterminée et communiquée au programme.

La décision d'agrément sera basée sur les recommandations et les observations mentionnées dans le rapport de la visite d'agrément, ainsi que sur la réponse de l'université concernant la précision du rapport.

Les réponses de l'université visant à corriger les faiblesses identifiées peuvent être communiquées au comité, mais elles n'auront aucune influence directe sur la décision d'agrément. Par contre, les renseignements touchant les changements ou les changements projetés peuvent influencer la nature du suivi. Le Collège a mis en place un processus d'appel dont peut se prévaloir un programme de formation face à une décision défavorable. Les détails entourant le processus d'appel apparaissent à la fin du présent document.

INTRODUCTION AU LIVRE ROUGE : MÉDECINE DE FAMILLE

Les normes générales d'agrément des programmes de formation postdoctorale, communément appelées « Normes B », définissent les normes communes à tous les programmes de formation médicale postdoctorale du Canada et sont acceptées par les trois organismes d'agrément : le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et le Collège des médecins du Québec (CMQ). Les normes propres à la discipline de médecine familiale sont à la fois conformes et complémentaires aux Normes B. Elles précisent les Normes B dans la mesure où elles s'appliquent à l'éducation des médecins de famille. Les normes propres à la médecine familiale **doivent** être interprétées dans le contexte des normes générales, qu'elles complètent. Les normes utilisées pour évaluer les programmes sont une combinaison des normes générales et des normes décrites dans ce document.

NORMES PARTICULIÈRES APPLICABLES AUX PROGRAMMES DE RÉSIDENTE EN MÉDECINE DE FAMILLE AGRÉÉS PAR LE CMFC

NORME B.1 : STRUCTURE ET SOUTIEN ADMINISTRATIFS

Tout programme de résidence **doit** relever d'un département de médecine de famille d'une faculté de médecine et être doté d'une structure administrative qui permet à la direction du programme de régir de manière efficace et équitable l'ensemble des milieux d'apprentissage. Les lignes directrices générales qui suivent s'appliqueront à tous les programmes de résidence offerts sous la direction des départements de médecine de famille. La durée minimale de formation exigée est de 24 mois.

Directeur de programme de résidence en médecine familiale

1. Le directeur de programme de résidence en médecine familiale **doit** détenir la Certification en médecine familiale en règle du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec. Cette personne est responsable de toutes les activités de formation postdoctorale du département de médecine de famille, y compris le programme de résidence en médecine familiale, et de tout programme de compétences avancées administré par le département de médecine de famille.
2. Le directeur de programme de résidence en médecine familiale **doit** avoir à sa disposition le temps et le soutien requis pour superviser et administrer le programme. Cette personne relève du chef du département concerné et du vice-doyen aux études médicales postdoctorales de la faculté de médecine. Le bureau des études médicales postdoctorales **doit** informer le Collège des médecins de famille du Canada de la nomination d'un nouveau directeur de programme.

Directeur de programme de résidence en médecine familiale et comité de programme de résidence

3. Il **doit** y avoir un Comité de programme de résidence qui aide le directeur du programme de résidence en médecine familiale à planifier, mettre en œuvre, organiser, superviser et évaluer tous les programmes de résidence en médecine familiale.
4. Les responsabilités du directeur de programme de résidence en médecine familiale, avec l'aide du comité de programme de résidence, comprennent :
 - a) L'élaboration et la gestion du programme de façon à ce qu'il réponde aux normes d'agrément générales et particulières établies dans le présent document.

- b) La conception du curriculum et l'organisation des activités d'apprentissage qui permettent aux résidents d'acquérir toutes les compétences décrites par le Collège des médecins de famille du Canada.
- c) La sélection des candidats pour admission au programme.
- d) La supervision du système d'évaluation afin de déterminer la compétence des résidents inscrits au programme conformément aux politiques établies par la faculté, le Comité d'éducation médicale postdoctorale et le Collège des médecins de famille du Canada.
- e) L'assurance que les résidents participeront aux affaires pédagogiques du département et du programme de résidence, y compris à l'élection du résident-chef, aux comités du programme et à la planification et l'évaluation du programme.
- f) Un mécanisme d'appel doit être en place : le comité d'évaluation des résidents devrait recevoir et étudier les demandes de révision, conformément aux politiques de la faculté, et au besoin, les soumettre au comité d'éducation médicale postdoctorale ou au comité d'appel de la faculté.
- g) La mise en place des mécanismes nécessaires pour offrir aux résidents des services de planification et de soutien à la carrière professionnelle.
- h) La mise en place des mécanismes institutionnels requis pour aider les résidents à prendre en charge les problèmes auxquels ils font face, à savoir les problèmes de santé et de bien-être, y compris le stress, l'intimidation ou le harcèlement.
- i) L'établissement d'une politique écrite qui régit la sécurité des résidents pendant les déplacements et les rencontres avec les patients, y compris les visites à domicile, les consultations après les heures dans des lieux isolés et le transfert de patients. Cette politique devrait aussi permettre aux résidents d'exercer leur discrétion et leur jugement en ce qui concerne leur sécurité personnelle et leur assurer une supervision appropriée pour ces rencontres cliniques. En particulier, la politique **doit** inclure les activités pédagogiques (p. ex. déterminer les indicateurs de risque).

Des accommodements spéciaux **doivent** être offerts aux résidents qui ont des besoins physiques particuliers ou des problèmes de santé, conformément aux politiques de l'université.

- j) L'assurance qu'un membre du corps professoral, responsable de superviser la participation des résidents à des travaux d'érudition et d'encourager leur participation, est désigné.
- k) Le maintien de liens avec le programme d'études prédoctorales pour assurer la continuité pédagogique.

Milieus d'enseignement

5. Il **doit** y avoir dans tous les milieux, y compris ceux qui offrent des stages à options, un coordonnateur qui relève du directeur de programme de résidence en médecine familiale et/ou du coordonnateur de programme de compétences avancées. On **doit** maintenir activement une liaison entre le directeur de programme de résidence en médecine familiale et ces coordonnateurs.

Évaluation du programme

La direction du programme **doit** revoir de façon continue le programme de résidence pour évaluer la qualité de l'expérience d'apprentissage et examiner les ressources disponibles afin d'assurer la qualité de l'intégration des différentes composantes du programme. Lors de cette évaluation, l'on **doit** tenir compte de l'opinion des résidents. Les interactions et les échanges entre le corps professoral et les résidents **doivent** se dérouler dans un contexte ouvert et collégial, afin de favoriser une discussion franche des points forts et des points à améliorer du programme. L'engagement du programme et sa capacité à s'autoévaluer, particulièrement en ce qui a trait aux finalités¹ (*outcomes*) d'apprentissage visées et d'apporter les modifications qui s'imposent afin d'améliorer les finalités d'apprentissage, sont un aspect important d'un programme de formation axé sur les compétences. Cette évaluation **doit** être effectuée dans le respect de la confidentialité et **doit** inclure :

- a) une évaluation de chaque composante du programme pour assurer que les objectifs pédagogiques sont atteints;
- b) une évaluation des ressources réparties et des installations afin de s'assurer qu'elles sont utilisées avec une efficacité optimale;
- c) une évaluation des enseignants rattachés au programme;
- d) une évaluation des finalités d'apprentissage des programmes de résidence, y compris, sans s'y limiter :

¹ Dans le contexte du Coursus Triple C, le terme *educational outcomes* est rendu par *finalités d'apprentissage*.

- i) les mesures de la performance des résidents, dont les différences entre les milieux de formation;
- ii) la rétroaction des récents diplômés en exercice, qui comprennent les exigences de la pratique clinique et qui sont en mesure de réfléchir sur la formation qu'ils ont reçue.

Coordonnateur de l'évaluation des résidents

Chaque programme devrait désigner une ou plusieurs personnes chargées de coordonner l'évaluation des résidents. Ce rôle pourrait être confié à une seule personne ou à un comité. La personne désignée devrait être membre du comité de programme de résidence.

Cette personne ou ce comité devraient :

- a) Formuler des recommandations touchant l'ensemble des politiques en matière d'évaluation des résidents en collaboration avec le comité d'éducation postdoctorale.
- b) Coordonner la distribution des formulaires d'évaluation des résidents, recueillir et colliger les données.
- c) Définir les éléments relatifs à l'évaluation qui pourraient faire l'objet d'une formation professorale.
- d) Agir comme ressource en ce qui concerne l'examen et l'amélioration du processus d'évaluation des résidents.
- e) Établir une liaison avec les responsables des autres spécialités pour transmettre les objectifs propres à la médecine familiale et à l'évaluation des résidents.
- f) Participer au processus visant à repérer les résidents en difficulté.
- g) Fournir aux enseignants une rétroaction sur la qualité de leur évaluation des résidents dont ils sont responsables. Ces responsabilités peuvent être partagées entre un certain nombre de personnes, y compris un comité de programme chargé de l'évaluation des résidents.

Conseiller pédagogique

Chaque résident **doit** avoir un conseiller pédagogique. Il peut arriver que le rôle de conseiller pédagogique soit combiné à celui de superviseur. Toutefois, tous les résidents devraient se voir offrir la possibilité d'avoir un conseiller qui n'est pas directement responsable de son évaluation.

Le rôle du conseiller pédagogique comprend :

- a) orienter le résident dans la discipline de médecine familiale;

- b) discuter avec le résident des objectifs du programme et des objectifs d'apprentissage du résident, et concevoir un plan d'apprentissage approprié;
- c) revoir ce plan régulièrement et aider le résident à trouver, au sein du programme, les ressources nécessaires pour répondre à ses besoins d'apprentissage;
- d) aider le résident à :
 - i) réfléchir aux choix à faire concernant les activités d'apprentissage
 - ii) comprendre la rétroaction qui lui ait donné lors de l'évaluation
 - iii) établir et réviser les objectifs d'apprentissage
 - iv) définir ses projets de carrière.

NORME B.2 : BUTS ET OBJECTIFS

Les buts du programme de résidence et les compétences que les résidents devront acquérir **doivent** être clairement énoncés.

1. Des finalités d'apprentissage du cursus axé sur le développement des compétences, qui tiennent compte des dimensions de la compétence, et des rôles CanMEDS-FM **doivent** être définis et **doivent** être conformes avec le [Cursus Triple C](#) du CMFC.
2. Les finalités d'apprentissage et les compétences particulières qui devront être acquises lors de chaque expérience d'apprentissage **doivent** être définies.
3. Au début du programme, on **doit** remettre à tous les résidents les objectifs du programme et les finalités d'apprentissage souhaitées. Tous les enseignants du programme **doivent** également en recevoir un exemplaire.
4. L'énoncé des buts et des finalités d'apprentissage en matière de compétences **doit** être revu au moins tous les deux ans par le directeur de programme des études postdoctorales et le comité de programme de résidence afin de déterminer si ces buts demeurent pertinents et de s'assurer qu'ils sont inscrits dans l'organisation du programme et dans les processus d'évaluation des résidents.

NORME B.3 : L'ENVIRONNEMENT D'APPRENTISSAGE

Il **doit** y avoir un curriculum structuré d'activités d'apprentissage – obligatoires et optionnelles – conçues pour fournir à chaque résident l'occasion de satisfaire aux exigences de formation et d'acquérir les compétences définies par le programme.

1. Le programme **doit** être organisé de telle sorte qu'on attribue aux résidents une responsabilité professionnelle croissante selon leur formation, leurs habiletés, leur compétence et leur expérience.
2. Les responsabilités cliniques, qui incluent des expériences d'apprentissage dans d'autres services cliniques ou départements, **doivent** être attribuées de manière à ce que les résidents puissent atteindre leurs objectifs d'apprentissage, tout en reconnaissant toutefois que plusieurs objectifs ne peuvent être atteints que par la prestation directe de soins aux patients.

Les exigences du service clinique **ne doivent pas** nuire à la capacité des résidents de participer aux activités académiques.

3. Le programme **doit** offrir à chaque résident les mêmes occasions d'apprentissage en réponse à leurs besoins. Le programme doit offrir à chaque résident des occasions d'apprentissage équivalentes pour qu'ils puissent se prévaloir des éléments du programme qui répondent le mieux à leurs besoins.
4. Le programme devrait donner aux résidents des occasions adéquates de participer à des activités d'apprentissage.
5. Le programme **doit** offrir aux résidents un environnement sécuritaire et favorable à l'apprentissage. Les communications et les interactions entre les enseignants et les résidents **doivent** se dérouler dans un climat d'ouverture et de collégialité afin de préserver en tout temps, dans le contexte d'apprentissage, un comportement professionnel acceptable, qui respecte la dignité.

Les discussions entourant les points forts et les points à améliorer d'un programme **doivent** se dérouler librement et sans répercussion pour les résidents. Un mécanisme accessible aux résidents et non menaçant **doit** être en place afin d'enquêter de façon impartiale sur toute allégation de

comportement non professionnel perturbant l'environnement d'apprentissage. Les directeurs du programme, le corps professoral, les autres enseignants et les résidents **doivent** tous être renseignés sur la manière appropriée de se comporter dans un environnement d'apprentissage, particulièrement pour prévenir l'intimidation et les autres comportements abusifs.

NORME B.4 : RESSOURCES

Le programme **doit** disposer de suffisamment de ressources, incluant le corps professoral, un nombre adéquat et une variété de patients, les ressources matérielles et techniques – et des aménagements et services d'appoint nécessaires pour fournir à tous les résidents du programme la possibilité d'acquérir les compétences définies.

Milieus d'enseignement clinique

1. L'expérience d'apprentissage **doit** comporter un nombre adéquat et une bonne variété de patients pour assurer aux résidents une exposition à tous les aspects de la médecine familiale, y compris les soins interpartum. Les unités d'enseignement **doivent** permettre au résident d'acquérir l'identité d'un médecin de famille. La continuité des soins **doit** être assurée pour permettre aux résidents d'observer l'évolution naturelle de la maladie. Les résidents **doivent** être responsables d'un groupe de patients et être disponibles pour répondre aux besoins de ce groupe pendant une période déterminée. La pratique **doit** être organisée de sorte que les résidents puissent se constituer un groupe défini de patients et établir des liens de continuité avec eux. Les patients doivent pouvoir reconnaître les résidents comme un de leurs médecins traitants; les résidents doivent reconnaître qu'ils sont responsables de la prestation des soins à ces patients.
2. Les unités d'enseignement clinique et autres ressources utilisées pour l'enseignement **doivent** être organisées de manière à permettre l'acquisition des compétences attendues.
 - a) Le corps professoral **doit** s'acquitter d'une double responsabilité : prodiguer aux patients des soins de grande qualité, en respectant les normes d'éthique, et dispenser un excellent enseignement. Si, à la suite de procédures d'évaluation interne, on découvre que des membres du corps professoral ne s'acquittent pas de ces responsabilités, ils devront être démis de leurs fonctions d'enseignant.
 - b) Le programme **doit** offrir des expériences d'apprentissage qui démontrent comment les pratiques répondent aux besoins de santé de leur population.
 - c) On **doit** recourir à des méthodes d'apprentissage fondées sur l'acquisition d'expérience pratique et prévoir la formation en collaboration avec d'autres médecins, surtout lors du processus de référence, ainsi que dans les modèles de soins partagés.

- d) Une partie de la formation de chaque résident doit avoir lieu dans des milieux où travaillent d'autres professionnels de la santé, permettant aux résidents d'acquérir les compétences nécessaires à la collaboration interprofessionnelle.
3. Les résidents **doivent** avoir facilement accès aux ressources bibliothécaires (textes médicaux, revues médicales) et aux ressources des établissements, à distance et sur place, ainsi qu'à la formation, si nécessaire, sur la manière d'utiliser ces ressources. Les résidents **doivent** avoir une formation adéquate et un accès approprié à des outils informatiques (matériel et logiciels) de gestion de l'information. Ils **doivent** également apprendre à fonctionner dans des milieux cliniques où ces ressources ne sont pas couramment disponibles. Les résidents doivent acquérir les compétences pour accéder aux sources d'information appropriées au point de service (p. ex., technologie virtuelle au lieu de livres), afin d'assurer la prestation de soins de haute qualité aux patients.

Corps professoral

4. Tous les médecins de famille qui sont impliqués de façon importante dans l'enseignement et l'évaluation des résidents **doivent** détenir la Certification en médecine familiale (CCMF) ou être titulaires d'un certificat de spécialiste en médecine de famille du Collège des médecins du Québec (CMQ) et avoir un contrat avec le département de médecine de famille de l'université.

Ceci n'exclut pas la possibilité de retenir des médecins de famille qui possèdent des qualifications équivalentes ou autres. Toutefois, tout médecin de famille qui joue un rôle important dans l'enseignement et l'évaluation des résidents, et qui est nommé à un département universitaire de médecine de famille, mais qui ne détient pas la Certification en médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada devrait obtenir cette Certification dans les quatre années qui suivent son entrée en fonction².

Évaluation des enseignants

5. Les programmes **doivent** avoir en place un mécanisme officiel et équitable pour évaluer les membres du corps professoral, qui **doit** respecter des critères définis et publiés relatifs à l'enseignement, au travail clinique et aux activités d'érudition. Ce processus **doit** avoir en place un mécanisme pour recueillir les commentaires des résidents, ainsi que d'autres critères impartiaux ayant trait à certains domaines, dont l'enseignement, le travail clinique et les

² La Certification peut être obtenue par [Examen](#) ou par la [Voie alternative à la certification](#).

activités d'érudition. L'évaluation des enseignants ne devrait pas être effectuée à de seules fins de promotion ou de mesures disciplinaires. Elle devrait être effectuée régulièrement et d'une manière formative afin d'encourager l'enseignant à s'autoévaluer et à fixer ses propres objectifs de perfectionnement professionnel.

Formation professorale

6. a) Les enseignants devraient bien connaître les principes et théories d'enseignement et d'apprentissage, ainsi que les autres théories et techniques pédagogiques appropriées. Ils **doivent** pouvoir acquérir ces connaissances au moyen d'un programme efficace de formation professorale.
- b) Les directeurs de programme, les professeurs, les autres enseignants et les résidents devraient tous être informés sur la manière appropriée de se comporter dans l'environnement d'apprentissage, particulièrement en ce qui concerne l'intimidation et le harcèlement.
- c) Chaque département de médecine familiale **doit** planifier et offrir à son corps professoral des activités de formation professorale.
 - i) La formation professorale devrait être adaptée au contexte du département. Les activités de formation professorale devaient être planifiées en fonction de la mission, des buts et des objectifs du département.
 - ii) En planifiant le programme de formation, on devrait prendre en considération les ressources universitaires disponibles.
 - iii) La formation professorale devrait être centrée sur les enseignants. Elle devrait être basée sur les besoins individuels des professeurs, à temps plein et à temps partiel, et les encourager à s'engager personnellement dans leur développement professionnel continu et autorégulé.
 - iv) Le programme de formation professorale devrait englober une variété de domaines, de méthodes pédagogiques et d'activités afin de mieux répondre aux divers besoins du département. Il devrait également faire l'objet d'une évaluation continue.
 - v) On devrait encourager et promouvoir la formation professorale. Chaque département devrait allouer des ressources humaines et financières à la formation de ses enseignants afin d'en assurer le succès. Chaque département devrait également mettre en place une

structure administrative adéquate pour superviser l'élaboration et la mise en application du programme de formation professorale. Il devrait également collaborer avec les principaux responsables à la faculté de médecine et les autres organismes professionnels afin d'assurer que des occasions appropriées de formation professorale sont disponibles.

Activités d'érudition

7. Un niveau satisfaisant d'activités de recherche et d'érudition **doit** être maintenu par les membres du corps professoral du département associés au programme, précisément :
 - a) le financement de la recherche évaluée par des pairs
 - b) la publication de travaux de recherche originale dans des revues évaluées par des pairs et/ou la publication d'articles de synthèse critique, etc.
 - c) la participation du corps professoral et des résidents à des travaux de recherche en cours
 - d) des innovations reconnues en éducation médicale, en soins cliniques ou en administration médicale.

NORME B.5 : CONTENU CLINIQUE, PÉDAGOGIQUE ET SCIENTIFIQUE DU PROGRAMME

Le but du programme de résidence est de former des médecins de famille qui possèdent les compétences requises pour débiter l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine familiale complète et globale n'importe où au Canada, et ce de façon indépendante. Cette formation **doit** offrir aux résidents le contenu clinique et le contenu académique/scientifique qui leur permettra d'atteindre ce niveau de compétence. Le CMFC a fourni des documents pour aider les programmes à développer des cursus de formation en médecine familiale selon une approche axée sur le développement des compétences. Les documents suivants donnent aux programmes un guide quant aux compétences qui **doivent** être acquises par les résidents et les expériences cliniques et académiques qui leur permettront de les acquérir.

1. [Les rôles CanMEDS – Médecine familiale – Cadre de compétences pour les médecins de famille](#)
2. [Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada : Les objectifs d'évaluation en médecine familiale](#)
3. [L'étendue de la pratique à maîtriser en résidence en médecine familiale](#)
4. [Le cursus Triple C axé sur le développement des compétences](#)

Contexte clinique pour l'apprentissage

Les programmes de résidence en médecine familiale doivent reproduire le modèle de soins complets et globaux, centrés sur la médecine familiale et ils doivent former les résidents à cette norme.

L'accent doit être mis sur une pratique de médecine familiale complète et globale, qui comprend la prestation de soins continus à un groupe déterminé de patients.

La continuité est un principe important de la formation en médecine familiale : la continuité des soins aux patients et à leur famille, la continuité du milieu d'enseignement, la continuité pédagogique et la continuité avec les enseignants.

Le cursus devrait avoir la souplesse requise pour permettre aux résidents de développer les compétences précises dont ils auront besoin pour exercer dans divers contextes. Comme nous l'avons mentionné, l'apprentissage devrait principalement avoir lieu dans des unités de médecine familiale, sous la supervision de médecins de famille. On a recours aux services d'autres spécialistes uniquement

pour améliorer l'expérience des résidents en médecine familiale. Il n'est pas nécessaire d'offrir ces expériences d'apprentissage sous forme de blocs de temps, mais dans la mesure du possible, elles peuvent et devraient être intégrées aux activités d'apprentissage dans les milieux de médecine familiale. Ces expériences devraient refléter les domaines cliniques qui décrivent la globalité de la médecine familiale et permettre aux résidents d'exercer dans des unités de soins ambulatoires, des unités de soins pour patients hospitalisés ou des hospitalisations d'un jour, des services d'urgence, des services de soins communautaires ou des activités avec les populations vulnérables, et d'effectuer des travaux d'érudition. Si les enseignants ne sont pas médecins de famille, les résidents devraient être placés dans un contexte clinique où les enseignants comprennent, apprécient et respectent le rôle du médecin de famille. Le programme de résidence en médecine de famille **doit** planifier et approuver ces expériences en consultation avec les spécialités concernées.

Le programme de résidence en médecine familiale **doit** être enseigné dans des milieux cliniques qui permettent au résident d'acquérir les compétences requises. L'expérience acquise dans des cliniques ou des unités de médecine familiale est essentielle au développement de la compétence globale du résident et de son identité en tant que médecin de famille. Les unités de médecine familiale **doivent** fournir aux résidents la possibilité de vivre le rôle du médecin de famille et d'être exposé à toute l'étendue de la pratique de médecine familiale. Les résidents **doivent** pouvoir se constituer une clientèle et devenir les principaux responsables de la prestation de soins à ces patients, avec qui ils ont établi des relations continues. Les expériences en médecine familiale devraient être structurées de façon à refléter les modes de pratique appropriés; les résidents **doivent** travailler avec des modèles de rôles de médecins de famille, et être supervisés par ces derniers. On s'attend à ce que les résidents participent à des expériences cliniques en médecine familiale tout au long de leur formation.

Bien que le cursus **doive** toujours prévoir suffisamment de continuité du contexte d'apprentissage et des superviseurs, il **doit** également exposer les résidents à différents milieux de pratique qui reflètent la diversité des besoins de la population en matière de soins.

Majoritairement, les médecins de famille en exercice travaillent dans un bureau ou une clinique; les résidents **doivent** donc évoluer principalement dans ces mêmes milieux. Les résidents **doivent** dispenser des soins cliniques dans divers milieux : hôpitaux, établissements de soins prolongés, centres d'hébergement, à domicile, ainsi que dans les bureaux ou les cliniques. Ils **doivent** également fournir des soins à des patients durant toutes les étapes de la vie – de la naissance à la mort. Leurs patients

doivent comprendre des enfants et des adultes, des hommes et des femmes, des personnes âgées et des patients qui obtiennent des soins palliatifs et de fin de vie. On **doit** également offrir à tous les résidents suffisamment d'expériences cliniques en milieux ruraux afin de leur permettre d'acquérir les compétences et l'expérience requises pour répondre aux besoins de ces communautés.

Pour permettre aux résidents de comprendre la notion de soins complets et globaux en médecine familiale, la majorité de leur expérience clinique **doit** s'articuler autour de la prestation de soins aux patients axés sur la pratique de la médecine familiale. Idéalement, plus de la moitié de l'expérience clinique hebdomadaire des résidents devrait se dérouler dans des milieux de médecine familiale, à l'exception des expériences d'apprentissage hors service, dont le but est de fournir une exposition intensive requise pour acquérir certaines compétences définies. En plus des contacts avec les patients au bureau, l'expérience axée sur la pratique peut comprendre aussi des expériences de services en clinique, pendant les fins de semaine et les soirées et des soins hospitaliers aux groupes de patients et toute autre activité de la clinique visant leur groupe de patients. Les résidents **doivent** être responsables de leurs patients sur une base continue et dans les différents contextes : hôpital, domicile et établissement de soins de longue durée. Dans le cadre des responsabilités qu'ils doivent assumer durant leurs activités de base en médecine familiale, les résidents **doivent** participer à la prestation de soins à leurs patients après les heures de bureau. Ils **doivent** apprendre à communiquer oralement et par écrit avec les autres professionnels de la santé au sujet de leurs patients, y compris avec les autres spécialistes, et ils **doivent** apprendre à assurer le suivi des demandes de consultations.

L'ensemble de l'expérience pratique devrait comporter un équilibre raisonnable entre les soins aigus et chroniques, ambulatoires et hospitaliers. Cette expérience devrait permettre une implication auprès de patients de tous les groupes d'âge et dans une variété de domaines cliniques, y compris les soins obstétricaux.

Le programme **doit** offrir au résident, une progression de ses responsabilités et de ses activités afin d'atteindre le niveau de fonctionnement attendu d'un médecin de famille en exercice. Par conséquent, dans le contexte d'apprentissage défini dans le présent document, les résidents **doivent** avoir une exposition adéquate aux domaines de soins suivants :

Soins d'urgence

Les résidents **doivent** avoir l'occasion de travailler dans des milieux de soins aigus et d'acquérir les habiletés requises pour établir les diagnostics et dispenser des soins d'urgence.

Soins aux enfants et aux adolescents

Les résidents **doivent** être exposés à un nombre suffisant de patients pédiatriques pour leur permettre de suivre la croissance et le développement normal de l'enfant et d'apprendre le diagnostic et le traitement des problèmes que les enfants et les adolescents présentent couramment dans les cliniques de médecine de famille. De la formation en réanimation néonatale **doit** être offerte.

Soins de maternité (soins prénatals et postnatals)

Les résidents **doivent** acquérir la confiance et la compétence requises pour dispenser des soins de maternité en faisant des suivis des grossesses et en procédant à des accouchements avec des médecins de famille qui leur servent de modèles. Ils doivent acquérir une maîtrise des procédures courantes pendant le travail et l'accouchement afin de pouvoir procéder seuls à des accouchements à faible risque. Les résidents **doivent** être en mesure de prendre en charge des urgences obstétricales.

Soins aux personnes âgées

Les résidents **doivent** être en mesure de dispenser des soins complets et globaux aux personnes âgées. Ils **doivent** également connaître les modes de présentation atypiques chez cette population et la prise en charge des problèmes gériatriques et psychogériatriques, tant physiques que psychologiques, rencontrés couramment dans les contextes hospitaliers, institutionnels et communautaires, dont le domicile du patient.

Soins aux populations autochtones

Les résidents **doivent** acquérir les compétences requises pour travailler avec les populations autochtones et leur dispenser des soins appropriés.

Médecine palliative (soins de fin de vie)

Les résidents **doivent** acquérir les compétences requises pour dispenser des soins aux patients en fin de vie et à leurs familles, à leur domicile ou en établissement. Ils devraient acquérir des compétences dans les pratiques collaboratives pour faciliter le suivi.

Soins aux populations marginalisées, défavorisées ou mal desservies

Les résidents **doivent** acquérir les compétences requises pour travailler avec diverses populations marginalisées ou défavorisées (c.-à-d. habitants des quartiers urbains défavorisés, pauvres, sans-abris, nouveaux immigrants, etc.) et leur fournir des soins appropriés.

Médecine comportementale (soins en santé mentale)

Les résidents **doivent** participer à la prestation de soins en santé mentale dans une approche collaborative. Les programmes **doivent** fournir aux résidents des expériences appropriées pour apprendre à gérer les situations de crise, aborder les troubles psychiatriques aigus et prendre en charge les patients atteints de troubles de l'humeur, du comportement et émotionnels, et leurs familles.

Programme académique

Un programme académique complet et bien organisé **doit** compléter les activités d'apprentissage clinique des résidents. Ce programme doit impliquer les résidents dans la présentation du contenu afin d'améliorer leurs habiletés d'enseignement et d'apprentissage, y compris l'acquisition de compétences en tant qu'apprenants autonomes. Il **doit** utiliser une variété de méthodes pédagogiques et tenir compte des divers styles d'apprentissage dans le groupe de résidents.

Le comité de programme de résidence **doit** coordonner le programme académique. Ce programme sera enseigné de manière uniforme à tous les résidents, dans tous les milieux d'apprentissage.

Sachant que les différents milieux d'apprentissage ont accès à différentes ressources, des efforts devront être déployés pour s'assurer que les objectifs fondamentaux du programme sont respectés dans tous les milieux et adaptés aux ressources cliniques et pédagogiques disponibles à chaque endroit.

Activités d'érudition

Le programme académique **doit** offrir des activités structurées qui stimulent la curiosité (p. ex. clubs de lecture, séminaires ou séances didactiques). On doit également y enseigner les concepts de base en biostatistique, en lecture critique et en éthique biomédicale, et promouvoir leur application dans la pratique. Le programme académique devrait être conçu de façon à compléter et à enrichir l'expérience d'apprentissage à la fois dans leur pratique de médecine familiale et dans les autres activités ou stages cliniques.

La qualité des activités d'érudition dans le programme devrait se manifester, en partie, par un esprit de curiosité au cours des discussions, des expériences autres que dans le contexte de la médecine familiale et dans les conférences cliniques. Les activités d'érudition impliquent une compréhension approfondie des mécanismes de base qui sous-tendent les états normaux et anormaux, ainsi que l'application des connaissances actuelles à la pratique.

Les exigences des services cliniques ne **doivent** pas nuire de façon significative à la capacité des résidents de participer aux activités d'érudition. Le programme doit s'assurer de la participation des résidents aux activités d'érudition clés en les libérant de leurs autres obligations.

Les résidents **doivent** pouvoir accéder facilement aux ressources biomédicales, sous forme électronique ou imprimée, notamment les manuels, les périodiques et les index, soit à l'université, soit dans un centre hospitalier qui possède une collection importante. Cet accès doit également être possible les soirs et les fins de semaine.

Les résidents **doivent** avoir l'occasion d'acquérir des habiletés en enseignement par l'entremise d'activités organisées et centrées sur les techniques pédagogiques. Ils devraient avoir la chance d'enseigner et de devenir des modèles de rôle pour les résidents novices et les étudiants en médecine.

Le programme **doit** maintenir un niveau satisfaisant d'activités scientifiques et d'érudition, dont :

1. Un programme de recherche subventionné
2. Des publications, notamment des articles publiés dans des revues révisées par les pairs, des livres du matériel éducatif, etc.
3. L'implication des résidents dans des projets de recherche.

4. La participation à des comités pertinents, y compris des comités de recherche, d'éthique de la recherche, etc.
5. Un membre du corps professoral responsable d'encourager l'implication des résidents dans la recherche et les autres activités d'érudition, notamment dans des projets de résidents.

NORME B.6 : ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES RÉSIDENTS

Il doit y avoir en place un programme efficace d'évaluation tout au long de la formation, qui aide les résidents, les superviseurs et la direction du programme à suivre les progrès de chaque résident vers l'acquisition des compétences requises pour débiter l'exercice professionnel de la médecine de façon indépendante. Cette *compétence* est définie comme la démonstration par le résident de la maîtrise des six dimensions de la compétence en termes d'habiletés cliniques et des phases de la rencontre clinique, dans chacun des sept rôles CanMEDS-MF, dans un échantillon suffisant de sujets prioritaires, thèmes, actes techniques de base et compétences, conformément aux objectifs d'évaluation et à *CanMEDS-MF*.

Considérations générales

1. Le système d'évaluation en cours de formation **doit** être axé sur le développement des compétences et en ce sens, être principalement formatif. Il **doit** donner à chaque résident une rétroaction franche, utile et opportune. Il ne devrait pas être punitif. L'accent devrait être mis sur la maîtrise graduelle des compétences requises. L'évaluation et la rétroaction **doivent** mener à l'auto-évaluation dirigée, à la réflexion et à la révision des plans, le cas échéant.
2. L'évaluation et la rétroaction ne **doivent pas** être données uniquement à la fin d'un bloc d'apprentissage ou d'une expérience clinique. Elles **doivent** avoir lieu souvent, au moins au milieu du stage, afin de permettre une modification des comportements, et idéalement sur une base quotidienne ou immédiatement après une activité, s'il est pertinent de le faire. Des rencontres régulières et des évaluations sommatives, basées sur l'ensemble des évaluations documentées et disponibles doivent être complétées au moment des rencontres. Ces évaluations **doivent** comporter des rencontres en face à face avec le résident pour s'entretenir et discuter de ses progrès, et ce, sur une base régulière et lorsqu'un besoin particulier se fait sentir.
3. L'évaluation et la rétroaction **doivent** être documentées et refléter le rendement des résidents à l'égard des compétences en question. Bien que les données qualitatives et quantitatives doivent être documentées, l'accent devrait être mis sur le formatif.
4. Toutes les activités pertinentes – cliniques, académiques ou autres – devraient être évaluées, et l'évaluation devrait porter directement sur les activités, de manière à refléter clairement les objectifs de la médecine familiale en cette matière. Le niveau attendu d'activité pour chaque

activité devrait être clairement défini et bien compris par le résident et par le superviseur/évaluateur. Les méthodes d'évaluation utilisées **doivent** également être clairement définies et bien comprises de part et d'autre.

5. Les processus d'évaluation sont d'autant plus efficaces qu'ils sont basés sur les plans d'apprentissage individuels des résidents. Les programmes devraient élaborer et revoir régulièrement avec chaque résident un plan écrit portant aussi bien sur les objectifs d'apprentissage du programme de formation que sur les besoins d'apprentissage et les objectifs de chaque résident.
6. Le système d'évaluation devrait permettre le repérage précoce (c.-à-d. bien avant toute évaluation sommative) ou l'auto-identification des résidents en difficulté. La formation, la supervision et l'évaluation de ces résidents devraient être modifiées en conséquence, et ils devraient faire l'objet d'un suivi distinct jusqu'à ce que leurs difficultés soient résolues.
7. Les résidents **doivent** être informés de toute préoccupation sérieuse les concernant, et **doivent** avoir la possibilité de corriger leur performance.

Considérations particulières

1. L'évaluation **doit** mettre l'accent sur des situations et des patients qui présentent des problèmes médicaux qui correspondent à l'étendue et à la variété des situations que l'on retrouve dans les pratiques de médecine familiale. Elle **doit** également porter sur les compétences les plus importantes pour la médecine familiale, conformément aux *Objectifs d'évaluation* et à *CanMEDS-MF*.
2. Méthodes d'évaluation et documentation
 - a) L'outil principal d'évaluation devrait être basé sur l'entité superviseuse/résident. Ce modèle fonctionnel devrait évaluer une rencontre avec un seul patient ou une autre situation clinique ou paraclinique et documenter l'évaluation de façon adéquate. L'observation directe est un outil fondamental; toutefois, la discussion de cas et l'examen du dossier sont également importants pour les évaluations cliniques. L'évaluation des activités non cliniques est importante et exige d'autres méthodes de documentation.
 - b) Divers autres types d'évaluations de la performance devraient être utilisés, au besoin, et doivent être offerts aux résidents qui « n'évoluent pas conformément aux attentes ».

- c) Feuilles de route et évaluations quotidiennes
- i) Les programmes devraient utiliser les feuilles de route (ou l'équivalent) pour recueillir des commentaires qualitatifs sur le rendement du résident durant la pratique clinique quotidienne, puis les intégrer aux activités régulières d'enseignement et de supervision. La quantité de feuilles de route produites devrait être suffisamment élevée pour fournir et documenter une évaluation et une rétroaction formative significative.
 - ii) Les commentaires sur la supervision clinique ou les autres activités devraient être basés sur la situation clinique; ils devraient porter sur l'aspect le plus important, susciter la réflexion et la rétroaction et fournir des recommandations pour la prise en charge de cas semblables qui pourraient se présenter à l'avenir et dans d'autres contextes de soins (changement ou aucun changement). On ne devrait pas tirer de cette rétroaction « quotidienne » des conclusions définitives sur la compétence globale, la préparation à la pratique ou les progrès du résident. Plutôt, elle vise à contribuer, à plus petite échelle, aux évaluations sommatives.
 - iii) Les feuilles de route peuvent être compilées sous forme de portfolio qui s'ajoute à tout autre renseignement pertinent présenté lors des évaluations sommatives périodiques.

Rapports sommatifs et décisions concernant les progrès

1. Ces rapports sommatifs doivent être rédigés et les décisions relatives au progrès **doivent** être prises de façon régulière, selon un calendrier préétabli. Ils **doivent** être fondés sur de nombreuses observations documentées, indépendantes, produites par de multiples observateurs dans différentes situations, compilées et évaluées par plus d'un enseignant clinique.
2. Les rapports sommatifs périodiques, y compris l'attestation de fin de formation du Collège, devraient représenter le niveau de compétence actuel du résident et non pas les difficultés passées, qui ont été résolues de façon satisfaisante.

Attestation de fin de la formation

Le programme devra confirmer au Collège que :

Le résident a démontré sa compétence dans chacune des six dimensions essentielles en termes d'habiletés et dans toutes les phases de la rencontre clinique, dans chacun des sept rôles CanMEDS-MF, dans un échantillon suffisant de sujets prioritaires, thèmes, actes techniques de base et compétences, conformément aux *Objectifs d'évaluation* et à *CanMEDS-MF*, et par conséquent, nous le jugeons donc compétent pour débiter l'exercice professionnel de médecine familiale de façon indépendante.

COMPÉTENCES AVANCÉES : NORMES POUR L'AGRÈMENT DES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE EN COMPÉTENCES AVANCÉES AGRÉÉS PAR LE CMFC

Les normes propres à une discipline s'appliquent aux programmes généraux de compétences avancées. Elles sont à la fois conformes et complémentaires aux normes qui s'appliquent à la médecine familiale et servent à préciser les Normes B dans la mesure où elles s'appliquent à l'éducation des médecins de famille.

Introduction

Le CMFC reconnaît et agréé la formation dans divers champs de compétence avancée au sein de la discipline de médecine familiale. En règle générale, cette formation a lieu après le programme de résidence en médecine familiale. Elle peut s'étendre sur quelques mois ou sur une année complète. Ces programmes de formation permettent aux résidents d'acquérir des compétences additionnelles, qu'ils auront besoins dans leur pratique. Dans certains cas, les programmes sont personnalisés en fonction des besoins du résident (programmes de Catégorie 2), alors que dans d'autres domaines bien précis, le Collège a établi des normes nationales qui régissent le cursus et la formation (programmes de Catégorie 1).

Programmes de Catégorie 1

À l'heure actuelle, les programmes de Catégorie 1 suivants sont reconnus (dotés de normes nationales) :

- Médecine d'urgence
- Soins aux personnes âgées
- Anesthésiologie en médecine familiale
- Clinicien érudit
- Médecine palliative

Les programmes de Catégorie 2 comprennent, sans s'y limiter :

- Soins de maternité
- Santé des femmes
- Maladies chroniques

Afin d'être admissibles à l'agrément, les programmes **doivent** être administrés par le bureau du vice-doyen aux études postdoctorales du département de médecine de famille. Ils **doivent** aussi répondre aux normes générales d'agrément, communément appelées Normes B, qui s'appliquent aux programmes de résidence. Les directives suivantes s'ajoutent aux normes générales et s'appliquent à tous les programmes de compétences avancées.

Structure administrative des programmes de compétences avancées généraux

Les programmes de compétences avancées **doivent** être administrés sous l'égide du département de médecine de famille d'une faculté de médecine. Puisque chaque département pourrait gérer plusieurs programmes de compétences avancées, on s'attend à ce qu'un comité de programmes de compétences avancées soit en place et présidé par un directeur ou un coordinateur nommé par le département de médecine de famille. On s'attend également à ce que cette personne détienne la Certification en médecine familiale. Ce comité est responsable de superviser la formation dans chacun de ces programmes. Au minimum, le comité sera composé d'un coordonnateur des compétences avancées, du coordonnateur de chaque programme de Catégorie 1, d'un représentant des résidents et du directeur du programme de résidence du département de médecine de famille.

Le comité de programme est chargé d'aider le directeur du programme de compétences avancées du département à appliquer une approche centralisée à la planification et à l'organisation de toute activité pédagogique entourant la formation en compétences avancées. Il sera également chargé d'établir les politiques de recrutement et de nomination des résidents, de surveiller l'évaluation du programme et des résidents et d'assurer la coordination des ressources. Le comité relèvera du comité de formation en résidence du département par l'entremise du directeur ou du coordonnateur des compétences avancées.

Structure administrative des programmes de compétences avancées individuels

Chaque programme de Catégorie 1 **doit** être doté d'un directeur ou d'un coordonnateur de programme, nommé par le département de médecine de famille. Cette personne doit détenir la Certification en médecine familiale.

Les responsabilités du directeur de programme de Catégorie 1 sont identiques à celles du directeur du programme de résidence en médecine familiale, sauf qu'ils relèvent du directeur du programme de compétences avancées et siègent au comité de programme de compétences avancées du département.

Certains programmes de compétences avancées obtiennent une part importante de leurs ressources et de leurs enseignants des autres cliniques ou départements universitaires, mais il faut néanmoins un comité de programme, doté d'un mandat bien défini, pour le programme de compétences avancées, qui se réunira régulièrement et assumera la supervision du programme.

Ressources

Le département de médecine de famille **doit** fournir les ressources nécessaires pour assurer une administration efficace des programmes éducatifs qui relèvent de sa compétence.

MÉDECINE FAMILIALE/MÉDECINE D'URGENCE : NORMES D'AGRÈMENT DES PROGRAMMES DE MÉDECINE FAMILIALE/ MÉDECINE D'URGENCE

Les normes propres à la médecine familiale/à la médecine d'urgence sont à la fois conformes et complémentaires aux normes qui s'appliquent à la médecine familiale et servent à préciser les Normes B dans la mesure où elles s'appliquent à l'éducation des médecins de famille.

Introduction

Tous les médecins de famille **doivent** recevoir une formation les rendant aptes à prendre en charge les conditions médicales urgentes. Le développement de programmes postdoctoraux en médecine d'urgence fournira aux médecins de famille l'occasion d'offrir à leur communauté des compétences avancées en médecine d'urgence. Afin de favoriser la prestation optimale de soins médicaux d'urgence à la population canadienne, ces programmes doivent utiliser les ressources et le soutien des disciplines médicales et chirurgicales appropriées. Les principes de la médecine familiale, ainsi que les habiletés cognitives et affectives de base du médecin de famille **doivent** être intégrés dans ces programmes de formation pour l'acquisition d'une compétence spéciale en médecine d'urgence.

Les objectifs du Collège des médecins de famille du Canada en médecine d'urgence (MU) sont les suivants :

1. Améliorer les normes et la disponibilité des soins d'urgence dispensés par les médecins de famille praticiens.
2. Établir des lignes directrices pour l'élaboration et la gestion des programmes de formation en médecine d'urgence destinés aux médecins de famille.
3. Assurer la disponibilité de professeurs pour les programmes de formation en médecine familiale/médecine d'urgence.

Cursus

Le programme devrait offrir soit un programme intégré d'une durée de trois ans de formation en médecine d'urgence, soit un programme d'au moins 12 mois, tel que décrit dans cette

section. Les résidents **doivent** être certifiés en médecine familiale par le CMFC ou avoir complété avec succès un programme approuvé de résidence en médecine familiale.

Les objectifs éducatifs du programme de compétence spéciale en médecine d'urgence sont un complément aux objectifs du programme de résidence en médecine familiale. Les objectifs en médecine d'urgence devraient donc être considérés en association avec les objectifs de la médecine familiale.

Les médecins de famille/médecins d'urgence **doivent** jouer le rôle principal dans la formation des résidents de médecine familiale. L'enseignement devrait être complété par celui de spécialistes qui manifestent une orientation vers la médecine familiale.

Le programme **doit** offrir aux résidents et aux éducateurs des diverses disciplines des soins de santé des occasions de travailler ensemble dans la prestation des soins.

Le médecin de famille/médecin d'urgence est un médecin de famille qui a acquis des habiletés supplémentaires en médecine d'urgence pour élargir sa formation en médecine familiale. Cette formation vise à préparer un médecin d'urgence qui intégrera dans sa pratique de la médecine d'urgence les principes de la médecine familiale. Il en découle donc que les objectifs du programme de compétence spéciale en médecine d'urgence s'inscrivent dans le domaine des quatre principes de la médecine familiale.

Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace

Lorsqu'il exerce au service des urgences, le médecin de famille démontre sa compétence à utiliser l'approche clinique centrée sur le patient. Il recherche la maladie avec sensibilité, compétence et une démarche appropriée et il comprend l'expérience de la maladie telle que vécue par le patient.

Tant par ses connaissances que par ses habiletés, il est un expert dans une vaste gamme d'affections et de problèmes de santé courants au sein de la communauté. Son approche aux soins de santé s'inspire des données scientifiques les plus probantes.

Il met à profit sa compréhension du développement humain, de la famille et des autres systèmes sociaux pour élaborer une approche globale au traitement des affections et des maladies chez les patients et leurs familles.

Le résident en médecine d'urgence doit acquérir les connaissances et les habiletés de façon à :

1. pouvoir distinguer les patients gravement malades des patients dont la condition ou le traumatisme est moins grave.
2. prendre en charge de façon compétente et efficace toutes les situations mettant en danger la vie des patients.
3. maintenir et stabiliser le patient gravement malade, organiser le traitement et référer de façon appropriée.
4. reconnaître, évaluer et initier le traitement d'un blessé ou d'un malade dont la vie n'est pas en danger.
5. prendre en charge simultanément plusieurs patients et établir les priorités thérapeutiques appropriées.
6. comprendre et communiquer efficacement avec les patients et les familles en leur expliquant l'histoire naturelle de la maladie ou de la blessure se présentant comme urgente, avec ses implications sociales et familiales concomitantes et connaître les ressources communautaires et hospitalières disponibles pour assurer la continuité des soins.
7. assumer une responsabilité progressive et croissante dans la prise en charge des patients présentant une condition urgente pour atteindre et démontrer sa compétence dans une variété de techniques reliées à l'exercice de la médecine d'urgence. Le résident devrait également être familier avec les indications, les contre-indications et les complications de chacune de ces techniques.

La médecine familiale est « communautaire »

La médecine d'urgence dessert la communauté et est fortement influencée par les facteurs communautaires. Étant membre de la communauté, le médecin de famille œuvrant au service des urgences est en mesure de répondre aux besoins changeants des individus, de s'adapter rapidement aux circonstances changeantes et de mobiliser les ressources appropriées pour répondre aux besoins des patients.

Le résident en médecine d'urgence **doit** acquérir les connaissances et les habiletés pour être en mesure de :

1. comprendre les principes du développement et de l'implantation dans la communauté des services médicaux d'urgence comme soutien aux soins préhospitaliers (p. ex. techniciens d'ambulance, services ambulanciers, systèmes de communication, programmes de premiers soins, contrôle des substances toxiques, éducation de la population, organisation des services médicaux d'urgence et planification en cas de désastre).
2. maintenir une relation de collégialité avec les consultants et les médecins de famille.

Le médecin de famille est une ressource pour une population définie

Le médecin de famille considère les patients de sa pratique comme une « population à risque ». L'organisation de sa pratique vise à assurer le maintien de la santé du patient. Ceci présuppose des connaissances et des habiletés pour évaluer l'efficacité des soins dispensés, l'utilisation adéquate des dossiers médicaux et des autres systèmes d'information, ainsi que la capacité de planifier et de mettre en application des politiques qui favorisent l'amélioration de la santé des patients.

Le médecin de famille adopte des stratégies efficaces d'autogestion de sa formation continue. Le médecin de famille a la responsabilité de préconiser des politiques sociales qui visent la promotion de la santé chez ses patients. Le médecin de famille accepte sa responsabilité d'utiliser judicieusement les ressources limitées du système de soins de santé.

Le résident en médecine d'urgence doit acquérir les connaissances et les habiletés pour être en mesure :

1. d'appliquer les principes de l'assurance de la qualité, de la gestion des risques, de l'amélioration continue de la qualité et de la gestion de la qualité totale. Il devrait également être en mesure de jouer un rôle de leadership dans l'amélioration des services et la surveillance de la qualité des services d'urgence dispensés dans sa communauté.
2. d'acquérir les compétences administratives nécessaires pour intervenir comme ressource communautaire et hospitalière dans l'exercice de la médecine d'urgence.

La relation médecin-patient constitue l'essentiel du rôle du médecin de famille

Le médecin de famille comprend et apprécie la condition humaine, notamment la nature de la souffrance et la réaction du patient confronté à la maladie. Il reconnaît ses forces et ses limites, et il sait reconnaître une situation conflictuelle entre ses intérêts personnels et des soins de qualité.

Il respecte la primauté de la personne. La relation revêt les qualités d'une alliance, c'est-à-dire une promesse par le médecin de respecter son engagement envers le bien-être des patients, que ces derniers soient capables en retour de respecter ou non leurs engagements.

Le médecin de famille prend l'engagement d'assurer la continuité des soins envers ses patients. Il assure la liaison avec les ressources de soins de première ligne installées dans la communauté.

Le résident en médecine d'urgence **doit** acquérir les connaissances et les habiletés pour être en mesure de :

1. démontrer une relation médecin-patient efficace et d'appliquer l'approche clinique centrée sur le patient au contexte d'un service des urgences.
2. démontrer l'efficacité de ses habiletés de communication avec les patients, leurs familles et les collègues.
3. prendre des décisions qui respectent l'éthique au service des urgences et identifier les aspects médico-légaux qui touchent l'exercice de la médecine d'urgence.

Le programme de formation **doit** fournir :

1. un programme identifié et formel de formation en médecine d'urgence. Ce programme **doit** offrir des opportunités d'enseignement clinique, des séminaires, des conférences éducatives structurées, ainsi que d'autres opportunités d'apprentissage jugées nécessaires pour l'atteinte des objectifs du programme. L'acquisition des habiletés d'évaluation critique est essentielle. Les programmes peuvent exiger des résidents qu'ils complètent un projet universitaire ou scientifique. Pour les résidents qui désirent poursuivre un tel projet (recherche, revue de littérature, amélioration de la qualité, etc.), le programme devrait leur fournir l'occasion de le faire.
2. des opportunités pour le résident d'interagir avec différents organismes, agences et services qui dispensent des soins médicaux d'urgence à la communauté.

3. des opportunités pour le résident d’acquérir une formation appropriée dans les autres disciplines en relation avec la médecine d’urgence, notamment les soins intensifs médicaux aux adultes.
4. un minimum de huit mois au service des urgences dans le cadre du programme combiné de médecine familiale/médecine d’urgence, dont au moins six mois pendant la troisième année. Au terme de cette troisième année de formation, le résident possédera les connaissances et les habiletés nécessaires pour assumer le leadership dans un service d’urgence dans la communauté.
5. l’équivalent d’au moins deux mois de formation en urgence et/ou en soins intensifs pédiatriques. Cette formation peut faire partie des huit mois de formation en médecine d’urgence.
6. un environnement éducatif qui facilite et encourage les résidents à maintenir tout au long de la troisième année une responsabilité de continuité des soins dans une unité de médecine familiale.
7. un système d’évaluation qui s’applique autant aux résidents qu’aux professeurs et qui respecte les principes décrits dans les Normes B.

Organisation du programme

Le programme de résidence en médecine d’urgence du CMFC **doit** se dérouler en collaboration avec le département universitaire ou la division de médecine familiale et offrir un curriculum basé sur les objectifs éducatifs en médecine d’urgence du Collège des médecins de famille du Canada.

Le programme **doit** avoir accès aux ressources de la faculté de médecine, du département de médecine familiale et des centres hospitaliers participants.

Le programme de formation **doit** être sous la direction d’un directeur de programme certifié en médecine familiale et détenteur d’un certificat de compétence spéciale en médecine d’urgence – CCMF (MU). Ce directeur de programme **doit** être nommé par le département de médecine familiale et **doit** relever du directeur des études postdoctorales du département de médecine familiale. Les résidents en médecine d’urgence relèvent directement de cet individu. Le directeur du programme **doit** avoir la responsabilité et l’autorité d’assigner les résidents aux stages et aux milieux jugés appropriés.

Le directeur du programme CCMF(MU) sera secondé dans ses fonctions par un comité de formation postdoctorale en médecine d'urgence. Ce comité comprendra des représentants des unités d'enseignement, des professeurs à temps plein et des professeurs à temps partiel, des résidents et autres professionnels de la santé ayant une appartenance au département.

Les représentants des résidents au comité de formation postdoctorale **doivent** être choisis par leurs pairs et recevoir une orientation quant à leur rôle et à leurs responsabilités, à la fois comme membres du comité et comme représentants des résidents. Ce comité devrait se réunir au moins quatre fois l'an.

Le directeur du programme CCMF(MU) **doit** être membre du Comité des études postdoctorales du département universitaire de médecine familiale. Le directeur du programme postdoctoral de médecine familiale devrait être membre du comité postdoctoral de médecine d'urgence.

Sélection des résidents

Reconnaissant que la médecine d'urgence est une composante de la formation et de l'exercice de la médecine familiale, on rappelle aux directeurs des études postdoctorales que le but de ces programmes est de permettre aux médecins de famille d'acquérir des compétences avancées en médecine d'urgence. Comme tels, ces programmes sont principalement destinés à:

1. tous les récents diplômés des programmes de résidence en médecine familiale;
2. tout médecin certifié du Collège des médecins de famille du Canada ou qui est admissible à se présenter à l'examen du CMFC;

Il **doit** y avoir un comité de sélection qui devrait comprendre le directeur du programme de médecine familiale/médecine d'urgence, un professeur impliqué dans le programme qui est certifié du CMFC (MU), ainsi que le directeur des études postdoctorales en médecine familiale ou son représentant.

Ressources

Ressources d'enseignement clinique

Le programme de formation **doit** fournir :

1. un budget annuel suffisant pour couvrir les frais d'administration et les ressources éducatives.
2. Des unités d'enseignement en médecine d'urgence offrant les installations adéquates pour l'investigation et le traitement des patients. Le volume et la variété du travail dans les établissements affiliés au programme **doivent** être suffisants pour fournir aux résidents une exposition adéquate à toute l'étendue de la médecine d'urgence. Le programme **doit** s'assurer d'une exposition adéquate à toute la gamme des groupes d'âge et des valeurs démographiques et ethnoculturelles.
3. Des milieux d'apprentissage où des médecins de famille certifiés du Collège dispensent une portion significative des soins cliniques et ont la responsabilité directe de l'enseignement et de la formation des résidents.
4. Une expérience au cours de la troisième année dans un contexte communautaire où des médecins de famille dispensent, dans le cadre de leur profil de pratique, des soins au service des urgences et en cabinet.
5. Une expérience interdisciplinaire avec des travailleurs sociaux, du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé, en insistant sur leur rôle dans la prestation globale des services de soins de santé dans le contexte du service des urgences.

Ressources professorales

Le programme de formation **doit** avoir :

1. Des professeurs qualifiés et en nombre suffisant, certains ayant des responsabilités dans le département de médecine familiale, afin de superviser les résidents et de dispenser l'enseignement.
2. Des professeurs impliqués dans le programme de résidence en médecine familiale/médecine d'urgence qui sont familiers avec les quatre principes de la médecine familiale dans leur application à la médecine d'urgence.

SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES : NORMES POUR L'AGRÈMENT DES PROGRAMMES DE SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Les normes propres à l'enseignement des soins aux personnes âgées sont à la fois conformes et complémentaires aux normes qui s'appliquent à la médecine familiale et servent à préciser les Normes B dans la mesure où elles s'appliquent à l'éducation des médecins de famille.

Introduction

On assiste à une augmentation de la proportion de la population et du nombre d'individus de plus de 65 ans. Les personnes âgées, particulièrement celles de plus de 75 ans devenues fragiles ou à risque de perdre leur autonomie, nécessiteront davantage de soins médicaux dispensés par des médecins possédant une formation spécifique. Les médecins de famille jouent un rôle de plus en plus important au niveau des soins de première ligne dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie, que ce soit au cabinet, à domicile, à l'hôpital et dans les foyers de soins infirmiers. D'autres ont axé leur pratique principalement dans les programmes de soins à domicile ou exercent dans des foyers de soins infirmiers. En partie à cause du petit nombre des gériatres, les médecins de famille sont également devenus des personnes ressources dans les hôpitaux de soins aigus, les foyers de soins infirmiers et pour leur communauté où ils agissent souvent comme consultants. Dans les centres universitaires, les médecins de famille sont impliqués dans l'enseignement des soins aux personnes âgées, soit dans les unités de médecine familiale, soit dans les services de gériatrie où ils sont impliqués dans les soins cliniques, l'enseignement et la recherche.

Ce programme vise avant tout les certifiés en médecine familiale qui sont en pratique ou qui viennent de terminer leur programme de résidence et qui désirent parfaire et approfondir leurs compétences et accroître leur implication dans les soins aux personnes âgées. Leurs activités professionnelles futures devraient comprendre:

1. les soins gériatriques de première ligne.
2. d'agir comme personne-ressource dans une communauté rurale ou urbaine.
3. l'élaboration de programmes.
4. une carrière universitaire en médecine familiale axée sur les soins aux personnes âgées.

Curriculum

La formation est axée sur les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie dans le contexte des soins généraux aux aînés et la prévention de la perte d'autonomie. Elle comporte les quatre objectifs généraux suivants:

1. Définir la discipline en termes de connaissances et d'attitudes.
2. Parfaire et développer les compétences cliniques appropriées à cette discipline.
3. Sensibiliser aux ressources disponibles au sein de la communauté en utilisant l'approche d'équipe.
4. Acquérir les compétences pour assumer un rôle de premier plan au sein de la communauté afin de développer les services de gériatrie et de promotion de la santé.

Les objectifs fondamentaux du programme **doivent** être couverts au cours d'une période de six mois. Quant au programme de douze mois, il offre aux résidents six mois additionnels de formation pour répondre à des objectifs éducatifs supplémentaires plus spécifiques. La formation devrait s'inspirer des quatre objectifs de la médecine familiale.

La relation médecin-patient est l'essence du rôle du médecin de famille

Le résident **doit** acquérir et démontrer les attitudes appropriées dans les soins qu'il dispense aux personnes âgées. Le résident devrait être familier avec le rôle et l'importance de la famille et des soignants dans la prise en charge des personnes âgées, et être capable d'identifier et de trouver une solution efficace aux problèmes vécus par la famille et les soignants impliqués dans les soins aux personnes âgées. Le résident devrait démontrer ses connaissances et sa capacité d'introspection dans les aspects éthiques et légaux qui font couramment partie des soins aux aînés.

Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace

Le résident **doit** posséder une connaissance théorique et une expérience pratique des problèmes cliniques courants et des approches à utiliser chez les personnes âgées.

La médecine familiale est communautaire

Le résident **doit** utiliser activement les ressources communautaires et interagir avec celles-ci afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Le médecin de famille est une ressource pour une population définie

Le résident **doit** avoir accès aux facilités et aux ressources appropriées et les appliquer à sa pratique pour le mieux-être du patient. Le résident comprendra la position avantageuse du médecin de famille pour promouvoir une recherche qui respecte l'implication du patient. Le résident sera capable de choisir et d'avoir accès aux données probantes de la littérature médicale afin de pouvoir répondre aux questions du patient.

L'organisation du programme d'enseignement devrait comprendre une combinaison d'expériences verticales (stage-bloc) et horizontales, notamment:

- un programme de séminaires destiné spécifiquement aux résidents
- la participation des résidents aux clubs de lecture, aux conférences, aux séminaires et autres donnés par l'université dans le domaine de la gériatrie
- la réalisation d'un projet de recherche ou une révision extensive de la littérature avec présentation au terme de la formation
- des occasions de développer ses habiletés comme enseignant et de faire des présentations
- le résident **doit** être exposé au programme et avoir des occasions de participer à l'élaboration ou à la gestion du programme (p. ex. comités de planification du programme, comité médical aviseur, comités d'assurance de la qualité, etc.).

Organisation du programme

On encourage les programmes de formation en soins aux personnes âgées à élaborer le contenu en collaboration avec les services universitaires de médecine gériatrique. Le directeur du programme sera nommé par le département de médecine familiale, sera sous la responsabilité du directeur des études postdoctorales en médecine familiale et sera membre du comité des études postdoctorales du département. Les résidents de ce programme de soins aux personnes âgées seront sous la responsabilité directe de ce directeur. Dans les milieux où il y aurait également un programme spécialisé de résidence en gériatrie, il est recommandé que le directeur du programme n'ait pas la responsabilité des deux programmes.

Le directeur du programme de formation en soins aux personnes âgées sera secondé dans ses fonctions par le comité de formation postdoctorale, lequel comprendra des représentants choisis parmi

les professeurs à temps plein, les professeurs à temps partiel, les résidents, les autres professionnels de la santé ayant une appartenance au département et les unités d'enseignement. Les représentants des résidents au comité de formation postdoctorale **doivent** être choisis par leurs pairs et recevoir une orientation quant à leur rôle et à leurs responsabilités, à la fois comme membres du comité et comme représentants des résidents. Ce comité devrait se réunir au moins quatre fois l'an.

L'agrément du programme de formation en soins aux personnes âgées devrait être basé sur les principes et objectifs ci-dessus. Il devrait être considéré comme un « complément » de formation pour les médecins de famille et distinct du programme spécialisé de formation en médecine gériatrique. Seuls les individus qui complètent avec succès un programme approuvé par le CMFC et qui sont certifiés en médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada devraient recevoir un diplôme ou une « attestation » de l'université ou du département de médecine familiale. Ce diplôme ou attestation devrait préciser que le programme est approuvé par le Collège des médecins de famille du Canada.

Ressources

Ressources d'enseignement clinique

Le résident **doit** dispenser des soins de chacune des façons suivantes et dans chacun des contextes de soins suivants. On devrait y retrouver des expériences de soins de première ligne / continuité des soins.

- évaluation et traitement hospitaliers des problèmes gériatriques
- consultations au service des urgences et à l'étage hospitalier de soins aigus
- services d'évaluation à la clinique externe ou dans la communauté
- soins à domicile
- foyer de soins infirmiers ou établissement de soins prolongés
- service psychogériatrique
- service de clinique externe ou hospitalier dispensant des soins de réadaptation gériatrique (l'un ou l'autre des services ci-dessus).

Ressources professorales

Des professeurs qualifiés, certains ayant des responsabilités dans le département de médecine familiale, seront nommés afin de superviser les résidents et de dispenser l'enseignement. Parmi ces professeurs, on retrouvera notamment:

1. des professeurs de médecine familiale qui possèdent une formation ou une expérience dans les soins aux personnes âgées;
2. des professeurs de médecine gériatrique;
3. des professeurs de psychogériatrie, et
4. des professeurs des autres professions de la santé.

ANESTHÉSIOLOGIE EN MÉDECINE FAMILIALE : NORMES POUR L'AGRÈMENT DES PROGRAMMES DE MÉDECINE FAMILIALE/ ANESTHÉSIOLOGIE (MF-A)

Les normes propres à l'enseignement de l'anesthésiologie en médecine familiale sont à la fois conformes et complémentaires aux normes qui s'appliquent à la médecine familiale et servent à préciser les Normes B dans la mesure où elles s'appliquent à l'éducation des médecins de famille.

Introduction

La mise sur pied de programmes postdoctoraux en anesthésiologie fournira aux médecins de famille l'occasion d'offrir à leur communauté des compétences avancées en anesthésie. Afin de favoriser la prestation optimale de services anesthésiques à la population canadienne, ces programmes **doivent** utiliser les ressources et le soutien des disciplines anesthésiologiques, médicales et chirurgicales appropriées. Les principes de la médecine familiale, ainsi que les habiletés cognitives et affectives de base du médecin de famille doivent être intégrés dans ces programmes de formation pour l'acquisition d'une compétence spéciale en anesthésiologie.

Les objectifs du Collège des médecins de famille du Canada pour le programme de Médecine familiale – Anesthésiologie (MF–A) sont les suivants:

- Améliorer les normes et la disponibilité des services anesthésiques dispensés par les médecins de famille praticiens dans les communautés rurales du Canada.
- Établir des lignes directrices pour l'élaboration et la gestion de programmes de formation en anesthésiologie pour les médecins de famille.

Cursus

Le programme devrait offrir un curriculum d'au moins 12 mois en anesthésiologie. Le programme sera ouvert aux diplômés des programmes de résidence en médecine familiale ou aux médecins de famille désireux de mettre à jour ou de parfaire leurs habiletés en anesthésiologie.

Le médecin de famille anesthésiologiste (MF–A) est un médecin de famille qui a acquis des habiletés supplémentaires en anesthésiologie pour élargir sa formation en médecine familiale. Les médecins inscrits dans ces programmes feront l'acquisition des habiletés techniques et des connaissances reliées à la prestation des services d'anesthésie à une population définie. Ces médecins

développeront une introspection et un jugement appropriés en fonction de l'étendue de leur pratique et de leur contexte de pratique.

Les objectifs du programme de compétences avancées en anesthésiologie respectent les quatre principes de la médecine familiale.

Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace

Lorsqu'il dispense des services anesthésiques, le médecin de famille démontre sa compétence à utiliser l'approche clinique centrée sur le patient. Il recherche la maladie avec sensibilité, compétence et une démarche appropriée et il comprend l'expérience de la maladie telle que vécue par le patient.

Tant par ses connaissances que par ses habiletés, il est un expert dans une vaste gamme d'affections et de problèmes de santé courants au sein de la communauté. Son approche aux soins de santé s'inspire des données scientifiques les plus probantes. Il identifie et traite de façon appropriée les problèmes graves ou rares.

Le résident inscrit dans le programme MF–A **doit** acquérir les connaissances et les habiletés en relation avec :

- Les connaissances de la pharmacologie, de la physiologie et de l'équipement utilisé en anesthésiologie
- L'évaluation des risques et des soins anesthésiques périopératoires
- Les compétences techniques dans l'assistance respiratoire et habiletés anesthésiques dans les domaines de l'obstétrique, de la pédiatrie, des traumatismes et de l'anesthésie régionale.

L'annexe 1 contient un aperçu de l'étendue de la formation que l'on pourrait retrouver dans un curriculum MF–A.

La médecine familiale est communautaire

Les services d'anesthésie desservent la communauté et sont fortement influencés par les facteurs communautaires. Étant membre de la communauté, le médecin de famille qui exerce dans un service d'anesthésiologie est en mesure de répondre aux besoins changeants des individus, de s'adapter rapidement aux circonstances changeantes et de mobiliser les ressources appropriées pour répondre aux besoins des patients.

Le résident dans le programme MF–A **doit** acquérir les connaissances, les habiletés et les attitudes pour être en mesure de:

- Comprendre l'importance des bonnes relations tant à l'intérieur du service d'anesthésiologie qu'avec les autres services hospitaliers et avec les hôpitaux affiliés.
- Maintenir une relation de collégialité avec les consultants et les médecins de famille.

Le médecin de famille est une ressource pour une population définie

Le médecin de famille considère ses patients comme une « population à risque » et sa pratique vise à assurer le maintien de la santé. Ceci présuppose des connaissances et des habiletés pour évaluer l'efficacité des soins dispensés, la capacité d'utiliser efficacement les dossiers médicaux et les autres systèmes d'information, ainsi que la capacité de planifier et de mettre en application des politiques qui favorisent l'amélioration de la santé des patients.

Le médecin de famille adopte des stratégies efficaces d'autogestion de sa formation continue.

Le médecin de famille préconise des politiques sociales qui visent la promotion de la santé.

Le médecin de famille applique les principes d'une utilisation judicieuse des ressources limitées du système de soins de santé.

Le résident MF-A **doit** acquérir les connaissances et les habiletés pour être en mesure:

- D'appliquer les principes de l'assurance de la qualité, de la gestion des risques, de l'amélioration continue de la qualité et de la gestion de la qualité totale. Il devrait également être en mesure de jouer un rôle de leadership dans l'amélioration des services et la surveillance de la qualité des soins dans les services anesthésiques.
- D'acquérir les compétences administratives nécessaires pour intervenir comme ressource communautaire et hospitalière dans la prestation de services anesthésiques.

La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille

Le médecin de famille comprend et apprécie la condition humaine, notamment la nature de la souffrance et la réaction du patient confronté à la maladie. Il reconnaît ses forces et ses limites, et il sait reconnaître une situation conflictuelle entre ses intérêts personnels et l'efficacité des soins.

Il respecte la primauté de la personne. La relation revêt les qualités d'une alliance, c'est-à-dire une promesse par le médecin de respecter son engagement envers le bien-être des patients, que ces derniers soient capables en retour de respecter ou non leurs engagements.

Le médecin de famille prend l'engagement d'assurer à ses patients la continuité des soins. Il assure la liaison avec les ressources de soins de première ligne installées dans la communauté.

Le résident MF-A **doit** acquérir les connaissances et les habiletés pour être en mesure de :

- Démontrer une relation médecin-patient efficace et d'appliquer l'approche clinique centrée sur le patient au contexte des services anesthésiques.
- Démontrer l'efficacité de ses habiletés de communication avec les patients, leurs familles et les collègues.
- Prendre des décisions qui respectent l'éthique dans le service d'anesthésiologie et identifier les aspects médico-légaux qui touchent l'exercice de l'anesthésiologie.

Le programme de formation **doit** fournir :

- Des objectifs précis pour le résident MF–A qui décrivent l'ensemble du programme et ses stages spécifiques.
- Un programme d'enseignement identifié et formel applicable aux résidents MF–A. Ce programme **doit** offrir des occasions d'enseignement clinique, des séminaires, des conférences éducatives structurées, ainsi que d'autres possibilités d'apprentissage jugées nécessaires pour l'atteinte des objectifs du programme. L'acquisition des habiletés d'évaluation critique est essentielle. Les programmes peuvent exiger des résidents qu'ils complètent un projet universitaire ou scientifique. Pour les résidents qui désirent poursuivre un tel projet (recherche, revue de littérature, amélioration de la qualité), le programme devrait leur fournir l'occasion de le faire.
- Des opportunités pour le résident d'acquérir une formation appropriée dans d'autres domaines liés à l'anesthésiologie (p. ex., unité de soins intensifs, unité de soins coronariens, unité de soins intensifs pédiatriques).
- Des opportunités pour le résident d'effectuer une partie de sa formation dans un contexte rural ou régional.
- Des possibilités éducatives qui font en sorte que les résidents maintiennent une responsabilité clinique dans un contexte de médecine familiale. Des alternatives à la « demi-journée hebdomadaire de retour à la clinique » seraient appropriées dans certains centres. Pour les résidents qui désirent assurer la continuité des soins pour leur groupe de patients associés à la composante « demi-journée de retour » de leur programme de médecine familiale, des dispositions doivent être prises pour faciliter ce retour. Pour les résidents dont le programme n'offre pas la « demi-journée de retour » ou pour les

résidents qui sont des médecins de famille expérimentés, une expérience alternative doit être offerte aux résidents, par exemple de passer un mois sous la supervision d'un médecin de famille anesthésiologiste qui maintient une pratique de soins globaux et continus pour un groupe de patients. Dans tous les cas, les résidents doivent maintenir un contact avec le département de médecine familiale, se tenir informés des activités éducatives en médecine familiale et pouvoir assister à ces activités lorsque possible.

- Un système d'évaluation qui s'applique autant aux résidents qu'aux professeurs et qui respecte les principes décrits dans le *Livre rouge*.

Au terme de sa troisième année de formation, le résident possèdera les connaissances et les habiletés nécessaires pour assumer un leadership dans un service communautaire d'anesthésiologie.

Organisation du programme

Le programme de résidence en MF–A **doit** se dérouler en collaboration avec les départements universitaires de médecine familiale et d'anesthésiologie et offrir un curriculum basé sur les objectifs éducatifs en anesthésiologie du Collège des médecins de famille du Canada. Le programme **doit** fonctionner dans le cadre du « Programme de compétences avancées » du département de médecine familiale avec un directeur du programme et un comité de programme pour la formation en compétences avancées qui sera responsable de superviser la formation de tous les résidents qui entreprennent une formation en compétences avancées (voir le *Livre rouge*). Le programme **doit** avoir accès aux ressources de la faculté de médecine, des départements de médecine familiale et d'anesthésiologie et des centres hospitaliers participants.

Le programme de formation en MF–A **doit** fournir un coordonnateur. Ce coordonnateur relèvera du directeur de la formation en compétences avancées pour le département de médecine familiale et du directeur du programme d'anesthésiologie, et il aura une nomination conjointe dans ces départements. Les résidents du programme MF–A relèveront directement de ce coordonnateur. Cet individu **doit** avoir la responsabilité et l'autorité d'assigner les résidents aux stages et aux milieux jugés appropriés.

Le coordonnateur sera secondé dans ses fonctions par un comité de formation postdoctorale en MF–A. Ce comité **doit** inclure des représentants parmi les enseignants participants et les médecins de famille anesthésiologistes. Les représentants des résidents au comité de formation postdoctorale en MF–A **doivent** inclure un résident en MF–A qui aura été choisi par ses pairs et ils recevront une orientation quant à leur rôle et à leurs responsabilités, à la fois comme membres du comité et comme représentants des résidents. Ce comité devrait se réunir au moins quatre fois l’an.

On devrait remettre aux individus qui ont complété leur formation un diplôme ou une autre forme d’attestation de formation complétée indiquant le nom du programme complété et son approbation par le Collège des médecins de famille du Canada.

Ressources

Ressources d’enseignement clinique

Le programme de formation **doit** fournir :

- Un soutien adéquat en termes de ressources administratives et éducatives.
- Des services d’anesthésie dans des installations appropriées. Le volume et la variété du travail dans les établissements affiliés au programme **doivent** être suffisants pour fournir une exposition adéquate à tous les services anesthésiques dispensés aux adultes, aux enfants et aux patientes obstétricales. Le programme **doit** assurer une exposition adéquate à toute la gamme des groupes d’âge et des antécédents démographiques et ethnoculturels.
- Des milieux d’apprentissage où des médecins de famille dispensent certains services anesthésiques.
- Une expérience interdisciplinaire qui insiste sur le rôle du MF–A dans la prestation globale de services de soins de santé.

Ressources professorales

Le programme de formation **doit** avoir :

- Des professeurs qualifiés et en nombre suffisant, certains ayant des responsabilités dans les départements de médecine familiale et d’anesthésiologie, afin de superviser les résidents et de dispenser l’enseignement.

- Des professeurs impliqués dans le programme de résidence en médecine familiale / anesthésiologie qui sont familiers avec les quatre principes de la médecine familiale dans leur application à l'anesthésiologie, tel que décrit dans les critères d'agrément du CMFC.

L'envergure du curriculum du programme de résidence en Médecine familiale / Anesthésiologie

La disponibilité des services anesthésiques et chirurgicaux améliore la prestation des soins de santé dans les communautés rurales. De plus, la présence d'un service d'anesthésiologie dans les hôpitaux communautaires contribue à maintenir une base d'expertise et de compétences dans les régions rurales.

La responsabilité personnelle du médecin à l'égard de sa formation médicale continue et de l'acquisition des habiletés doit être inculquée pendant la formation. Tous les médecins devraient être sensibilisés aux problèmes d'atteinte fonctionnelle causés par la fatigue ou la chimiodépendance, ainsi qu'à la nécessité d'une amélioration continue de la qualité et de la révision par les pairs.

Au terme du programme de formation en médecine familiale / anesthésiologie, le résident aura acquis les compétences de base suivantes :

A. Connaissance de la discipline de l'anesthésiologie

1. Connaît les différences anatomiques, physiologiques et pharmacologiques entre les enfants, les adolescents, les adultes, les femmes enceintes et les personnes âgées.

Objectifs opérationnels :

- Connaissance du guide de pratique de la Société canadienne d'anesthésiologie.
- Connaissance de l'anatomie et de la physiologie des voies respiratoires et des systèmes suivants – cardiovasculaire, respiratoire, rénal, hépatique, endocrinien, neurologique et hématologique.
- Connaissance de la pharmacologie des médicaments administrés par inhalation, des agents utilisés pour l'induction, des opioïdes et autres analgésiques courants, des relaxants musculaires et des agents d'inversion, des anesthésiques locaux et des médicaments utilisés pour la réanimation cardiaque.

- Connaissance des médicaments thérapeutiques couramment utilisés et autres produits du domaine de la santé, ainsi que leurs interactions avec les agents anesthésiques.
2. Identifie les variables physiopathologiques qui ont un impact sur l'utilisation des agents et des techniques anesthésiques.

Objectifs opérationnels :

- Connaissance des effets sur la pharmacologie lorsque les fonctions cardiovasculaire, respiratoire, rénale, hématologique, hépatique et neurologique sont diminuées.
3. Peut appliquer ses connaissances pour créer des plans anesthésiques concernant les médicaments et les techniques anesthésiques.

Objectifs opérationnels :

- Connaissance des indications et des contre-indications, des risques et des avantages des techniques anesthésiques générales.
- Connaissance des indications et des contre-indications, des risques et des avantages des techniques anesthésiques régionales, y compris les blocs du système neuro-axial central.
- Connaissance des questions bioéthiques de base rencontrées dans l'exercice de l'anesthésiologie, y compris le consentement éclairé.
- Démonstration des habiletés à établir et à maintenir un soutien cardiovasculaire et respiratoire.

B. Soins anesthésiques périopératoires

B.1. Évaluation du risque préopératoire

1. évaluation du risque préopératoire afin d'identifier les affections médicales, les limitations de l'établissement et les limitations personnelles nécessitant un transfert approprié du patient.

Objectifs opérationnels :

- Démontre ses habiletés cliniques dans son évaluation préanesthésique des voies respiratoires et des systèmes corporels
- Conseille les patients afin d'optimiser les interventions médicales

- Conseille les patients au sujet des risques et des avantages du plan anesthésique, y compris les plans prévus pour transférer le patient.

B.2. Soins intraopératoires

1. Démontre ses habiletés pour exercer l'anesthésiologie de façon indépendante.

Objectifs opérationnels:

- Élaboration de plans anesthésiques appropriés avec surveillance adéquate
- Anticipation des problèmes et capacité de les prendre en charge.

B.3. Soins postopératoires

1. Démontre ses habiletés pour les soins postopératoires.

Objectifs opérationnels:

- Démontre sa capacité de faire les choix appropriés dans la prise en charge des soins postopératoires, y compris le traitement de la douleur aiguë, par des techniques d'anesthésie locale et d'analgésie intraveineuse contrôlée par le patient.

C. Réanimation et maintien des fonctions vitales

1. Démontre ses habiletés dans la réanimation et le maintien des fonctions vitales des enfants et des adultes gravement malades.

Objectifs opérationnels :

- Démontre ses habiletés dans la réanimation initiale (par exemple des cours de réanimation comme PALS, NALS, ACLS, et ATLS).

D. Compétence technique

1. Connaît la structure et le fonctionnement de l'équipement utilisé en anesthésie.

Objectifs opérationnels :

- Offrir son expertise à la communauté concernant l'acquisition et le maintien de l'équipement anesthésique
- Utiliser de façon appropriée les composantes de l'appareil utilisé pour l'anesthésie (circuits pour l'administration des substances anesthésiques, vaporisateurs, ventilateurs, systèmes d'épuration)

- Utiliser de façon appropriée les moniteurs, les appareils de ventilation, ainsi que les instruments d'accès vasculaire
 - Pouvoir détecter un dysfonctionnement de l'équipement ou un appareil dont les données sont erronées
 - Démontrer son utilisation appropriée de l'équipement anesthésique, y compris d'effectuer une vérification pré-anesthésie de l'appareil d'anesthésie selon les normes de la Société canadienne des anesthésiologistes
2. Démontrer un niveau acceptable de compétence pour le niveau de formation concernant les techniques couramment utilisées dans l'exercice de l'anesthésie.

Objectifs opérationnels :

- Démontrer les habiletés cliniques nécessaires pour une prise en charge compétente des voies respiratoires avec une variété convenable d'habiletés de remplacement, y compris certaines habiletés de prise en charge invasives.
- Démontrer ses habiletés cliniques pour installer un accès vasculaire et les systèmes de monitoring – non invasifs et invasifs, y compris l'insertion d'une ligne artérielle et d'une ligne veineuse centrale
- Démontrer ses habiletés cliniques à appliquer des techniques d'analgésie et d'anesthésie régionale en utilisant les blocs neuro-axiaux et nerveux périphériques
- Démontrer les habiletés cliniques nécessaires pour la prise en charge de l'analgésie pendant le travail et de l'anesthésie obstétricale
- Démontrer les habiletés cliniques nécessaires pour l'administration de l'anesthésie aux enfants, à l'exclusion des nouveau-nés et des nourrissons

CLINICIEN ÉRUDIT : NORMES POUR L'AGRÈMENT DU PROGRAMME DU CLINICIEN ÉRUDIT

Les normes propres au programme du clinicien érudit sont à la fois conformes et complémentaires aux normes qui s'appliquent à la médecine familiale et servent à préciser les Normes B dans la mesure où elles s'appliquent à l'éducation des médecins de famille.

Introduction

Le principal objectif du programme du clinicien érudit (PCE) est de favoriser le développement de carrière de médecins de famille en recherche et dans les domaines universitaires variés au Canada. À la fin du programme, les résidents auront acquis des bases solides comme clinicien érudit et/ou chercheur. Aux fins de ce programme, le travail de recherche englobera non seulement les domaines traditionnels de la recherche clinique, mais aussi des domaines comme l'économie et la gestion ainsi que les sciences sociales, les sciences du comportement et les sciences de l'information, dans la mesure où elles s'appliquent à la santé et à la maladie. En outre, les résidents qui souhaitent faire carrière dans les domaines de la déontologie médicale, l'histoire de la médecine ou la recherche en pédagogie peuvent également être admissibles à ce programme.

Le programme offrira un parcours structuré de formation postdoctorale en médecine familiale qui répond aux actuelles exigences du Collège des médecins de famille du Canada tout en assurant une formation intégrée, structurée et rigoureuse en recherche et en érudition.

Deux parcours sont possibles pour les résidents inscrits au PCE :

1. Une à deux années additionnelles de formation après la résidence en médecine familiale (selon que la personne fait uniquement le programme ou qu'elle fait simultanément un autre diplôme de troisième cycle),

OU

2. Un programme intégré de trois ans à la fin duquel le résident sera admissible à la certification en médecine familiale et recevra une attestation de formation en tant que clinicien érudit.

Les résidents qui terminent ce programme devraient avoir acquis une base solide en tant que clinicien érudit ou chercheur. Aux fins de ce programme, le travail d'érudition comprend non

seulement les champs traditionnellement visés par la recherche clinique, mais aussi les domaines de l'économie et la gestion, les sciences sociales et comportementales et informatiques, entre autres, tels qu'ils s'appliquent à la santé et à la maladie. De plus, les résidents qui souhaitent faire carrière dans les domaines de l'éthique médicale, la recherche historique ou médicale ou la formation sont admissibles à ce programme.

Cursus

Le programme d'études sera en grande partie axé sur les intérêts, les besoins en matière d'apprentissage et les objectifs de carrière des résidents. Les options d'études choisies durant ce programme peuvent et devraient englober une variété d'intérêts professionnels ou scientifiques, comme la recherche clinique, la bioéthique ainsi que la théorie et la recherche en pédagogie. Des précepteurs chevronnés dans chacun de ces domaines devront pouvoir soutenir les intérêts et options des résidents.

Le contenu clinique, académique et de recherche du programme **doit** être à un niveau correspondant à celui d'études universitaires postdoctorales. La qualité de l'érudition sera démontrée, en partie, par le haut niveau de productivité scientifique des superviseurs, mentors et groupes de recherche désignés pour participer au PCE.

Un énoncé qui définit clairement les objectifs de chaque PCE ainsi que les objectifs d'apprentissage des résidents **doit** être élaboré. Les buts et objectifs généraux du PCE sont énumérés ci-après. À partir de ces objectifs généraux, des objectifs d'apprentissage pour le volet recherche du programme doivent être élaborés pour chaque résident. Ces objectifs seront un élément important des évaluations provisoires des progrès des résidents et ils serviront à vérifier si le volet recherche a été réalisé.

1. À la fin du volet érudit du programme, le candidat devrait posséder les connaissances, les compétences et les attitudes indispensables pour entreprendre une carrière d'érudit en santé. Dans la plupart des cas, les candidats devront suivre une formation additionnelle spécifique à leur domaine d'intérêt pour pouvoir faire carrière en tant qu'érudit indépendant.
2. Le PCE devrait également offrir la possibilité d'intégrer les activités d'érudition et les soins cliniques. Pendant les périodes consacrées à la recherche, une partie du temps peut être consacrée à des activités cliniques liées au domaine d'intérêt du candidat;

cependant, la plus grande partie du temps (au moins 80 pour cent) **doit** être consacrée à la recherche ou à des activités d'érudition.

Ressources

1. Un coordonnateur du PCE relevant du directeur du programme de compétences avancées **doit** être nommé.
2. Un comité du programme du PCE **doit** être mis en place et du support administratif doit être assuré pour aider le coordonnateur du PCE à planifier, à organiser et à superviser le programme. Ce comité doit se composer de représentants des résidents et de tuteurs reflétant la gamme d'options de formation offertes. Le comité fera rapport, par l'intermédiaire du comité des compétences avancées, au comité du programme de la résidence.
3. Le programme **doit** offrir suffisamment de ressources, incluant professeurs, ressources techniques et physiques et services de soutien, pour permettre à tous les résidents inscrits d'atteindre leurs objectifs d'apprentissage.
4. Le milieu de formation doit être riche en activités pédagogiques (p. ex. clubs de lecture, séries de séminaires, retraites) et doit appuyer le transfert de connaissances en actions.
5. Un processus **doit** être mis en place pour s'assurer que les superviseurs et les membres des comités consultatifs sont qualifiés pour superviser les résidents du PCE.
6. Chaque résident **doit** se voir attribuer un superviseur. Celui-ci doit être un érudit indépendant et répondre aux exigences du comité du PCE et, le cas échéant, à la Faculté des études supérieures de l'université. Les superviseurs des résidents inscrits à des programmes d'études supérieures doivent être approuvés par la Faculté des études supérieures.
7. Les superviseurs du PCE **doivent** avoir démontré une productivité scientifique (manuscrits, résumés, présentations), une réputation internationale/nationale dans le domaine et de l'expérience en supervision d'étudiants des cycles supérieurs.

8. Les superviseurs et les comités consultatifs de tous les résidents des PCE **doivent** être approuvés par le comité du programme du PCE. Leurs responsabilités seront les suivantes :
- a) La supervision du programme de recherche individuelle
 - b) Le mentorat des volets recherche et clinique
 - c) L'évaluation des compétences en recherche
 - d) Les évaluations en cours de formation

MÉDECINE PALLIATIVE : NORMES SPÉCIFIQUES D'AGRÈMENT DES PROGRAMMES D'UNE ANNÉE DE FORMATION SUPPLÉMENTAIRE EN MÉDECINE PALLIATIVE

Agrément conjoint du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada.

Introduction

L'Association canadienne des soins palliatifs définit la discipline comme suit :

« Les soins palliatifs visent à soulager les souffrances et à améliorer la qualité de vie des personnes qui sont à un stade avancé de leur maladie, de celles qui sont en fin de vie, et de celles qui vivent un deuil. »

L'Organisation mondiale de la santé a défini comme suit les soins palliatifs :

« Les soins actifs complets aux patients dont la maladie ne répond pas aux thérapies curatives. Le soulagement de la douleur et d'autres symptômes, ainsi que la maîtrise des problèmes d'ordre psychologique, social et spirituel, y revêtent une importance capitale. Le but des soins palliatifs est de procurer la meilleure qualité de vie possible aux patients et à leur famille. Plusieurs aspects des soins palliatifs s'appliquent également aux périodes initiales dans l'évolution de la maladie.»

Un programme agréé en médecine palliative offre une formation avancée, après l'obtention du certificat, aux médecins qui souhaitent acquérir des compétences additionnelles dans cette discipline. Au terme de leur formation, les médecins seront en mesure d'offrir des services secondaires de consultation spécialisée à l'appui des autres médecins et de leurs patients et ils auront acquis la formation clinique de base nécessaire à la poursuite d'une carrière universitaire en médecine palliative.

L'atteinte des buts et des objectifs éducatifs à la fois du CMFC et du CRMCC

Un programme conjoint en médecine palliative doit tenir compte des buts éducatifs fondamentaux des deux collèges.

Les paramètres éducatifs du CMFC se fondent sur les quatre principes de la médecine familiale :

1. La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille.
2. Le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace.
3. La médecine familiale est communautaire.

4. Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients.

Ces principes font l'objet d'une description détaillée dans la brochure du CMFC intitulée Agrément des programmes de résidence et certification.

Le CRMCC a établi des buts éducatifs généraux semblables, qui sont énoncés dans la brochure Normes générales d'agrément. Ce document fait aussi référence aux rôles de CanMEDS 2000 d'expert médical, de communicateur, de collaborateur, d'administrateur, de promoteur de la santé, de chercheur scientifique et de professionnel.

La structure administrative

Il **doit** exister une structure administrative appropriée pour chaque programme de résidence.

Interprétation :

1. Il doit y avoir un directeur ou une directrice de programme dont les qualifications sont acceptables aux deux collèges, qui assume la responsabilité de la direction générale du programme de résidence intégré. Cette personne **doit** jouir du temps et du soutien voulus pour superviser et administrer le programme. Le directeur du programme se rapporte au chef du ou des départements parrains, ainsi qu'au vice-doyen de l'éducation postdoctorale de la faculté. Les collègues **doivent** être informés de la nomination d'une nouvelle personne à la direction du programme.
2. Il **doit** y avoir une personne chargée de la coordination ou de la supervision se rapportant au directeur du programme, dans chaque établissement ou institution qui participe au programme. Il faut des rapports soutenus entre le directeur du programme et les coordonnateurs.
3. Il **doit** y avoir un comité du programme de résidence pour assister le directeur du programme dans la planification, l'organisation et la supervision du programme. Le comité:
 - a) **doit** être composé à la fois de médecins de famille et de spécialistes;
 - b) devrait inclure des coordonnateurs de chacune des principales composantes du programme;
 - c) **doit** compter au nombre de ses membres des représentants des résidents, dont au moins un **doit** être élu par ses pairs;

- d) **doit** se réunir régulièrement, au moins chaque trimestre, et tenir le procès-verbal de ses réunions.
4. Au nombre des responsabilités du directeur du programme, assumées avec l'appui du comité du programme de résidence, figurent les suivantes :
- a) l'élaboration et la prestation du programme de sorte qu'il se conforme aux normes générales d'agrément des deux collèges et aux normes spécifiques d'agrément telles que stipulées dans le présent document;
 - b) la sélection des candidats et des candidates qui seront admis au programme, ainsi que l'évaluation des résidents inscrits au programme, conformément aux politiques établies par le comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté;
 - c) 3. le maintien d'un mécanisme d'appel. Le comité du programme de résidence devrait être saisi des appels interjetés par les résidents, en faire l'étude et, le cas échéant, renvoyer la question au comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté;
 - d) la mise sur pied de mécanismes pour offrir des services de planification et de conseils en matière de carrière et pour aborder les problèmes associés au stress;
 - e) une revue constante du programme en vue d'évaluer la qualité de l'expérience éducative et d'examiner les ressources à la disposition du programme, afin de tirer le maximum d'avantages de l'intégration des différentes composantes du programme. Au nombre des facteurs dont il faut tenir dans cette revue figure l'opinion des résidents.

Il faut une interaction et une communication appropriée entre le corps professoral et les résidents, dans un climat de franchise et de collégialité, de sorte qu'il soit possible de discuter librement et sans contrainte des forces et des faiblesses du programme. Cette revue **doit** comporter ce qui suit :

- a) une évaluation de chaque composante du programme pour assurer que les objectifs éducatifs sont atteints;
- b) une évaluation de l'attribution des ressources pour assurer l'efficacité optimale dans l'utilisation des ressources et des aménagements;

- c) une évaluation de l'enseignement dispensé dans le programme, notamment l'enseignement dans des domaines comme l'éthique biomédicale, les enjeux médico-légaux, l'art de l'enseignement et de la communication, les questions associées à l'assurance et à l'amélioration de la qualité, à l'équité, à l'administration et à la gestion; et
- d) une évaluation des professeurs du programme.

En plus des responsabilités du directeur du programme et du comité du programme de résidence énoncées plus tôt, le directeur du programme doit présenter, par l'entremise du bureau du vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale, un rapport annuel aux collègues, donnant des renseignements sur les candidats au programme, les personnes inscrites, les diplômés du programme et ceux et celles qui ont abandonné le programme avant terme. Un formulaire de rapport annuel sera envoyé par les collègues, à l'automne, sollicitant cette information pour l'année universitaire en cours.

Les buts et les objectifs

Il **faudrait** avoir un énoncé clairement formulé des buts du programme de résidence et des objectifs éducatifs des résidents et résidentes.

1. Les buts du programme :

Les buts généraux du programme sont les suivants :

- a) grâce à l'acquisition de compétences additionnelles dans le domaine de la médecine palliative, former des médecins qui dispenseront des services de première ligne et de consultation en soins palliatifs;

ET

- b) offrir une formation clinique et une formation universitaire initiale de base aux médecins qui poursuivront une carrière universitaire en médecine palliative.

2. Les objectifs éducatifs du programme

Les résidents qui auront achevé avec succès le programme auront acquis une vaste compréhension des principes et de la philosophie de la médecine palliative, ainsi que le savoir, les habiletés et les attitudes qui sont essentielles à son exercice.

(Nota : Étant donné que les collègues ont recours à des modes différents de présentation des objectifs, chacun des objectifs généraux suivants se conforme au modèle approuvé par le Collège royal et est associé à l'un des quatre principes de la médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada qui s'applique.)

Objectif général 1

(Principe #1 - La relation médecin-patient)

Le résident ou la résidente sera en mesure de décrire les comportements médicaux et sociétaux envers la mort et la fin de la vie.

Objectifs spécifiques

Les résidents seront en mesure de :

- 1.1 décrire les comportements contemporains face à la mort et à la fin de la vie;
- 1.2 identifier les questions entourant la mort et la fin de la vie qui sont propres aux cultures, aux croyances spirituelles et aux traditions différentes;
- 1.3 décrire les obstacles actuels à la prestation de meilleurs soins aux personnes mourantes;
- 1.4 définir les soins palliatifs et décrire leurs principes fondamentaux.

Objectif général 2

(Principe #1 - La relation médecin-patient)

Le résident ou la résidente sera en mesure de faire preuve d'une approche axée sur la personne tout entière (centrée sur le patient) dans la prestation des soins aux patients mourants et à leur famille.

Objectifs spécifiques

Les résidents seront en mesure de :

- 2.1 décrire les enjeux d'ordre physique, psychologique, social et spirituel qui confrontent les patients mourants et leur famille;
- 2.2 faire preuve de leur aptitude à travailler avec le patient et sa famille en vue d'établir des objectifs communs, centrés sur le patient, concernant la prestation des soins;
- 2.3 démontrer leurs aptitudes dans l'art de la communication efficace dans leurs rapports avec les patients en phase terminale et leur famille, notamment le tact voulu dans la transmission de mauvaises nouvelles;

- 2.4 faire preuve d'une approche systématique dans le travail avec les familles des patients mourants, notamment dans les conseils aux personnes en deuil.
- 2.5 faire preuve d'un engagement constant envers un patient et sa famille du moment initial de la consultation en médecine palliative pour cause de maladie mortelle incurable, jusqu'au décès du patient et envers sa famille après la mort.

Objectif général 3

(Principe #1 - La relation médecin-patient)

Le résident ou la résidente manifestera sa prise de conscience de ses propres questions et préoccupations personnelles face à la mort et à la fin de la vie.

Objectifs spécifiques

Les résidents seront en mesure de :

- 3.1 décrire leurs propres préoccupations entourant les rapports avec des patients mourants et leur famille;
- 3.2 démontrer une prise de conscience de la façon dont leurs propres expériences personnelles avec la mort et la fin de la vie influencent leurs attitudes; et
- 3.3 décrire des stratégies pour prendre en charge leur propre stress dans leurs rapports avec les personnes mourantes.

Objectif général 4

(Principe #2 - Un clinicien efficace)

Le résident ou la résidente saura faire preuve d'un savoir, d'aptitudes et d'attitudes efficaces dans la façon d'aborder l'interaction complexe des besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des patients mourants et de leur famille.

Objectifs spécifiques

Les résidents seront en mesure de :

- 4.1 faire preuve des aptitudes diagnostiques et thérapeutiques propres aux consultants pour dispenser des soins déontologiques et propices aux patients;
- 4.2 prendre en charge efficacement la douleur;
- 4.3 faire preuve d'un savoir approfondi de l'évaluation et de la classification de la douleur, de la neurophysiologie de la douleur, de la pharmacologie des médicaments utilisés dans la

- prise en charge de la douleur et des symptômes, ainsi que de la pathophysiologie d'autres symptômes;
- 4.4 traiter d'autres symptômes physiques, en particulier la dyspnée, la constipation, les problèmes dermatologiques et buccaux, l'agitation en phase terminale, le délire, la nausée et les vomissements;
 - 4.5 faire preuve d'une bonne compréhension des principes courants concernant le cancer, sa pathophysiologie et sa prise en charge;
 - 4.6 identifier les questions psychologiques associées aux maladies pouvant être mortelles et les stratégies qui pourraient se révéler utiles quand elles sont abordées;
 - 4.7 décrire le processus de l'affliction normale et les manifestations inhabituelles de l'affliction;
 - 4.8 manifester des aptitudes à travailler avec la famille de patients mourants;
 - 4.9 manifester des aptitudes à offrir du counseling éducatif aux patients mourants et à leur famille; et
 - 4.10 identifier les besoins sociaux et existentiels auxquels sont aux prises les patients et leur famille et les stratégies qui pourraient se révéler utiles pour y répondre.

Objectif général 5

(Principe #2 - Un clinicien compétent)

Le résident ou la résidente sera en mesure de collaborer à titre de membre efficace d'une équipe multidisciplinaire.

Objectifs spécifiques

Les résidents seront en mesure de :

- 5.1 décrire le rôle exercé par les autres disciplines dans la prestation des soins palliatifs;
- 5.2 participer à la prestation des soins multidisciplinaires aux patients, y compris aux conférences avec la famille;
- 5.3 communiquer de manière efficace avec les autres membres de l'équipe;
- 5.4 faire preuve des aptitudes appropriées pour éduquer les membres de l'équipe multidisciplinaire et apprendre de ces derniers;
- 5.5 agir à titre de modèle à suivre pour les autres résidents et médecins; et

- 5.6 faire preuve d'aptitudes efficaces en art de la consultation et de la communication en travaillant avec les médecins traitants.

Objectif général 6

(Principe #3 - Une médecine communautaire)

Le résident ou la résidente sera en mesure de faire preuve des aptitudes et du savoir requis dans la prise en charge des patients qui sont traités dans le contexte de divers régimes de soins.

Objectifs spécifiques

Les résidents seront en mesure de :

- 6.1 décrire les modèles de prestation des soins palliatifs et leur utilisation;
- 6.2 décrire les facteurs sociétaux et environnementaux pertinents aux soins dispensés aux personnes mourantes;
- 6.3 décrire les obstacles à la prestation des soins qui se posent entre les divers milieux;
- 6.4 décrire le rôle des médecins de famille et des spécialistes dans les soins à dispenser aux patients en phase terminale; et
- 6.5 faire preuve de l'aptitude à travailler efficacement au sein des programmes de soins palliatifs institutionnalisés et communautaires.

Objectif général 7

(Principe #3 - Une médecine communautaire)

Le résident ou la résidente fera preuve d'aptitudes à traiter les patients à domicile.

Objectifs spécifiques

Les résidents seront en mesure de :

- 7.1 décrire les éléments que comportent de bons soins à domicile;
- 7.2 avoir les connaissances voulues et la capacité de faire des visites à domicile aux patients mourants;
- 7.3 décrire les ressources communautaires disponibles pour appuyer les patients à leur domicile;
- 7.4 décrire une approche à la prestation des soins à domicile aux dernières heures du patient et les responsabilités du médecin au moment du décès;
- 7.5 décrire le rôle du médecin dans le traitement des patients à domicile;

- 7.6 décrire le rôle des consultants en soins palliatifs; et
- 7.7 plaider la cause des patients concernant leurs besoins de soins à domicile.

Objectif général 8

(Principe #4 - Une ressource pour une population définie de patients)

Le résident ou la résidente sera en mesure de démontrer sa capacité d'intégrer les normes acceptées des soins palliatifs à leur exercice de la médecine.

Objectifs spécifiques

Les résidents seront en mesure de :

- 8.1 devenir un modèle à suivre en faisant preuve de leur habileté dans la prestation des soins aux personnes mourantes;
- 8.2 élaborer une approche proactive dans la prise en charge des attentes et des besoins des patients et de leur famille;
- 8.3 apporter leur contribution aux programmes de soins palliatifs institutionnalisés et communautaires en élaborant des normes de soins conformes aux normes acceptées.

Objectif général 9

(Principe #4 - Une ressource pour une population définie de patients)

Le résident ou la résidente sera en mesure d'intégrer un processus décisionnel fondé sur des données probantes aux soins dispensés aux patients mourants et à leur famille.

Objectifs spécifiques

Les résidents seront en mesure de :

- 9.1 de consulter les ouvrages scientifiques pour les aider à résoudre des problèmes cliniques; et
- 9.2 mettre en pratique leurs aptitudes en évaluation critique dans la consultation des ouvrages scientifiques sur la médecine palliative.

Objectif général 10

(Principe #1 - La relation médecin-patient)

Le résident ou la résidente sera en mesure de discuter des questions déontologiques auxquelles sont confrontés les patients mourants, leur famille et leurs médecins, notamment les décisions

entourant les derniers moments, les directives préalables, la planification des soins, la capacité de jugement, l'euthanasie et le suicide assisté.

Objectifs spécifiques

Les résidents seront en mesure de :

- 10.1 faire valoir les paramètres généraux d'un processus décisionnel déontologique;
- 10.2 décrire une approche pour gérer les questions déontologiques particulières aux derniers moments de la vie, notamment le retrait ou le maintien de la thérapie, les directives préalables, l'euthanasie et le suicide assisté;
- 10.3 faire preuve d'intégrité, d'honnêteté et de compassion dans les soins aux patients; et
- 10.4 agir à titre de défenseurs efficaces des droits des patients et de leur famille dans des situations cliniques comportant de sérieux enjeux déontologiques.

Le contenu et l'organisation du programme

Il faut avoir un programme organisé de stages et autres expériences éducatives, à la fois obligatoires et optionnels, conçu pour donner à chaque résident et résidente l'occasion de satisfaire aux exigences de formation et d'acquérir les compétences requises dans ce programme.

Il faut accorder aux résidents des responsabilités professionnelles individuelles, d'importance progressive et sous supervision appropriée, en fonction de leur degré de formation, de compétence et d'expérience.

Voici les exigences éducatives minimales en médecine palliative. Une expérience additionnelle peut être exigée par le directeur ou la directrice du programme.

1. Les conditions préalables :
 - a) avoir satisfait aux exigences éducatives du CMFC pour l'obtention du certificat;OU
 - b) avoir satisfait aux exigences éducatives du CRMCC pour l'obtention du certificat.
2. Les exigences du programme : Ce programme d'une année en médecine palliative **doit** comporter :
 - a) une composante principale d'au moins neuf mois d'expérience clinique supervisée en soins palliatifs;

- b) une expérience éducative en oncologie, à moins qu'elle n'ait été acquise auparavant;
 - c) une expérience combinée en milieu institutionnel et en milieu communautaire;
 - d) la possibilité d'une continuité dans l'expérience des soins tant à domicile qu'en établissement, pendant toute la durée du programme;
 - e) des soins et un enseignement dispensés sur une base multidisciplinaire;
 - f) trois mois de stages optionnels conçus pour compléter l'expérience principale, prenant en considération l'expérience préalable et les besoins d'apprentissage des résidents; et
 - g) un projet de nature scientifique.
3. Pour répondre de manière satisfaisante aux exigences de formation en médecine palliative du CMFC et du CRMCC, les résidents **doivent** :
- a) avoir complété avec succès un programme d'une année en médecine palliative agréé par le CMFC et le CRMCC, dans lequel ils étaient inscrits pour l'année complète;
 - b) avoir complété un projet scientifique obligatoire, comme la publication d'un rapport de cas, une évaluation des ouvrages scientifiques ou la participation à un projet de recherche;
 - c) avoir obtenu le certificat du CMFC ou du CRMCC.

Ressources

Il **faudrait** disposer de ressources suffisantes, notamment au chapitre du corps professoral, du nombre et de la variété de patients, des ressources physiques et techniques, de même que des aménagements et services d'appoint, permettant de donner à tous les résidents et résidentes du programme l'occasion de réaliser les objectifs éducatifs et de recevoir une formation complète dans ce programme.

Les milieux d'apprentissage **doivent** comporter des expériences qui facilitent l'acquisition des connaissances, des compétences et des comportements reliés aux facteurs d'âge, de sexe, de la culture et d'origine ethnique pertinents à la médecine palliative.

Le programme **doit** comporter les éléments suivants :

1. L'éventail complet des programmes de soins palliatifs :
 - des unités de soins palliatifs institutionnelles (actifs et chroniques);

- en milieu communautaire;
- sur une base ambulatoire.

Il faut procéder régulièrement à une évaluation des établissements d'enseignement.

2. Une expérience auprès des patients qui :

- n'est pas exclusive aux soins oncologiques;
- comporte une responsabilité auprès des patients, à titre de consultant et de dispensateur direct de soins;
- comporte un nombre suffisant de patients dans chacun des milieux.

3. Un corps professoral multidisciplinaire, notamment :

- des professeurs universitaires expérimentés en médecine palliative dotés d'une nomination universitaire;
- des médecins consultants en médecine palliative (à la fois des médecins de famille et des médecins spécialistes);
- des professeurs expérimentés dans d'autres spécialités médicales et d'autres disciplines comme les soins infirmiers, le travail social et la théologie.

4. Des services d'appoint :

- des services administratifs appropriés à l'appui du programme;
- l'accès à des ressources diagnostiques appropriées, notamment l'échographie, l'IRM et la tomographie par ordinateur pour effectuer les corrélations pathophysiologiques avec les symptômes;
- l'accès à des radiologistes d'intervention pour effectuer des procédures comme l'insertion d'endoprothèses biliaires ou vasculaires;
- l'accès à des anesthésistes qui exécutent des interventions de bloc nerveux et des épidurales;
- des ressources en counseling lié aux soins palliatifs comme des travailleurs sociaux, des psychiatres et des psychologues spécialisés dans les soins à dispenser aux patients mourants et à leur famille;

- la technologie informatique aux fins de recherche des ouvrages scientifiques, de gestion des bases de données, de production de matériel pédagogique et autres fins éducatives.

Les aspects pédagogiques et scientifiques du programme

Les aspects pédagogiques et scientifiques du programme doivent être conformes au concept de l'éducation postdoctorale universitaire. La qualité de l'enseignement du savoir dans le programme sera en partie démontrée par un esprit de curiosité scientifique au cours des discussions cliniques, des séminaires, des tournées d'enseignements et des conférences. Ce savoir suppose une compréhension en profondeur des mécanismes à la base des états normaux et anormaux et l'application des connaissances courantes à la pratique.

Interprétation :

1. Des activités scientifiques organisées, telles que les clubs de lecture, les séminaires et les conférences de recherche, **doivent** régulièrement faire partie de chaque programme.
2. Le programme pédagogique **doit** comporter un enseignement structuré des sciences fondamentales et cliniques pertinentes à la médecine palliative.
3. Il **faut** désigner un membre du corps professoral à qui il incombe de faciliter la participation des résidents à la recherche et aux autres travaux scientifiques.
4. Tous les programmes **doivent** favoriser le développement d'aptitudes en auto-évaluation et en apprentissage continu permanent. Dans ce but, le programme devrait offrir des possibilités aux résidents de participer à des conférences à l'extérieur de leur propre université.

L'évaluation du rendement des résidents et résidentes

Il **faut** des mécanismes en place pour assurer la collecte et l'interprétation systématiques des données d'évaluation pour chacun et chacune des résidents inscrits au programme.

Il devrait y avoir un processus d'évaluation qui répond aux critères des deux collègues. Les évaluations doivent être effectuées en temps opportun, être pertinentes aux objectifs du programme et s'y rapporter.

Étant donné qu'il n'y a pas d'évaluation sommative effectuée sur le plan national, il importe tout particulièrement que l'évaluation des résidents du programme soit rigoureuse et bien documentée. Les

programmes **doivent** disposer d'un plan complet d'évaluation, comportant notamment les critères et les méthodes d'évaluation, fondés sur les objectifs du programme. Les évaluations du rendement de chacun et chacune des résidents du programme sont conservées en dossier au bureau du vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale aux fins d'examen lors des visites d'agrément. L'évaluation finale devra aussi porter sur le projet scientifique obligatoire réalisé par le résident ou la résidente.

Pour chacun et chacune des résidents ayant achevé le programme avec succès, de l'avis du directeur ou de la directrice de programme, un formulaire d'«Attestation d'achèvement de programme» sur papier à en-tête de l'université doit être remis au Collège. Ces formulaires seront envoyés au programme pour chacun et chacune des résidents qui figurent dans le rapport annuel comme ayant terminé avec succès l'année prescrite du programme.

CATÉGORIES D'AGRÈMENT

Chaque programme soumis à l'examen du Comité de l'agrément reçoit un statut d'agrément ou se voit attribuer une catégorie d'agrément, tel qu'il est expliqué ci-dessous. Afin de préserver l'intégrité du programme, le Comité de l'agrément n'accorde aucun agrément distinct aux composantes individuelles d'un programme; l'agrément s'applique plutôt à l'ensemble du programme.

Nouveau programme agréé

Définition :

- Fait suite à une demande acceptable d'agrément d'un programme de résidence.
- Dans les 24 mois suivant l'inscription d'un résident à ce programme, celui-ci doit faire l'objet d'une révision interne exigée par le Collège.
- La révision peut être reportée jusqu'à ce que les premiers résidents inscrits aient atteint la portion propre à la spécialité, c'est-à-dire après l'année clinique de base ou les années de fondements chirurgicaux, afin d'évaluer les aspects pédagogiques propres au programme.

Programme agréé

Définition :

- Programme faisant preuve d'un niveau acceptable de conformité aux normes.

Le suivi du programme sera réalisé de la façon suivante :

- Visite d'agrément régulière externe dans six ans
- Révision interne normale par l'université (sous la régie de l'université), au milieu du cycle universitaire

En plus de la visite d'agrément régulière externe et de la révision interne normale régie par l'université, un suivi peut s'avérer nécessaire selon l'un ou l'autre des procédés suivants :

- Rapport d'étape

Définition :

- Une ou des faiblesses particulières sont signalées, qui doivent donner lieu à un suivi portant uniquement sur les faiblesses identifiées. Il n'est pas nécessaire de procéder à la révision complète de l'ensemble du programme.
- Le rapport d'étape doit être transmis par écrit par le directeur de programme dans un délai de 12 à 18 mois.

OU

- Révision interne exigée par le Collège

Définition :

- Des faiblesses majeures sont signalées concernant plusieurs normes.
- Il y a lieu de procéder à une révision interne du programme et celle-ci est menée par l'université.
- La révision interne doit être effectuée dans un délai de 24 mois.

OU

- Révision externe

Définition :

- Des faiblesses majeures sont signalées concernant plusieurs normes;
- ET
- les faiblesses sont propres à la spécialité et un visiteur spécialisé dans la discipline est davantage en mesure de les évaluer

OU

- les faiblesses sont persistantes

OU

- les faiblesses sont fortement tributaires de facteurs non pédagogiques et un visiteur de l'extérieur de l'université est davantage en mesure de les évaluer.
- Il y a lieu de procéder à une révision complète ou ciblée du programme.
- La révision est menée par le collège respectif.
- La révision externe doit être effectuée dans un délai de 24 mois.

Programme agréé faisant l'objet d'un avis d'intention de retirer l'agrément

Définition :

- Cet avis est signifié lorsque des faiblesses majeures ou persistantes sont signalées concernant une ou plusieurs normes et remettent en question l'environnement pédagogique et l'intégrité du programme.
- Une révision externe doit être effectuée dans un délai de 24 quatre mois par trois personnes (deux spécialistes et un résident).
- Les résidents faisant partie du programme, y étant inscrits ou ayant présenté une demande d'inscription doivent être informés immédiatement du statut du programme par la direction du programme.
- Lors de la révision, le programme devra démontrer pourquoi l'agrément du programme ne devrait pas être retiré.

Retrait de l'agrément

Définition :

- La décision de retirer l'agrément prend effet immédiatement, à moins que des résidents ne soient inscrits au programme visé. Dans ce cas, la décision entre en vigueur à la fin de l'année universitaire durant laquelle la décision est prise.
- Le Collège respectif n'accordera aucune reconnaissance à la formation acquise par un résident dans un programme lorsqu'il y a eu retrait de l'agrément.
- Le Comité de l'agrément n'examinera aucune demande visant le rétablissement de l'agrément d'un programme pendant au moins un an suivant la décision de retirer l'agrément.
- Lorsqu'il y a retrait de l'agrément parce qu'un programme devient inactif, la période d'attente d'un an peut être levée.

Il y a aura retrait immédiat de l'agrément lorsqu'un programme deviendra inactif à la suite d'un avis d'intention de retirer l'agrément.

La faculté peut retirer volontairement un programme, mais ne peut pas présenter une nouvelle demande d'agrément pendant au moins un an suivant la date du retrait.

PROCÉDURE POUR EN APPELER D'UNE DÉCISION D'AGRÉMENT

Motifs justifiant une décision défavorable concernant l'agrément

Après avoir déterminé qu'un programme de résidence en médecine familiale n'est pas suffisamment conforme aux critères éducatifs publiés par le CMFC concernant les programmes menant à la certification en médecine familiale, le Conseil d'administration du CMFC, lors d'une réunion régulière ou spéciale, pourra soit retirer, soit ne pas renouveler l'agrément ou encore accorder au programme une période de probation selon les modalités et conditions jugées appropriées. La période de probation n'excédera habituellement pas deux ans. Le retrait de l'agrément s'appliquera pendant la période de temps que déterminera le Conseil d'administration du CMFC.

Définition d'une décision défavorable

Pour un programme existant qui a déjà obtenu le statut de programme approuvé, une décision défavorable consiste en un agrément probatoire ou en un retrait de l'agrément. Le statut d'agrément provisoire pendant une période de temps limitée ou la détermination d'un nombre approprié de résidents dans un programme approuvé ne font pas partie d'une décision défavorable selon les termes de cette procédure. Par ailleurs, pour un programme de formation médicale qui n'a pas encore obtenu le statut de programme approuvé, le refus de lui accorder l'agrément ou le refus d'accorder un agrément provisoire font partie d'une décision défavorable. Le statut d'agrément d'un programme sera en vigueur jusqu'à ce qu'une décision défavorable soit finale.

Exclusions de la discussion

Les membres du Comité d'agrément et du Conseil d'administration du CMFC qui sont soit étudiants, résidents ou professeurs à l'institution faisant l'objet d'une révision ne pourront être présents à la discussion ou ne pourront participer aux décisions concernant leur institution, sauf s'ils font une présentation au nom de leur institution pendant le processus d'appel. Les individus admissibles à faire des représentations au nom de l'institution qui loge une demande d'appel sont les médecins, les étudiants en médecine et les personnes impliquées dans l'éducation ou la formation médicale.

MARCHE À SUIVRE POUR IMPOSER UNE DÉCISION DÉFAVORABLE

Préavis

Avant de prendre en considération une recommandation défavorable suggérée par l'équipe d'agrément, le CMFC devra aviser l'institution des recommandations négatives formulées par l'équipe d'agrément, et ce, par écrit et par courrier recommandé, avec reçu de la confirmation de livraison. Ce préavis s'appuiera sur le rapport de l'équipe d'agrément, à partir de la liste des problèmes et faiblesses spécifiques.

L'institution sera invitée à se présenter à une réunion du Comité d'agrément afin de faire valoir les raisons qui éviteraient d'imposer une telle décision. La non-réponse dans les 30 jours suivant l'avis écrit de la recommandation défavorable de l'équipe d'agrément sera considérée comme un acquiescement de l'institution à l'imposition de la décision défavorable recommandée.

Action du Comité d'agrément

À partir de tous les renseignements cumulés et disponibles le jour de la réunion, le Comité d'agrément fera sa recommandation au Conseil d'administration du CMFC concernant le statut d'agrément à accorder au programme. Avant de considérer émettre une décision défavorable, le Conseil d'administration du CMFC informera l'institution de la décision envisagée, par écrit et par courrier recommandé, avec reçu de la confirmation de livraison. Ce préavis s'appuiera sur la liste des problèmes et faiblesses spécifiques du programme éducatif et/ou des ressources nécessaires pour corriger ces déficiences. Au jour, à l'heure et à l'endroit désignés dans le préavis, l'institution sera invitée à rencontrer un sous-comité du Conseil d'administration du CMFC afin de faire valoir les raisons qui éviteraient d'imposer une telle décision. La non-réponse dans les 30 jours suivant l'avis écrit de la recommandation défavorable sera considérée comme un acquiescement de l'institution à l'imposition de la décision défavorable. La date désignée pour la présentation d'un appel devra précéder d'au moins une journée la prochaine réunion du Conseil d'administration du CMFC.

Règle décisionnelle

La décision recommandée sera maintenue à moins de démontrer qu'il y a insuffisance de preuves pour la confirmer.

Sous-comité

La composition du sous-comité qui se chargera de l'appel sera déterminée par le président du Conseil d'administration du CMFC; celui-ci choisira trois membres parmi les membres ayant droit de vote. Le président du Conseil d'administration du CMFC désignera un des trois membres du sous-comité pour agir à titre de président du sous-comité d'appel.

Le sous-comité devra réviser tout le matériel utilisé par le Comité d'agrément pour prendre sa décision, incluant le matériel d'auto-évaluation, le rapport de l'équipe d'agrément et la réponse du doyen au rapport. Le comité considérera aussi le matériel écrit ou la présentation verbale de l'institution ou du programme qui en appelle de la décision.

Au terme de l'audition, le sous-comité devra faire sa recommandation par écrit concernant la décision à prendre au sujet du statut d'agrément du programme éducatif. Cette recommandation sera soumise au Conseil d'administration du CMFC à sa prochaine réunion. L'institution concernée qui ne se présentera pas ou refusera de se présenter à l'audition sera jugée comme consentante à se voir imposer la décision défavorable.

Les coûts de l'audition menée par le sous-comité du CMFC seront répartis comme suit:

1. Le CMFC assumera les dépenses des membres et du personnel du CMFC impliqués dans le processus d'appel et offrira au sous-comité les installations adéquates pour la réunion.
2. L'institution ou le programme qui en appelle de la recommandation sera responsable des dépenses entourant l'élaboration et la présentation de l'appel, de même que des frais de déplacement et autres dépenses connexes pour ses représentants délégués à la réunion du sous-comité.

Procédures du Conseil d'administration du CMFC

Le Conseil d'administration du CMFC étudiera la recommandation écrite du Comité d'agrément et du sous-comité du Conseil lors de sa prochaine réunion. Le Conseil adoptera, rejettera ou modifiera les recommandations émises.

Marche à suivre pour la discussion au Conseil d'administration du CMFC

Lorsque le Conseil d'administration étudiera une recommandation émise par le Comité d'agrément suite à une demande d'appel, la discussion se déroulera en présence d'un quorum des membres du Conseil. Le président du Conseil d'administration dirigera la discussion.

Tous les renseignements inhérents au dossier seront considérés. Bien qu'il ne sera pas nécessaire de se conformer strictement aux preuves formelles avancées, les arguments non pertinents ou les répétitions inutiles ne seront pas tolérés. La discussion de la recommandation se déroulera de la façon suivante:

1. Énoncé d'ouverture par le président du Conseil d'administration du CMFC.
2. Présentation orale par le président du Comité d'agrément - (15 minutes).
3. Présentation orale par l'institution qui en appelle de la décision - (15 minutes).
4. Questions posées par les membres et le personnel du Conseil d'administration du CMFC et adressées soit au comité, soit à l'institution qui en appelle.
5. Discussion des preuves par le Conseil d'administration du CMFC (devant caméra).
6. Arrêt de la décision.

Appel d'une décision du Conseil d'administration

Dans le cas où le Conseil d'administration du CMFC rend une décision défavorable alors que le Comité d'agrément a déjà recommandé l'approbation du programme, le Conseil d'administration du CMFC devra aviser l'institution de la décision envisagée, par écrit et par courrier recommandé, avec reçu de la confirmation de livraison. Ce préavis s'appuiera sur la liste des problèmes et faiblesses spécifiques du programme éducatif et/ou des ressources nécessaires pour corriger ces déficiences. Au jour, à l'heure et à l'endroit désignés dans le préavis, l'institution sera invitée à rencontrer un sous-comité du Conseil d'administration du CMFC afin de faire valoir les raisons qui éviteraient d'imposer une telle décision. La non-réponse dans les 30 jours suivant l'avis écrit de la recommandation défavorable du comité sera considérée comme un acquiescement de l'institution à l'imposition de la décision défavorable recommandée. La date désignée pour la présentation d'un appel devra précéder d'au moins une journée la prochaine réunion du Conseil d'administration du CMFC. La procédure d'appel pour le sous-comité et le Conseil apparaît ci-dessus.

Le statut d'agrément d'un programme demeurera en vigueur jusqu'à ce que l'institution ait fait savoir qu'elle n'en appellera pas de la décision du Conseil d'administration ou jusqu'à ce que le processus d'appel soit terminé.

Décision d'appel

Le Conseil d'administration du CMFC considérera la preuve présentée et rendra sa décision sur la base de son jugement, tel que décrit au premier paragraphe de ce guide. Le directeur général du CMFC informera l'institution concernée de la décision du Conseil d'administration du CMFC par courrier recommandé, avec reçu de la confirmation de livraison. Cette décision du Conseil d'administration du CMFC sera considérée comme finale.



The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Renseignements généraux concernant l'agrément des programmes de résidence

Guide documentaire à l'intention des personnes engagées dans la
conduite ou l'agrément des programmes de formation médicale
postdoctorale au Canada.

Juin 2006

Renseignements généraux concernant l'agrément des programmes de résidence
Adoptés par le Conseil du Collège en mars 1987
Révisés - mai 1989
Révisés - juillet 1992
Révisés - avril 1995
Révisés - septembre 1997
Révisés - novembre 2001
Révisés - juin 2006

**Le texte de cette brochure est aussi disponible
sur le site Web du Collège au :**

<http://crmcc.medical.org>

TABLE DES MATIÈRES

1.	Les objectifs de la procédure d'agrément	1
2.	L'organisation du Collège par rapport à l'agrément	1
2.1	Le Comité de l'agrément	1
2.2	Les comités de spécialité.....	2
3.	Le parrainage des programmes de résidence.....	2
3.1	Les établissements d'enseignement.....	3
3.1.1	Les établissements de stages obligatoires ou prolongés	3
3.1.2	Les établissements de stages optionnels	4
4.	La procédure d'agrément	4
4.1	Les visites régulières.....	4
4.2	Les révisions externes	6
4.3	Les révisions internes.....	6
4.3.1	La révision interne des programmes de résidence par l'université	6
4.3.2	La révision interne exigée par le Comité de l'agrément.....	7
5.	La demande d'agrément de nouveaux programmes	8
6.	Les catégories d'agrément	8
6.1	L'agrément nouveau.....	8
6.2	L'agrément	8
6.3	L'agrément provisoire	9
6.4	L'avis d'intention de retirer l'agrément	9
6.5	Le retrait de l'agrément	9
7.	Les programmes inactifs	9
8.	Les modifications à des programmes agréés.....	10
9.	La révision des décisions du Comité de l'agrément	10
10.	Les programmes de résidence interuniversitaires	12
10.1	Le parachèvement de la formation.....	12
10.2	La formation hors-circuit	12
10.3	Les programmes conjoints de résidence	13
11.	Surspécialités agréées sans le certificat.....	13

Le masculin seulement est utilisé pour simplifier le texte.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT L'AGRÉMENT DES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE

1. LES OBJECTIFS DE LA PROCÉDURE D'AGRÉMENT

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est l'organisation nationale responsable de l'attribution d'un certificat de spécialiste dans toutes les disciplines de la médecine et de la chirurgie, à l'exception de la médecine familiale. Le Collège est notamment responsable d'évaluer et d'agréer les programmes de résidence dispensés par les facultés de médecine. Cette activité a pour but d'assurer que les programmes sont en mesure d'aider les résidents à acquérir les connaissances et les compétences requises dans l'exercice de la spécialité ou surspécialité. Les «Normes générales d'agrément» dont on se sert partout au Canada dans l'agrément des programmes de résidence sont publiées sous forme de document distinct.

Le Collège inspecte et évalue tous les programmes de résidence au Canada dans chacune des spécialités ou surspécialités qu'il reconnaît. La procédure d'agrément a comme objectifs principaux :

- a. d'améliorer la qualité de l'éducation médicale postdoctorale ;
- b. de fournir les moyens nécessaires à une évaluation objective des programmes de résidence ;
- c. de guider les universités dans l'établissement de nouveaux programmes de résidence ;
- d. d'aider les directeurs de programme dans la révision de la prestation et de la qualité pédagogique de leurs programmes.

À ces fins, on a identifié des éléments essentiels, dans chacune des composantes des programmes, qui doivent se conformer aux normes d'agrément avant que le programme puisse être agréé. La procédure d'agrément comporte l'examen de chaque programme en fonction d'informations obtenues à l'aide de questionnaires et d'une visite sur place effectuée par une équipe de personnes expérimentées en éducation médicale postdoctorale et familières avec les normes du Collège.

Dans la procédure d'agrément, on reconnaît que des règlements trop rigides risquent d'imposer des restrictions indues. On préconise donc la libre communication qui existe entre le Collège, les facultés de médecine et les associations professionnelles de spécialistes et de résidents comme une façon de prévenir une telle éventualité. Tous les résidents doivent pouvoir réaliser leur plein potentiel et l'innovation est préconisée comme moyen d'atteindre ce but.

2. L'ORGANISATION DU COLLÈGE PAR RAPPORT À L'AGRÉMENT

2.1 Le Comité de l'agrément

Le Conseil du Collège délègue au Comité de l'agrément la responsabilité d'agréer les programmes canadiens de résidence. Ce comité est composé d'un président et d'au moins 16 membres nommés par le Bureau du Conseil en tenant compte des recommandations provenant de diverses sources. Tous les membres sont nommés pour un mandat de deux ans jusqu'à concurrence d'au plus trois mandats. Au nombre des représentants ayant un droit de vote, on en compte deux de l'Association des facultés de médecine du Canada, un de la Fédération des ordres des médecins du Canada et un de chacune des deux associations de résidents, soit l'Association canadienne des médecins résidents et la Fédération des médecins résidents du Québec. Ces organisations choisissent les personnes qui les représentent au sein du Comité. Il y a en outre plusieurs observateurs permanents, soit une personne de chacune des organisations suivantes : le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège des médecins du Québec, la Fédération des ordres des médecins du Canada, l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, le Service canadien de jumelage des résidents et un observateur de chaque association de résidents. Deux observateurs sont aussi réservés pour l'*Accreditation Council for Graduate Medical Education* des États-Unis.

Le rôle du Comité de l'agrément est :

- a. de recommander au Comité de l'éducation les politiques, les normes et les critères concernant l'agrément des programmes de résidence ;
- b. d'évaluer les demandes d'agrément de nouveaux programmes de résidence ou de modification à des programmes déjà agréés ;

- c. d'organiser la révision et l'évaluation périodiques des programmes agréés de résidence au moyen de visites d'agrément et de révisions internes ;
- d. de déterminer la catégorie d'agrément à accorder à chaque programme de résidence ;
- e. d'établir, de maintenir à jour et de communiquer ses politiques et ses procédures.

2.2 Les comités de spécialité

Le Comité de l'agrément est assisté dans sa tâche par le comité de spécialité de chacune des spécialités et surspécialités reconnues par le Collège. Les comités de spécialité sont nommés par le Comité des spécialités. Ils agissent comme conseillers auprès du Collège sur des sujets qui relèvent de leur spécialité ou surspécialité. Le rôle d'un comité de spécialité dans la procédure d'agrément est :

- a. d'élaborer et de réviser périodiquement les normes spécifiques d'agrément pour les programmes de résidence dans sa spécialité ou surspécialité ;
- b. d'élaborer et de revoir périodiquement les composantes du questionnaire préparatoire utilisé pour obtenir des renseignements sur un programme lors d'une visite ou autre révision d'un programme qui relèvent de sa spécialité ;
- c. d'étudier toutes les demandes d'agrément de nouveaux programmes et de conseiller le Comité de l'agrément quant à la catégorie d'agrément à accorder ;
- d. avant la tenue d'une visite, d'étudier la documentation préparatoire et d'apporter des commentaires et des suggestions afin d'aider la ou les personnes chargées de la visite d'agrément ;
- e. d'étudier les rapports des révisions internes et externes exigées, ainsi que ceux des visites d'agrément régulières, afin de conseiller le Comité de l'agrément quant à la catégorie d'agrément à accorder ;
- f. à la demande du Comité de l'agrément, de nommer les personnes de la spécialité ou surspécialité qui seront appelées à effectuer des révisions externes de programmes spécifiques et à participer à des visites régulières.

L'élaboration et la vérification du contenu des documents intitulés « Normes spécifiques d'agrément pour les programmes de résidence » dans la spécialité ou la surspécialité, de même que ceux des composantes du questionnaire préparatoire propres à la spécialité font partie des responsabilités principales de chaque comité de spécialité. Les directives fournies par le comité de spécialité importent particulièrement dans l'évaluation de la structure et de l'organisation des programmes, de même que dans la détermination des ressources appropriées, l'examen du contenu scientifique et des modalités d'évaluation de la spécialité ou de la surspécialité. Ces directives aident aussi les comités de l'éducation médicale postdoctorale des facultés à déterminer les ressources nécessaires à l'organisation et au maintien d'un programme de résidence dans la spécialité ou surspécialité concernée.

Les comités de spécialité sont bien placés pour exercer la surveillance de tous les programmes de résidence dans leur spécialité ou surspécialité, aidant ainsi le Comité de l'agrément dans le maintien des normes nationales.

3. LE PARRAINAGE DES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE

Le Collège ne considère l'agrément des programmes de résidence que s'ils sont parrainés par la faculté de médecine d'une université canadienne. Le Collège n'exerce pas de contrôle direct sur l'organisation interne des établissements d'éducation; tous ces établissements sont régis conformément à leurs propres lois et coutumes. Toutefois, l'acceptation de la responsabilité des programmes de résidence oblige l'université à assurer une structure administrative convenable de façon à intégrer les ressources nécessaires pour donner une formation complète dans la spécialité ou surspécialité.

Le but premier du parrainage de l'éducation médicale postdoctorale par une université est de mettre à la disposition de chaque résident ou résidente toutes les ressources de l'université et de ses établissements affiliés. Les ressources

d'enseignement et de recherche de toutes les facultés ainsi que les services cliniques et autres aménagements sont requis de façon à fournir une formation médicale qui soit variée et approfondie. Le parrainage des programmes par l'université ne diminue en rien l'importance des hôpitaux et autres établissements d'enseignement; l'éducation médicale postdoctorale est plutôt une entreprise conjointe entre l'université et ses établissements affiliés. Il faut pour ce faire une organisation universitaire intégrée au niveau de la faculté et pour chaque programme, celle-ci coordonne l'utilisation optimale de tous les établissements et de toutes les expériences d'enseignement. Un programme intégré doit assurer l'utilisation optimale des ressources des établissements participants et définir clairement leur rôle respectif. Il faut centraliser le recrutement des résidents pour assurer des critères de sélection uniformes dans l'ensemble du programme ; des possibilités éducatives égales pour tous les résidents devraient être données au moyen de stages appropriés ou d'autres mécanismes.

3.1 Les établissements d'enseignement

Le comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté et les comités des programmes de résidence sont responsables de tous les établissements auxquels on a recours pour la formation spécialisée. Le vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale doit maintenir une liste à jour de tous les établissements d'enseignement auxquels chaque programme a recours et en fournir sur demande une copie au Collège.

Les établissements sont classés en deux catégories :

3.1.1 Les établissements de stages obligatoires ou prolongés

On désigne par établissements de stages obligatoires ou prolongés :

- les établissements où tous les résidents sont ou pourraient être assignés ;
- les établissements parmi lesquels un résident doit choisir pour y faire un stage obligatoire ; ou
- tout établissement auquel un résident est assigné pendant six mois ou plus.

Les établissements de cette catégorie doivent généralement dispenser l'enseignement au Canada pour être acceptés à titre de composantes des programmes agréés par le Collège. Tous les établissements doivent faire preuve de leur engagement envers l'éducation et la qualité des soins aux patients. Les exigences suivantes aideront les universités à définir, maintenir et évaluer la qualité des établissements de stages obligatoires ou prolongés. Il incombe au comité de l'éducation médicale postdoctorale et à chaque comité du programme de résidence :

- a. de tenir et mettre constamment à jour des dossiers sur chaque établissement comportant des renseignements sur la durée du stage et le nombre de résidents concernés ;
- b. d'avoir des ententes écrites en vigueur avec chaque établissement ;
- c. d'assurer qu'il existe des buts et des objectifs pour chaque programme qui a recours à chacun des établissements et que tous les établissements se conforment aux objectifs et aux normes approuvés, selon le cas ;
- d. d's'assurer qu'une personne, dont la nomination est acceptable à l'université, est responsable de faire la supervision et les évaluations de chaque résident ;
- e. de s'assurer que chaque programme fait une évaluation appropriée de chacun des stages ;
- f. de s'assurer que tous les établissements sont évalués au cours de la révision interne du programme.

Au moment de la visite d'agrément, le rôle du Comité de l'agrément est d'assurer que l'université dispose d'un système approprié pour maintenir et évaluer la qualité des stages dans tous les établissements et dans tous les programmes. Les établissements font l'objet d'une inspection lors des visites régulières ou des révisions externes effectuées par le Collège, s'ils sont utilisés pour une composante importante du programme, et on en relève les forces et les faiblesses.

3.1.2 Les établissements de stages optionnels

Les exigences qui suivent assisteront les universités dans la définition, le maintien et l'évaluation de la qualité des établissements de stages optionnels. Il incombe au comité de l'éducation médicale postdoctorale et à chaque comité du programme de résidence de s'assurer de ce qui suit :

- a. le résident est inscrit à un programme reconnu au moment de suivre son stage optionnel ;
- b. la période de stage optionnel est planifiée par le directeur de programme et le résident ;
- c. il y a une personne clairement identifiée pour superviser le stage optionnel ;
- d. il y a des objectifs pédagogiques bien définis et bien compris ;
- e. il y a un système d'évaluation en cours de formation bien défini qui prévoit l'évaluation du résident durant le stage optionnel. Le système d'évaluation est fondé sur les objectifs pédagogiques du stage optionnel et doit être bien compris au préalable du résident, de la personne chargée de la supervision et du directeur du programme ;
- f. la révision interne du programme tient compte de l'évaluation des expériences optionnelles.

4. LA PROCÉDURE D'AGRÈMENT

La procédure d'agrément se fonde sur un système de visites d'agrément régulières des programmes de résidence de chaque faculté de médecine canadienne suivant un cycle de six ans. Le but premier de la visite est de fournir au Comité de l'agrément et aux comités de spécialité du Collège une évaluation directe de chaque programme agréé ainsi que de s'assurer de la mesure dans laquelle il satisfait aux normes d'agrément. La présence de pédagogues expérimentés en médecine provenant d'autres universités donne en outre l'occasion d'échanger des idées.

4.1 Les visites régulières

Il existe un bon nombre de vérifications et de contre-vérifications au cours de la visite d'agrément des programmes de résidence quant à l'exactitude de l'information recueillie, quant au mode de délibérations et de prises de décisions (Figure 1). En bref :

- la faculté de médecine fournit l'information préparatoire ;
- le comité de spécialité étudie cette documentation et présente ses commentaires avant la visite ;
- la personne chargée de la visite examine le programme dans le contexte d'entrevues avec le directeur du programme, le corps professoral, les résidents et le comité du programme de résidence. De plus, elle visite les installations et passe en revue les ressources disponibles au programme ;
- les visiteurs, à titre d'équipe, recommandent la catégorie d'agrément à accorder à chaque programme ;
- le visiteur responsable rencontre le directeur du programme avant le départ de l'équipe d'agrément pour l'informer de la catégorie d'agrément recommandée pour le programme ;
- le visiteur rédige et présente un rapport ;
- le programme répond au rapport par l'intermédiaire du vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale ;
- le comité de spécialité présente ses commentaires sur le rapport de la visite et exprime son aval à la catégorie d'agrément recommandée ou son désaccord ;
- le Comité de l'agrément étudie les documents préparatoires, le rapport de la visite, la réponse du programme et la recommandation du comité de spécialité ;
- le doyen et le vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté de médecine rencontrent le Comité de l'agrément avant qu'une décision soit prise.

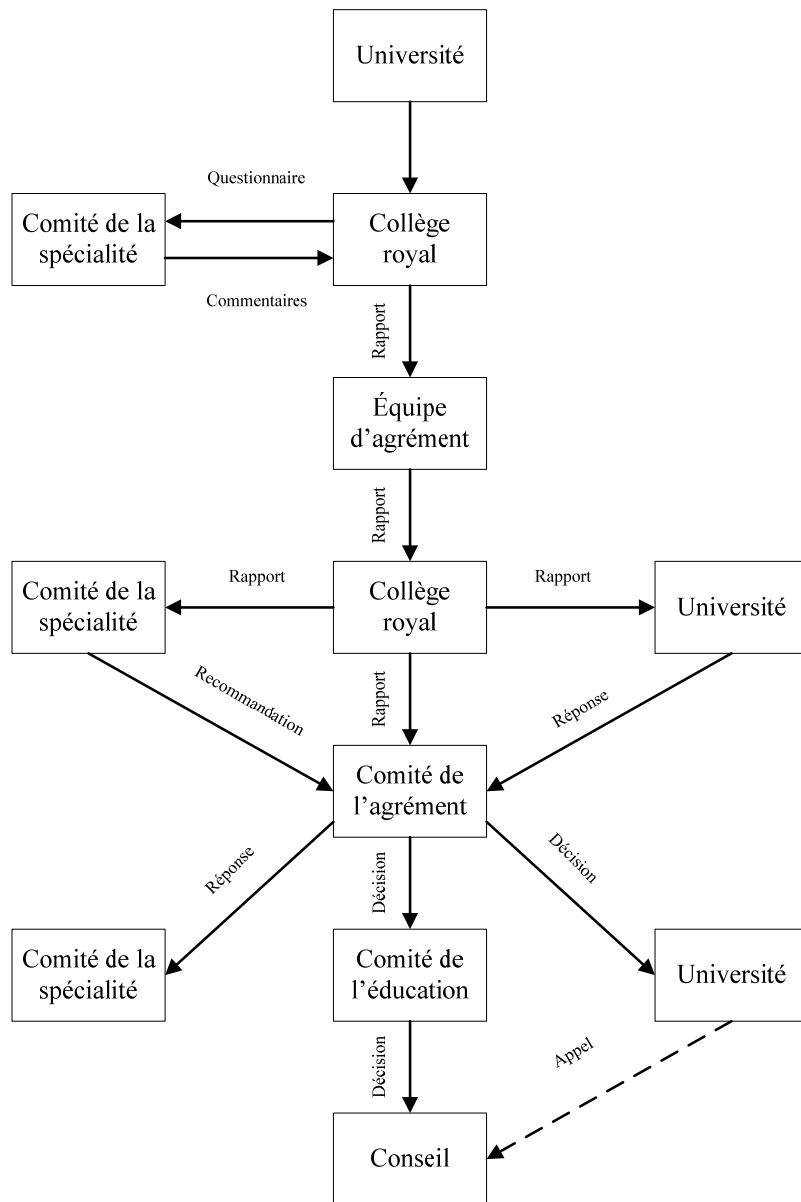


Figure 1: La procédure d'agrément

Le Comité de l'agrément fonde sa décision sur toute l'information à sa disposition.

Lors d'une visite régulière du Collège, tous les programmes de résidence parrainés par l'université qui comptent des résidents inscrits au moment de la visite font l'objet d'un examen (veuillez vous reporter à la section 7 sur les programmes inactifs pour connaître les politiques qui s'y appliquent). Avant la visite, le directeur de chaque programme de résidence doit répondre à un questionnaire. Le Comité de l'agrément nomme une équipe de personnes chargées de la visite dont chaque membre a la responsabilité de prendre connaissance de la documentation préparatoire de trois ou quatre programmes et d'en faire la visite sur place. La documentation préparatoire est aussi remise au comité de spécialité approprié afin qu'il évalue les ressources disponibles au programme.

La procédure d'agrément regroupe plusieurs personnes de diverses facultés de médecine au pays. Le Collège déploie tous les efforts voulus pour éviter les situations de conflits d'intérêts réelles ou perçues comme telles. Les membres du Comité de l'agrément, des comités de spécialité et les visiteurs sont tenus de déclarer tout conflit éventuel qui pourrait être perçu comme ayant une influence favorable ou défavorable sur les opinions exprimées.

Le président de l'équipe d'agrément a la responsabilité d'évaluer le fonctionnement de la division postdoctorale de la faculté ainsi que les relations et les communications entre la faculté et les établissements d'enseignement qui participent à l'éducation postdoctorale. Un représentant nommé par l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU) et une personne de la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC) font partie de l'équipe d'agrément et assistent dans les tâches de la présidence. Un résident visiteur, nommé par l'Association canadienne des médecins résidents ou par la Fédération des médecins résidents du Québec, accompagne aussi l'équipe d'agrément. Les visites d'agrément sont effectuées conjointement avec le Collège des médecins du Québec, au Québec, et ont lieu simultanément, mais sans être conjointes, avec celles du Collège des médecins de famille du Canada.

À la suite de la visite, un rapport sur chaque programme révisé est rédigé et envoyé :

- aux titulaires du poste de doyen et de vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale à des fins de distribution aux directeurs de programme qui sont appelés à répondre au rapport ; et
- aux comités de spécialité qui sont invités à transmettre leurs recommandations au Comité de l'agrément.

C'est le Comité de l'agrément qui prend la décision finale concernant la catégorie d'agrément à accorder à chaque programme.

Le doyen de la faculté et le vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale sont invités à assister à la réunion du Comité de l'agrément convoquée pour étudier les rapports d'agrément, les réponses des programmes et les recommandations des comités de spécialité concernés. À la suite de cette réunion, les décisions concernant chaque programme sont communiquées au recteur (ou président), au doyen de la faculté, au vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale, au directeur de programme, au président du comité de spécialité et aux visiteurs.

4.2 Les révisions externes

En plus des visites organisées régulièrement, le Comité de l'agrément peut, de temps à autre, demander la tenue d'une révision externe d'un programme de résidence, là où il y a de sérieuses inquiétudes concernant sa capacité de satisfaire aux normes d'agrément, ou encore là où des circonstances exceptionnelles justifient une révision du programme sur les lieux. Deux visiteurs expérimentés sont nommés par le Comité de l'agrément pour prendre connaissance du programme sur place, produire un rapport sur la façon dont le programme a donné suite aux préoccupations et évaluer si le programme se conforme aux normes de la discipline. Lorsque les faiblesses identifiées dans un programme ne relèvent pas de la spécialité elle-même, il n'est pas nécessaire que le visiteur soit spécialiste dans la discipline concernée. Un représentant des résidents peut également participer à la visite.

Avant la révision du programme, le directeur du programme répond à un questionnaire qui est transmis au comité de spécialité aux fins d'y apporter des commentaires. Le rapport de la révision externe, une fois complété, est envoyé à l'université pour obtenir des commentaires et au comité de spécialité qui fera sa recommandation au Comité de l'agrément. La décision du Comité de l'agrément concernant la catégorie d'agrément à accorder est transmise au doyen de la faculté, au vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale, au directeur du programme, au président du comité de spécialité et aux visiteurs.

4.3 Les révisions internes

4.3.1 La révision interne des programmes de résidence par l'université

La qualité des programmes universitaires de résidence postdoctorale incombe directement au Comité de l'éducation médicale postdoctorale et à la direction des programmes. La révision interne, qui est considérée comme faisant partie intégrante de la procédure d'agrément, devrait se faire au moins deux ans avant la visite d'agrément régulière du Collège royal. Elle a pour but d'aider l'université à maintenir la qualité de ses programmes de résidence et de procurer au comité de l'éducation médicale postdoctorale et à la direction des programmes une information précieuse quant aux forces et aux faiblesses de leurs programmes. À son tour, la faculté de médecine est ainsi en mesure d'apporter les corrections nécessaires avant la prochaine visite du Collège royal. Il est recommandé de réitérer les révisions internes dans le cas des programmes où des faiblesses sérieuses ont été relevées.

Les objectifs de la révision interne par l'université sont :

- a. d'évaluer les forces et les faiblesses de chaque programme ; et
- b. d'examiner et d'évaluer tous les établissements d'enseignement où est dispensée la formation spécialisée, y compris les expériences optionnelles.

L'équipe de révision interne doit comprendre pour chaque programme :

- a. un membre du Comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté, préférablement le directeur d'un autre programme,
- b. un membre du corps professoral d'une autre discipline qui a de l'expérience en éducation médicale postdoctorale, et
- c. un résident d'une autre discipline dont la sélection est faite par le groupe des résidents de l'université.

L'équipe de révision devrait avoir à sa disposition toute la documentation concernant le programme, y compris les rapports de visites antérieures et l'information factuelle de base tirée du questionnaire préparatoire du Collège. Cette information devrait être mise à jour et conservée au bureau de chaque programme. Une série d'entrevues doivent avoir lieu avec le directeur du programme, le corps professoral, les résidents et le comité du programme de résidence. Des visites aux différents établissements devraient se faire au besoin. L'équipe de révision interne devrait examiner tous les établissements où se déroulent la formation spécialisée et les stages optionnels. Une évaluation rigoureuse de la qualité du programme, doit être effectuée conformément aux normes générales et spécifiques d'agrément telles que définies par le Collège.

Le rapport écrit de la révision interne devrait inclure les forces et les faiblesses du programme et des recommandations précises concernant la poursuite de son perfectionnement et de son amélioration. Ce rapport devrait être présenté au vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale, au directeur du département, au directeur de programme et aux membres du comité du programme de résidence. Le rapport devrait ensuite être distribué aux membres du comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté et discuté à une réunion de ce comité auquel assiste une représentation appropriée du programme en révision.

Les rapports de révision interne sont considérés comme des documents internes de l'université. Toutefois, les rapports de révision interne de tous les programmes doivent être fournis à la personne qui préside l'équipe d'agrément avant la visite régulière afin de lui permettre d'évaluer l'efficacité de la procédure utilisée pour la révision interne. À l'exception des programmes pour lesquels une révision interne a été spécialement exigée par le Comité de l'agrément, les rapports de révision interne ne sont pas mis à la disposition des visiteurs au moment de la visite d'agrément, par ailleurs ils ne sont pas utilisés par le Collège dans la prise de décision concernant la catégorie d'agrément accordée à chaque programme.

4.3.2 La révision interne exigée par le Comité de l'agrément

Lorsque le Comité de l'agrément exige la tenue d'une révision interne d'un programme, elle devrait être effectuée de la même manière qu'une visite d'agrément du Collège royal. Dans le cas des révisions internes exigées, le vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale devrait fournir à l'équipe de révision une copie du rapport des résidents du programme tel qu'indiqué ci-après. Les rapports de révision interne doivent être présentés au Comité de l'agrément par le vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale. Ces rapports doivent comporter :

- a. un rapport narratif qui porte sur chacune des Normes générales d'agrément. On doit suivre la même présentation que celle utilisée dans les visites régulières. Le rapport doit inclure un résumé relevant les forces et les faiblesses du programme. Le rapport de révision interne ne doit *pas* comporter de recommandation quant à la catégorie d'agrément du programme ;
- b. l'information factuelle de base du programme telle que fournie dans le questionnaire préparatoire du Collège ;
- c. un rapport distinct des résidents du programme, rédigé par la ou les personnes représentant ces derniers au comité du programme de résidence, faisant état de ce qui suit :

- i. les forces du programme,
- ii. les faiblesses du programme identifiées antérieurement, ainsi que la mesure dans laquelle, selon eux, on y a répondu,
- iii. tout autre changement significatif apporté au programme depuis la dernière révision.

5. LA DEMANDE D'AGRÉMENT DE NOUVEAUX PROGRAMMES

Les demandes d'agrément de nouveaux programmes de résidence dans une spécialité ou surspécialité reconnue par le Collège doivent être présentées par l'entremise de l'une des facultés de médecine au Canada. L'acceptation de parrainer le programme oblige la faculté à s'assurer que la demande respecte les exigences générales du Collège pour l'agrément d'un programme dans la spécialité ou surspécialité concernée et se conforme aux normes de l'université, que les ressources en personnel et en aménagements sont disponibles et que la participation entière des établissements d'enseignement affiliés est assurée. Cet engagement global envers l'éducation médicale postdoctorale doit s'étendre à tout nouveau programme de résidence à mesure qu'il se développe.

La faculté de médecine qui demande l'agrément d'un programme doit y procéder au moyen d'un questionnaire mis à la disposition par le Collège. Pour être agréé, un programme doit respecter les normes d'agrément qui sont décrites dans la brochure «Normes générales d'agrément», ainsi que les normes spécifiques d'agrément pour les programmes dans la spécialité ou surspécialité concernée. La demande doit démontrer la capacité du programme de donner une formation complète dans la spécialité ou surspécialité concernée. Les demandes sont étudiées par le comité de spécialité approprié et par le Comité de l'agrément. L'agrément est accordé en se fondant sur une évaluation de l'ensemble des ressources qui seront disponibles au sein du programme et sur la manière dont ces ressources seront utilisées pour l'éducation médicale postdoctorale.

La demande, une fois remplie, doit être signée par le directeur du programme et soumise au bureau du vice-doyen pour être approuvée par le comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté. Une lettre d'envoi de la part du vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale, indiquant que la faculté approuve et appuie le programme, ainsi que des lettres explicatives de l'administration des principaux centres et établissements d'enseignement donnant leur appui au programme, doivent accompagner la demande dûment remplie.

Les formulaires de demande d'agrément de programmes de résidence peuvent être obtenus auprès de l'Unité des normes éducatives du Collège.

6. LES CATÉGORIES D'AGRÉMENT

Chaque programme considéré par le Comité de l'agrément se voit accorder un agrément ou une catégorie d'agrément tel qu'il est décrit ci-après. Afin de préserver l'intégrité des programmes intégrés parrainés par l'université, le Comité de l'agrément n'accorde pas de statut d'agrément distinct à une composante individuelle d'un programme. La catégorie d'agrément s'applique plutôt à l'ensemble du programme.

6.1 L'agrément nouveau

Une demande acceptable d'agrément d'un programme se traduit par un agrément nouveau. Dans les deux années suivant l'inscription d'un résident, on s'attend à ce qu'une révision interne du programme par le comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté soit faite. En consultation avec l'Unité des normes éducatives, cette révision peut être reportée à plus tard jusqu'à ce que les premiers résidents inscrits aient atteint la portion spécifique à la spécialité, c'est-à-dire après l'année clinique de base ou le tronc commun de la chirurgie. On pourra ainsi évaluer les aspects pédagogiques uniques au programme en question.

6.2 L'agrément

On accorde l'agrément aux programmes si l'on juge qu'ils répondent aux normes générales et spécifiques d'agrément et qu'aucune faiblesse majeure identifiée n'exige de suivi par le Collège avant la prochaine visite d'agrément régulière. On s'attend à ce qu'avant la prochaine visite d'agrément, l'université ait vu à corriger toute faiblesse notée.

6.3 L'agrément provisoire

Quand on estime qu'un programme présente des faiblesses majeures qui nécessitent un suivi formel durant la période qui précède la prochaine visite d'agrément, il se voit accorder un agrément provisoire. Cette catégorie d'agrément s'applique à l'ensemble du programme. Des faiblesses sérieuses dans une composante principale du programme se traduiront par un agrément provisoire du programme dans son entier. Il incombe alors au programme et à l'université de corriger les faiblesses dans cette composante ou encore de la retirer du programme.

Le Comité de l'agrément peut exiger le suivi d'un programme dont l'agrément est provisoire sous forme de révision interne ou d'une révision externe. Une révision externe s'imposera lorsque, de l'avis du Comité de l'agrément, l'un ou plusieurs des critères suivants exigeant une révision externe seront présents :

- a. les faiblesses relèvent de la spécialité elle-même et un visiteur spécialisé dans cette discipline sera davantage en mesure de les évaluer ;
- b. les faiblesses sont persistantes ;
- c. les faiblesses sont fortement tributaires de facteurs non pédagogiques et un visiteur de l'extérieur de l'université sera davantage en mesure de les évaluer.

6.4 L'avis d'intention de retirer l'agrément

Lorsque des faiblesses majeures ou persistantes sont relevées, remettant en question que se poursuive l'agrément du programme, un avis d'intention de retirer l'agrément sera donné. Les résidents faisant partie du programme, y étant déjà inscrits ainsi que ceux qui ont présenté une demande d'inscription *doivent* être avisés immédiatement du statut du programme par la direction du programme. Dans les deux ans qui suivent un tel avis, une révision externe sera effectuée. À ce moment, le programme devra démontrer pourquoi l'agrément ne devrait pas lui être retiré.

6.5 Le retrait de l'agrément

Une décision de retirer l'agrément d'un programme prend effet immédiatement, à moins qu'il n'y ait des résidents inscrits au programme. Dans une telle éventualité, elle est mise en vigueur à la fin de l'année universitaire durant laquelle la décision a été prise. Le Collège n'accorde aucune reconnaissance à la formation acquise dans un programme une fois que l'agrément du programme lui a été retiré. Une demande à l'effet de redonner l'agrément à un tel programme ne sera pas prise en considération par le Comité de l'agrément avant au moins un an suivant la date de la décision du Comité de l'agrément. Dans les cas où l'agrément a été retiré d'un programme agréé dans les catégories «Agrément» ou «Agrément nouveau» seulement parce qu'il a été inactif, la période d'attente d'un an peut être abrogée (veuillez vous reporter à la section 7 sur les programmes inactifs).

L'agrément sera immédiatement retiré d'un programme qui devient inactif à la suite d'un avis d'intention de retirer l'agrément.

Une faculté peut retirer volontairement un programme mais ne peut solliciter d'agrément nouveau avant au moins un an suivant la date du retrait.

7. LES PROGRAMMES INACTIFS

Une évaluation approfondie d'un programme ne peut être jugée complète que si elle comporte une contribution appropriée de la part des résidents et des stagiaires dont les objectifs pédagogiques sont compatibles avec ceux du programme. C'est pourquoi, lorsqu'une visite d'agrément, une révision externe ou une révision interne exigée par le Collège est prévue mais qu'il est déterminé qu'il n'y aura aucun résident ou personne suivant la même formation qui serait inscrit au programme au moment prévu de la visite, le programme ne ferait pas l'objet d'un examen. Un tel programme sera désigné inactif.

L'université doit aviser le Collège lorsqu'un résident est accepté dans un programme inactif.

La politique concernant la réactivation des programmes se lit comme suit :

- Les programmes qui n'ont pas fait l'objet d'une étude au moment de la visite d'agrément régulière seront assujettis à une révision interne exigée par le Collège dans les 18 mois de la réactivation du programme, à moins que la prochaine visite d'agrément régulière ne s'inscrive durant cette période.
 - * Il est possible de reporter la révision interne jusqu'à ce que le résident ou le stagiaire ait complété une année de la composante spécifique à la spécialité d'un programme comportant une année clinique de base ou le tronc commun de la chirurgie. L'université doit communiquer avec l'Unité des normes éducatives pour demander le report d'une révision interne exigée par le Collège.
- Les programmes qui deviennent inactifs et sont réactivés dans l'intervalle entre deux visites d'agrément devront faire l'objet d'un suivi dans les 18 mois de la réactivation à moins que la visite régulière ne soit prévue durant cette période. Le genre de suivi exigé prendra les formes suivantes :
 - * Les programmes ayant un agrément devraient faire l'objet d'une révision interne par l'université.
 - * Les programmes ayant reçu un agrément nouveau devront faire l'objet d'une révision interne exigée.
 - * Les programmes ayant un agrément provisoire avec révision interne devront faire l'objet d'une révision interne exigée.
 - * Les programmes ayant un agrément provisoire avec révision externe feront l'objet de cette dernière.
- On retirera immédiatement l'agrément à un programme qui devient inactif après avoir reçu un avis d'intention de retirer l'agrément.
- Les programmes qui sont toujours inactifs pendant les cycles de deux visites d'agrément régulières perdront leur agrément.

L'université doit aviser le Collège de l'acceptation d'un résident dans un programme inactif. Si on s'attend à ce que le suivi d'un programme réactivé soit effectué dans un délai de 18 mois, il pourrait être reporté jusqu'à ce que le premier résident inscrit ait complété une partie suffisante de sa formation spécifique à la spécialité pour permettre une révision significative. Dans les spécialités qui comportent une année clinique de base ou le tronc commun de la chirurgie, il peut s'agir d'un délai de deux ou trois ans.

8. LES MODIFICATIONS À DES PROGRAMMES AGRÉÉS

Le Collège doit être informé des modifications importantes apportées à un programme ou si des changements dans les circonstances d'un programme agréé peuvent affecter la qualité pédagogique d'un programme. Le Comité de l'agrément exercera une surveillance de la situation et peut, s'il le juge nécessaire, exiger une nouvelle évaluation du statut d'agrément du programme.

Cette nouvelle évaluation du programme s'effectue sous forme de révision interne ou de révision externe exigée du programme; les critères, le processus et la forme de l'évaluation sont décrits aux sections 4.2 et 4.3.2 du présent document.

9. LA RÉVISION DES DÉCISIONS DU COMITÉ DE L'AGRÉMENT

Malgré les vérifications et les contre-vérifications prévues dans la procédure d'agrément, il peut arriver que le corps professoral de la faculté de médecine ait l'impression qu'une décision prise par le Comité de l'agrément est injuste ou erronée. Le plus souvent, cette opinion se fonde sur la préoccupation que l'équipe d'agrément n'ait pas obtenu tous les faits ou les ait mal interprétés, qu'une importance démesurée ait été accordée à certaines faiblesses dans un programme par l'équipe d'agrément ou le Comité de l'agrément, que les normes d'agrément aient été mal interprétées ou mal appliquées, ou que le Comité ait été plus sévère que d'habitude dans sa décision.

Le corps professoral d'une faculté de médecine a accès à un mécanisme de révision (Figure 2) s'il est véritablement convaincu qu'une décision est incorrecte ou injuste. Il faut insister sur le fait qu'une révision d'une décision du Comité de

l'agrément doit se fonder sur l'information disponible au moment de la visite. Les modifications ou améliorations qui auraient été apportées au programme à la suite de la visite ne peuvent pas être prises en considération lors de la révision.

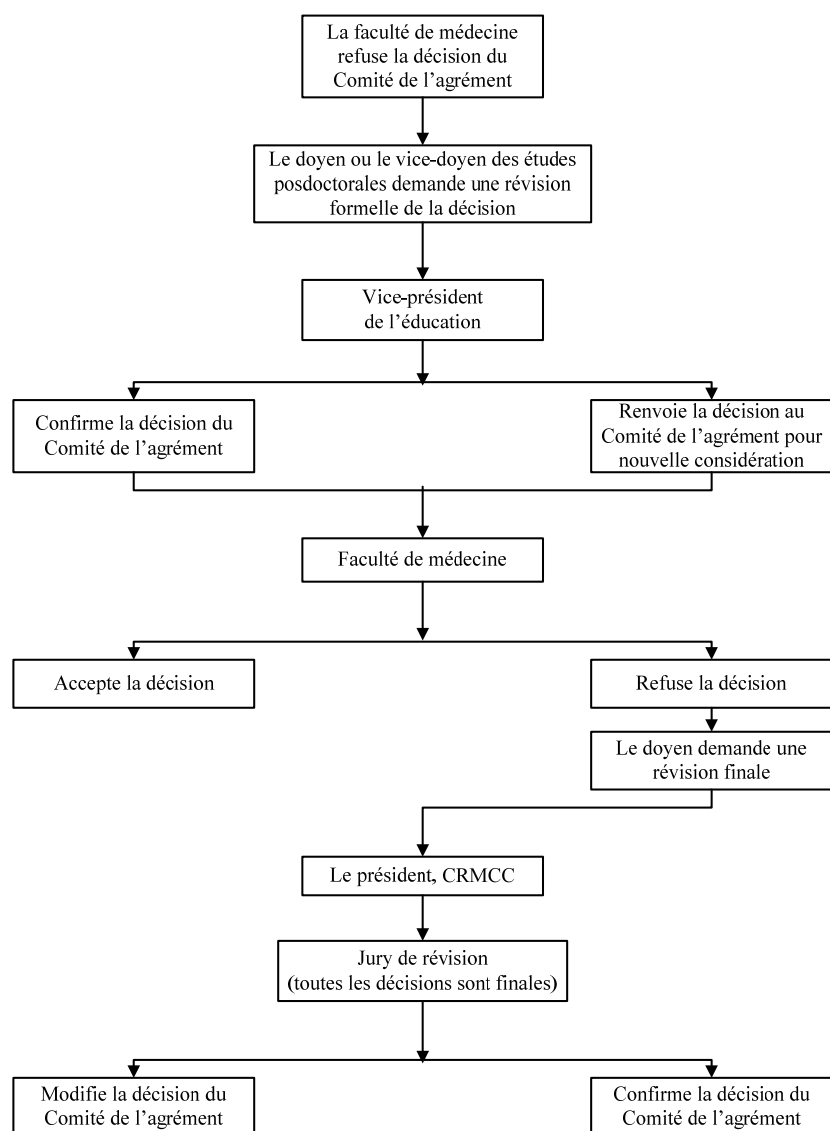


Figure 2: La procédure de révision des décisions du Comité de l'agrément

On recommande fortement aux vice-doyens de l'éducation médicale postdoctorale de discuter de leurs préoccupations avec le directeur ou la directrice de l'Éducation avant de solliciter la révision formelle d'une décision du Comité. Si une faculté de médecine désire obtenir une révision d'une décision du Comité de l'agrément, elle doit présenter sa demande dans les 60 jours suivant la date de la lettre ayant transmis la décision du Comité à la faculté.

Le vice-président de l'Éducation dirige la révision initiale et cette personne aura en main l'information qui était disponible à l'équipe d'agrément et au Comité de l'agrément, de même que les raisons invoquées par la faculté de médecine pour solliciter la révision. Lorsqu'il y a, à la vice-présidence de l'Éducation, un conflit d'intérêts (comme, par exemple, parce que la personne est membre du corps professoral de la faculté de médecine qui demande la révision ou qu'elle a participé à la visite ou à la décision du Comité de l'agrément), le directeur ou la directrice de l'Éducation nommera un autre membre du Comité de l'éducation pour agir à titre de réviseur. Si le vice-président de l'Éducation renvoie la décision au Comité de l'agrément, ce dernier examinera le programme à sa prochaine réunion régulière. Un jury de trois membres du Comité de l'agrément étudiera en profondeur tout le matériel pertinent et présentera ses observations au Comité pour y être discutées et aux fins de décision. La décision reconsidérée sera transmise au doyen de la faculté de médecine concernée. Si le vice-président de

L'Éducation considère qu'il n'y a pas matière suffisante à une révision par le Comité de l'agrément, le doyen de la faculté de médecine en sera informé.

Si la faculté de médecine souhaite en appeler de cette décision, ou n'accepte pas la décision reconsidérée du Comité de l'agrément, le doyen peut adresser directement une lettre au président du Collège sollicitant une révision finale. Un jury de révision formé de trois membres, dont au moins deux font partie du Conseil, sera alors nommé par le Bureau pour agir au nom du Conseil du Collège. Un membre sera un spécialiste de la discipline du programme en révision et au moins un autre aura l'expérience de la procédure d'agrément. Aucun membre de ce jury de révision ne sera membre du Comité de l'agrément, n'aura participé à la visite en révision, ou ne fera partie du corps professoral de la faculté de médecine concernée. Le jury jouira de la même information que celle fournie au vice-président de l'Éducation et au Comité de l'agrément. Le jury fondera sa décision sur les renseignements qui étaient disponibles au moment de la visite. Des modifications ou des améliorations apportées au programme depuis la visite ne peuvent pas être prises en compte dans la révision. Le jury de révision peut confirmer la décision du Comité de l'agrément ou la modifier. La décision du jury de révision est finale.

10. LES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE INTER-UNIVERSITAIRES

Le Collège n'accorde l'agrément qu'aux programmes en mesure de donner aux résidents les possibilités d'atteindre tous les objectifs pédagogiques de la spécialité ou surspécialité concernée. Certaines facultés possèdent les ressources et le savoir-faire suffisants pour donner une formation partielle, mais leurs ressources sont trop restreintes pour soutenir un programme de formation complète. Cependant, il y a parfois des circonstances, comme des besoins en ressources médicales régionales ou le soutien à apporter à la formation des étudiants en médecine, qui incitent une faculté à participer à un programme de résidence dans une spécialité ou surspécialité donnée. L'agrément des programmes interuniversitaires tente de répondre à ce besoin.

Les affiliations interuniversitaires doivent être révisées et mises à jour au moment de la visite d'agrément régulière de l'université parraine.

Les directives suivantes définissent les genres d'arrangements administratifs exigés entre deux ou plusieurs facultés de médecine de façon à en arriver à un programme de résidence intégré qui soit acceptable au Collège aux fins d'agrément. *Il est à noter que l'échange de résidents entre deux programmes complètement agréés ne requiert pas de permission spéciale du Collège.*

10.1 Le parachèvement de la formation

Ce genre d'arrangement s'applique lorsqu'une faculté de médecine possède les ressources suffisantes pour offrir la plupart des composantes d'un programme (programme parrain), mais ne dispose pas des ressources voulues pour un ou plusieurs éléments essentiels de la formation. Pour être agréé, le programme parrain doit conclure des arrangements avec un programme agréé (programme d'accueil) dans le but d'accueillir les résidents et de leur offrir les composantes du programme qui seraient autrement absentes. Quels que soient les arrangements d'ordre financier, ceux d'ordre administratif concernant les stages et les évaluations des résidents doivent être sous la maîtrise du programme parrain.

L'agrément du programme parrain est conditionnel au maintien de l'affiliation interuniversitaire jusqu'à ce que ses ressources soient suffisantes pour donner la formation complète dans la spécialité ou surspécialité concernée.

Une université qui souhaiterait se dégager d'une affiliation interuniversitaire parce qu'elle dispose maintenant des ressources pédagogiques suffisantes doit en informer le Collège et présenter une demande au Comité de l'agrément pour qu'il abroge l'exigence de l'affiliation pour le parachèvement du programme.

Des formulaires d'ententes interuniversitaires sont disponibles auprès de l'Unité des normes éducatives du Collège.

10.2 La formation hors-circuit

Ce genre d'entente interuniversitaire s'applique lorsqu'une faculté de médecine, offrant un programme dûment agréé dans une spécialité ou surspécialité (université parraine), possède les ressources suffisantes pour assurer toute la formation dans la

spécialité ou surspécialité, mais désire que les résidents fassent, dans le cadre de leur programme, des stages dans certains établissements d'enseignement ou dans un autre centre universitaire où il n'existe pas de programmes agréés dans la spécialité ou surspécialité (université d'accueil). Dans l'élaboration de l'entente interuniversitaire, il doit y avoir des liens de communications efficaces et précises entre le comité du programme de résidence et l'université d'accueil. Quels que soient les arrangements d'ordre financier, ceux d'ordre administratif concernant les stages et les évaluations des résidents doivent être sous la maîtrise du programme parrain.

L'agrément du programme de la faculté parraine n'est pas conditionnel au maintien de cette forme d'affiliation interuniversitaire.

Des formulaires d'ententes interuniversitaires sont disponibles auprès de l'Unité des normes éducatives du Collège.

10.3 Les programmes conjoints de résidence

Ce genre d'arrangement s'applique à deux ou plusieurs facultés de médecine qui souhaitent collaborer au développement d'un programme de résidence plutôt que de tenter d'offrir la formation complète à même les ressources d'une seule faculté.

Tout en reconnaissant le besoin d'agréer des programmes conjoints, le Collège soutient que l'intégration de deux ou plusieurs programmes doit comporter des avantages certains pour les résidents. Une simple redistribution des services n'est pas suffisante pour justifier une telle intégration. Les difficultés d'ordre pratique que pourrait rencontrer un résident dans le parachèvement d'un programme conjoint ne devraient pas nuire sérieusement à la formation recherchée.

L'agrément d'un programme conjoint signifie qu'une formation complète dans la spécialité ou surspécialité n'est pas disponible dans une seule faculté. L'agrément d'un programme conjoint est donc conditionnel au maintien de l'affiliation interuniversitaire.

Des formulaires d'ententes interuniversitaires sont disponibles auprès de l'Unité des normes éducatives du Collège.

11. SURSPÉCIALITÉS AGRÉÉES SANS LE CERTIFICAT

Les programmes agréés sans le certificat reçoivent l'agrément sans que le Collège administre d'examens et sans qu'il décerne de certificats aux personnes qui parachèvent ces programmes. Au lieu de cela, l'université assume la responsabilité d'assurer que ces personnes, une fois le programme complété, sont capables d'agir à titre de consultants surspécialisés. Le processus d'agrément doit donc assurer que les programmes sont en fait aptes à fournir une telle assurance.

Les programmes agréés sans le certificat sont assujettis aux normes générales et spécifiques d'agrément, à l'instar de tous les programmes agréés par le Collège. S'appliquent en outre les règles suivantes :

- a. Les résidents doivent avoir complété au moins trois années de formation dans une spécialité de base appropriée avant de commencer le programme. C'est la condition préalable minimale; dans certaines surspécialités, les exigences de l'admission peuvent être de plus de trois années. Prière de consulter les « Normes spécifiques d'agrément » pour la surspécialité concernée.
- b. Les résidents doivent être enregistrés auprès de la division postdoctorale de la faculté de médecine et inscrits dans un programme agréé du Collège royal pour toute la durée du programme. Des unités rétroactives ne seront pas prises en compte.
- c. Pour chaque résident qui, de l'avis de la direction du programme, a complété le programme, il faut fournir les renseignements suivant :
 - un formulaire d'«Attestation d'achèvement de programme» portant l'en-tête de l'université ;
 - une fiche d'évaluation en fin de formation.
- d. Les résidents doivent détenir le certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada dans une spécialité de base appropriée avant de se voir jugés comme ayant satisfait à toutes les exigences de la surspécialité.

- e. Le Collège décernera un diplôme aux résidents qui se sont conformés de manière satisfaisante à toutes les exigences de la surspécialité.
- f. Dans le cas des résidents qui ne se conforment pas à toutes les exigences de la surspécialité parce qu'ils ne détiennent pas le certificat du Collège royal dans la spécialité de base, l'université peut choisir de décerner un diplôme.
- g. Tous les programmes agréés sans le certificat doivent soumettre un rapport annuel au Collège l'informant des demandes d'inscription au programme, de toutes les personnes qui y sont effectivement inscrites et de celles qui l'ont complété avec succès. Un formulaire de rapport annuel sera envoyé par l'Unité des normes éducatives pour recueillir cette information concernant l'année universitaire courante.
- h. Les programmes doivent élaborer un plan global d'évaluation dont les critères et les méthodes s'appuient sur les objectifs du programme. Comme il n'y a pas d'évaluation sommative à l'échelle nationale, il est particulièrement important que l'évaluation des résidents dans le programme se fasse de façon rigoureuse et soit bien documentée.
- i. Une révision interne des nouveaux programmes agréés sans le certificat se fera dans les deux années suivant l'attribution d'un nouvel agrément. Le rapport de cette révision doit être remis au Comité de l'agrément pour fins d'étude.

**Le texte de cette brochure est aussi disponible
sur le site Web du Collège au :**

<http://crmcc.medical.org>

Pour de plus amples renseignements concernant le processus de l'agrément, veuillez faire parvenir votre demande à l'adresse suivante :

L'Unité des normes éducatives
Le Bureau de l'éducation
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
774 promenade Echo
Ottawa (Ontario) K1S 5N8

Téléphone : (613) 730-6202
Télécopieur : (613) 730-8262
Courriel : accred@rcpsc.edu

Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

L'excellence des normes, des médecins et des soins.



Rédacteur :

Jason R. Frank, MD, MA (Ed) FRCPC

Bureau de l'éducation

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

La publication de ce document a été financée en partie par une subvention du
Fonds de dotation CRMCC/AMS
pour la recherche et le développement en éducation médicale,
créé conjointement par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
et Associated Medical Services Inc.

Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins
L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
774, promenade Echo
Ottawa (Ontario) K1S 5N8 Canada
Téléphone : 1-800-668-3740 ou 613-730-8177
Télécopieur : 613-730-3707
Site Web : <http://crmcc.medical.org>
Courriel : canmeds@crmcc.edu

Droit d'auteur © 2005 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
Tous droits réservés.
Ce document peut être reproduit en totalité pour des fins éducatives, personnelles
ou non commerciales publiques seulement.
Il faut obtenir l'autorisation écrite du Collège royal pour toutes les autres utilisations,
y compris l'utilisation commerciale de l'illustration CanMEDS ou de son cadre.

Imprimé à Ottawa (Ontario), Canada

ISBN # : 0-9739158-1-1

Comment citer ce document en référence :

Frank, JR. (réd.). 2005. Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. *L'excellence des normes, des médecins et des soins.* Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Note : Des parties de ce document sont tirées de : Frank, JR., Jabbour, M., Fréchette, D., Marks, M., Valk, N., Bourgeois, G. réd. Rapport des groupes de travail CanMEDS de la Phase IV. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Mars 2005.

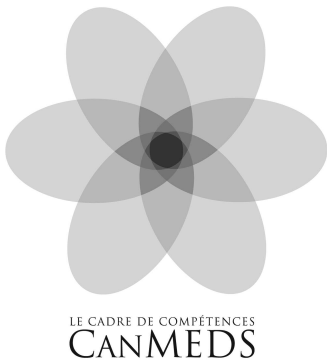


Table des matières

L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Au sujet du CRMCC

Notre Vision :

Un peuple canadien en excellente santé et un leadership en médecine spécialisée

RAISON D'ÊTRE :

Créé en vertu d'une loi spéciale du Parlement en 1929, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) est un organisme privé d'envergure nationale et sans but lucratif qui regroupe 39 000 médecins spécialistes de 92 pays voués à assurer la qualité des soins de santé et les normes les plus élevées en la matière. Le CRMCC est le porte-parole établi de la médecine spécialisée au Canada.

Le Collège royal joue un rôle pivot dans la définition des normes nationales sur l'éducation, l'évaluation et la certification des spécialistes de la médecine et de la chirurgie dans 60 spécialités et programmes spéciaux. Le Collège oblige ses membres à maintenir leur compétence pendant toute leur carrière. Ses interventions visent à appuyer le contexte le plus approprié à la pratique de la médecine spécialisée et les meilleurs soins aux patients. Le Collège n'est ni un organisme de réglementation (autorisation) ni une entité disciplinaire. Sa mission porte avant tout sur l'éducation et l'application de normes rigoureuses. Le Collège royal contribue aussi à l'élaboration de saines politiques sur la santé.

Avant-propos	iv
Préface	v
Introduction : Cadre des compétences essentielles des médecins	1
L'élaboration du cadre CanMEDS	4
Quoi de neuf dans le cadre CanMEDS 2005?	7
Le cadre CanMEDS 2005 : les rôles du médecin	9
Expert médical	9
Communicateur	12
Collaborateur	15
Gestionnaire	17
Promoteur de la santé	19
Érudit	21
Professionnel	23
Remerciements	25
Annexe A : La taxonomie éducationnelle CanMEDS des niveaux de compétence	
Annexe B : Définition des rôles CanMEDS 2005	
Annexe C : Ressources CanMEDS	

Avant-propos

La mission du Collège royal :

Organisation de médecins spécialistes vouée à l'établissement de standards élevés et à la qualité de soins de santé.

Les Associés du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) sont voués à assurer les meilleurs soins à nos patients. Il s'agit là d'une recherche sans fin d'excellence dans l'art, la science et l'organisation de la médecine. Collectivement, les Associés du Collège établissent les normes qui aident à décrire ce que signifie être un médecin compétent dans plus de 60 spécialités de la médecine et de la chirurgie. Les normes décrivent les capacités nécessaires pour dispenser des soins de santé de qualité. Ce document représente une des façons pour notre organisation de chercher à répondre aux besoins de la société et des patients que nous servons. C'est un élément de notre raison d'être continue : **L'excellence des normes, des médecins et des soins.**

Depuis plus d'une décennie, le cadre CanMEDS constitue le document normatif vedette du CRMCC. Il est le fruit du travail effectué par des centaines d'Associés depuis le début des années 90, travail qui repose sur la recherche empirique, les preuves relatives aux besoins sociétaux, leur expertise, le consensus dégagé au Collège et la conception de l'éducation. Approuvé pour la première fois par le Conseil d'administration du Collège royal en 1996, le cadre CanMEDS n'a pas été appliqué seulement au Canada : de nombreuses administrations du monde entier l'ont adopté elles aussi. Les concepts de CanMEDS orientent maintenant l'éducation en médecine et la médecine au chevet, au laboratoire, à la salle d'opération, en classe et dans beaucoup d'autres contextes. Le cadre CanMEDS décrit les capacités des médecins de répondre aux besoins des patients au XXI^e siècle.

L'engagement continu du Collège envers l'excellence repose sur l'amélioration continue. À cette fin, de nombreux Associés, membres du personnel et autres pédagogues du Collège ont conjugué leurs efforts pour mettre à jour et clarifier encore davantage les « rôles » intégrés dans le cadre CanMEDS. Nous les remercions de l'engagement et du dévouement dont ils ont fait preuve au cours de cet exercice important.

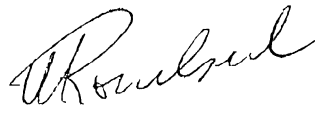
Nous sommes très heureux de présenter la nouvelle édition de notre cadre de compétences, *CanMEDS 2005*. Nous sommes persuadés qu'il sera utile pour tous ceux qui s'intéressent à la compétence des médecins et à la qualité des soins de santé.

Le président,



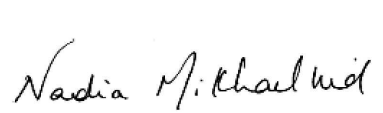
Stewart Hamilton, MD FRCSC

Le vice-président, Éducation,



Cecil Rorabeck, MD FRCSC

La directrice de l'Éducation,



Nadia Mikhael, MD FRCPC

Préface

Le Collège royal est voué à répondre aux besoins sociétaux. Ses normes, politiques et moyens d'éducation sont ancrés dans cette raison d'être. Le Bureau de l'éducation du CRMCC a produit cette publication comme document de référence pour tous ceux qui s'intéressent à l'éducation médicale, à la compétence des médecins et à la qualité des soins, concepts qui reposent tous sur la satisfaction des besoins sociétaux.

Le cadre CanMEDS 2005 remplace la version précédente publiée en 1996, qui s'intitulait *Compétences pour le nouveau millénaire*¹. L'initiative CanMEDS est le fruit du travail que des centaines d'Associés du Collège, de formateurs de médecins de famille, de pédagogues et d'autres contributeurs ont entrepris au début des années 90. CanMEDS 2005 est un des produits de *CanMEDS Phase IV : Perfectionnement*, élément constituant d'un processus d'amélioration continue de la qualité des normes d'éducation et du cadre stratégique des politiques du CRMCC. La production du cadre de 2005 a mobilisé les efforts de huit groupes de travail constitués de bénévoles qui ont étudié les problèmes survenus depuis la publication de la version originale du cadre, l'évolution de la pratique et du contexte des soins de santé en général, ainsi qu'une bibliographie de publications clés récentes. En 18 mois, les membres des groupes de travail ont étudié attentivement la justification, les preuves et la définition de chacun des rôles CanMEDS. Ces efforts ont produit CanMEDS 2005, version mise à jour en fonction de la nature de la médecine moderne, dont on a révisé le texte pour le rendre plus clair et plus utile.

La publication doit servir à de multiples intervenants, y compris les suivants :

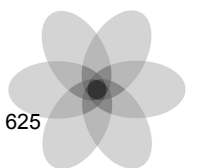
Éducateurs

Les éducateurs des professions de la santé y trouveront un cadre fondé sur les compétences où l'on décrit les principales habiletés génériques des médecins qui visent à optimiser la santé et les résultats des soins de santé. Une formation fondée sur les compétences et axée sur les résultats constitue actuellement une priorité à notre époque de responsabilisation et CanMEDS vise à répondre à ces besoins pendant plus d'une décennie. CanMEDS aide à répondre à la question suivante : « Qu'est-ce que les médecins doivent pouvoir faire pour pratiquer efficacement? » Les éducateurs peuvent utiliser CanMEDS comme assise de programmes d'études en médecine et pour tout le continuum d'apprentissage du médecin à compter du niveau du premier cycle, pendant la résidence et les activités de perfectionnement professionnel continu. CanMEDS peut aussi guider la création d'outils d'évaluation de la compétence des médecins de la façon décrite dans une publication distincte du Collège royal, l'Inventaire d'outils d'évaluation CanMEDS. Les directeurs de programme y trouveront enfin l'assise des normes qui guident la conception et l'agrément des programmes de résidence au Canada et ailleurs.

Enseignants

CanMEDS constitue aussi un document de référence pour les enseignants cliniciens des premières lignes. CanMEDS vise non seulement à orienter les programmes d'études, mais aussi à servir de base à l'enseignement au chevet du patient. CanMEDS est issu des données probantes relatives aux besoins des patients, de ce que les médecins actifs pensent de la pratique efficace, ainsi que des points de vue d'experts et de la recherche empirique.

¹ Frank, J., Jabbour, M., Tugwell, P. (président), Boyd, D., Fréchette, D., Labrosse, J., MacFadyen, J., Marks, M., Neufeld, V., Polson, A., Shea, B., Turnbull, J., van Rosendaal, Gs. Pour le Groupe de travail sur les besoins sociétaux. *Compétences pour le nouveau millénaire : Rapport du Groupe de travail sur les besoins sociétaux*. 1996. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.



Préface

Les compétences CanMEDS sont à facettes multiples et les enseignants peuvent utiliser CanMEDS pour :

- Apprendre aux futurs médecins les rôles polyvalents qu'ils seront appelés à jouer en s'acquittant de leurs obligations professionnelles.
- Enseigner plusieurs aspects de la médecine fondés sur n'importe quel cas.
- Poser des questions efficaces d'éducation qui explorent tout un éventail de compétences médicales.
- Évaluer le rendement de l'apprenant à l'égard de multiples qualités et habiletés.

Apprenants

Le cadre CanMEDS peut aussi guider les étudiants en médecine et les résidents. Dans beaucoup de niveaux de compétence, les programmes d'études structurés en médecine, comme les programmes de résidence, les évaluations en cours de formation et les examens de certification, reposent sur le cadre CanMEDS. Au Canada, c'est certainement le cas des normes qui guident la formation en résidence dans les quelque 60 spécialités et surspécialités et plus du Collège royal. Pour ceux qui suivent une formation, CanMEDS représente le « tableau d'ensemble », ou une description des habiletés génériques que leur formation vise à les préparer à acquérir. Chaque élément de la formation en médecine peut s'intégrer dans le perfectionnement plus poussé des compétences CanMEDS chez un apprenant.

Médecins actifs

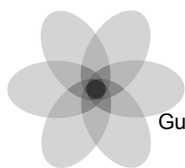
Créé et rafraîchi par des médecins pour les médecins, CanMEDS représente le consensus collectif de cliniciens des premières lignes, de pédagogues et de spécialistes. Il n'est « pas nouveau » à beaucoup d'égards et les médecins actifs y reconnaîtront les habiletés dont font déjà preuve tous les jours des cliniciens qu'ils connaissent et respectent. Le cadre de 2005 guide toutefois les praticiens en présentant ce qu'il y a de mieux dans la pratique et la réflexion modernes dans de multiples domaines de la médecine. CanMEDS 2005 constitue donc aussi un ouvrage de référence puissant à l'égard des plans de perfectionnement professionnel continu (PPC) de quelqu'un. Les cliniciens peuvent se fonder sur CanMEDS pour guider une autoévaluation ou une vérification de la pratique, choisir des aspects améliorés et guider l'évaluation de l'effet de ces efforts sur le soin des patients.

Chercheurs

Le cadre a deux utilités pour les chercheurs. Dans le cas des milieux de l'ensemble de la recherche en santé, beaucoup se réjouiront de voir l'importance continue qu'on accorde à la compétence fondamentale dans les aspects élémentaires de l'investigation. L'assise des connaissances scientifiques de base constitue une fois de plus un ingrédient clé du rôle d'*Érudit*. Ceux qui s'intéressent à la pratique efficace, aux soins de santé de qualité et à la recherche sur la formation des professions de la santé trouveront toutefois aussi de la valeur dans CanMEDS 2005. Il s'agit d'un cadre des compétences des médecins qui est en pleine évolution et vise à maximiser la qualité des soins dispensés aux patients. Même s'il s'est fait beaucoup de travail pour créer le cadre jusqu'à maintenant, les activités plus poussées de recherche et de développement nous réjouissent. Nous encourageons les chercheurs à utiliser le cadre CanMEDS dans leur recherche de réponses à des questions portant sur les buts globaux du programme CanMEDS. Nous accueillons aussi avec plaisir toute demande de renseignements de chercheurs qui ont des questions sur l'utilisation du cadre ou sur les travaux réalisés auparavant à ce sujet.

Autres professionnels de la santé

Le cadre CanMEDS ne fait pas que définir une façon d'aborder les compétences médecins : il décrit aussi les habiletés recherchées chez les médecins qui travaillent dans les équipes de soins de santé, particulièrement comme collaborateurs. CanMEDS a été rédigé grâce à la contribution d'auteurs de plusieurs professions de la santé et pourra donc intéresser beaucoup de personnes, en plus des médecins. Plusieurs organisations représentant d'autres professions ont en outre communiqué avec le Collège pour se dire intéressées à harmoniser leurs normes avec le cadre CanMEDS. Nous croyons que CanMEDS offre plusieurs possibilités de synergie entre des professions de la santé.



Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

Dirigeants publics

Même si CanMEDS a été rédigé par des médecins pour les médecins, il repose sur la satisfaction des besoins sociétaux et vise finalement à optimiser les soins dispensés aux patients. Cet objectif est non seulement celui des médecins, mais aussi celui de beaucoup de dirigeants et de décideurs du secteur public. C'est pourquoi CanMEDS est un document de référence pour ceux qui envisagent des moyens efficaces de collaborer avec les médecins, ceux qui réfléchissent aux rôles des médecins dans les soins de santé et ceux qui recherchent eux aussi la qualité des soins.

Le public, nos patients

On a rédigé CanMEDS en songeant aux patients. Voué par sa mission à la qualité des soins dispensés aux patients, le Collège royal s'est engagé lui aussi à améliorer continuellement la formation des médecins pour répondre aux besoins de ceux que nous servons. Les sondages auprès des patients et la recherche sur leurs besoins ont constitué des éléments critiques du document. Même si les lecteurs non initiés pourraient trouver le document technique, nous espérons qu'ils se réjouiront de l'importance qu'on y accorde aux soins axés sur les patients, à l'expertise clinique, à la communication et au professionnalisme.

Note sur l'utilisation

Le bureau CanMEDS reçoit de nombreuses demandes de renseignements sur la façon d'écrire au sujet de CanMEDS. Voilà pourquoi nous présentons ce guide de rédaction.

CITATION :

On peut citer le présent document de la façon suivante : Frank, JR. (réd.). 2005. Le Cadre des compétences des médecins CanMEDS 2005. L'excellence des normes, des médecins et des soins Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

TITRE OFFICIEL :

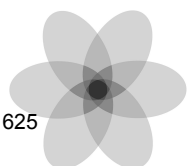
Le titre officiel actuel du programme est « CanMEDS ». L'acronyme original « ProMEDS 2000 : Projet canadien d'éducation des médecins spécialistes » n'est plus utilisé. Le programme et le cadre s'appellent CanMEDS dans toutes les langues et l'on a aussi laissé tomber l'expression française « ProMEDS 2000 ».

STYLE :

Pour des raisons historiques et par tradition, l'ordre officiel des rôles est le suivant : Expert médical, Communicateur, Collaborateur, Gestionnaire, Promoteur de la santé, Érudit et Professionnel.

Notre sur la propriété intellectuelle

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada détient un droit d'auteur et une marque de commerce 1994-2005 sur CanMEDS. Tous les droits sont réservés, sauf qu'il est possible d'utiliser gratuitement le cadre et de le reproduire pour apprentissage personnel, apprentissage collectif et utilisation sans but lucratif. La loi interdit toute autre reproduction, distribution ou modification par quelque moyen que ce soit. On peut adresser ses questions sur la propriété intellectuelle ou les demandes d'autorisation d'utiliser CanMEDS au Collège royal à canmeds@rcpsc.edu.



Introduction :

Cadre des compétences essentielles des médecins

CanMEDS est fondamentalement une initiative qui vise à améliorer les soins dispensés aux patients et cherche avant tout à énoncer une définition détaillée des compétences nécessaires à l'éducation en médecine et à la pratique.

Pourquoi CanMEDS?

Les médecins d'aujourd'hui voient toujours la nature de la prestation des soins de santé changer considérablement. Les rôles de tous les professionnels de la santé, des hôpitaux, des patients, des organismes subventionnaires et des gouvernements évoluent de façon précipitée. La pratique change tous les jours et des milliers de journaux médicaux documentent le progrès de notre compréhension des sciences biologiques, sociales et cliniques. Les patients sont traités dans des contextes plus diversifiés. Ils passent moins de temps à l'hôpital et ceux qui sont hospitalisés sont plus âgés et plus malades. Nous vivons à une époque où l'on insiste de plus en plus sur la responsabilisation et apprécie de moins en moins les professionnels et diverses autorités. La nature véritable d'un médecin n'a jamais été exposée à un tel risque. La question suivante se pose, comme cela s'est produit au Collège royal au début des années 90 : « Quelle est la meilleure façon de préparer les médecins à être efficaces dans cet environnement et à répondre vraiment aux besoins de leurs patients? »

Éducation médicale axée sur les résultats

Les questions reflètent le « mouvement des résultats » en éducation médicale². Il s'agit d'une importance renouvelée que l'on accorde à la préparation en vue de la pratique et non pour des raisons intellectuelles ou pour l'amour de la médecine, afin d'optimiser les résultats pour les patients et la société. C'est plus qu'une philosophie utilitaire : il faut « commencer en pensant à la fin ». Même si cette affirmation ressemble à un truisme, il s'agit en fait d'un virage fondamental pour les planificateurs de l'éducation en médecine, virage auquel le Collège royal a répondu il y a plus d'une décennie en créant CanMEDS. Le Collège royal a délaissé les documents normatifs qui constituaient des « listes d'épicerie » de sujets sur lesquels les futurs médecins devaient lire. Le cadre CanMEDS est un cadre de compétences, un guide vers les habiletés essentielles dont les médecins ont besoin pour optimiser les résultats pour les patients. Cette nouvelle approche est adoptée de façon plus générale, car de nombreuses administrations ont décidé d'adopter CanMEDS pour des raisons semblables³.

Une nouvelle définition de la compétence

Le processus qui consiste à définir les habiletés de base nécessaires pour traduire les données probantes disponibles sur la pratique efficace en éléments utiles pour l'éducation. Il en a découlé un nouveau cadre à facettes multiples de compétences du médecin qui comporte de nombreuses compétences. Pour qu'elles soient utiles, on a regroupé les compétences de façon thématique autour de « métacompétences » ou rôles du médecin pour CanMEDS. L'éducation en médecine a toujours décrit la compétence en fonction d'une expertise médicale de base. Dans le concept CanMEDS, l'Expert médical joue le rôle central d'intégration, mais ce n'est pas le seul. On a rendu plus explicites les domaines d'habileté qu'on a décrits il y a longtemps pour le médecin efficace^{4 5 6} ou manifestés par celui-ci et on leur a accordé une nouvelle importance. D'où les sept rôles CanMEDS.

² Harden RM. 2002. Developments in outcome-based education. *Med Teacher*. 24 :117-120.

³ Frank JR. 2004. Le projet CanMEDS : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada avance l'enseignement de la médecine au XXI^e siècle. L'évolution de la médecine spécialisée. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 199-211

⁴ Neufeld VR. Et al. 1998. Educating Future Physicians for Ontario. *Acad Med*. 73 :1133-1148

⁵ Epstein RM. And Hundert EM. 2002. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 287 :226-235.

⁶ Aretz HT. 2003. How good is the newly graduated doctor and can we measure it? *MJA*. 178 :147-148.

Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

La pratique de la médecine dans toute discipline est une science autant qu'un art. Tout cadre d'éducation qui essaie de saisir cette essence est obligatoirement structuré en fonction de divisions arbitraires. Autrement dit, même si le cadre CanMEDS comporte sept rôles, ce sont des mots qui servent à décrire les habiletés du médecin complet et entier. Le début du rôle de Collaborateur et la fin de celui de Communicateur reposent sur une justification éducationnelle qui facilite selon nous l'acquisition des habiletés. Cela dit, le cadre CanMEDS doit être un concept plus complet, plus utile et plus efficace que ses prédécesseurs pour planifier l'éducation en médecine.

Schéma CanMEDS

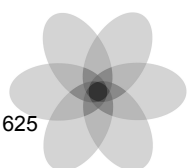
On a créé, en 2001, un schéma pour illustrer les éléments et les interdépendances des rôles CanMEDS incarnés par les médecins compétents : Expert médical (le rôle pivot), Communicateur, Collaborateur, Promoteur de la santé, Gestionnaire, Érudit et Professionnel. Ce schéma – aussi appelé « trèfle », « marguerite » ou « fleur » CanMEDS – a été protégé officiellement par une marque de commerce en 2005 et on l'a révisé pour qu'il reflète plus fidèlement la fluidité des rôles CanMEDS et leurs chevauchements.

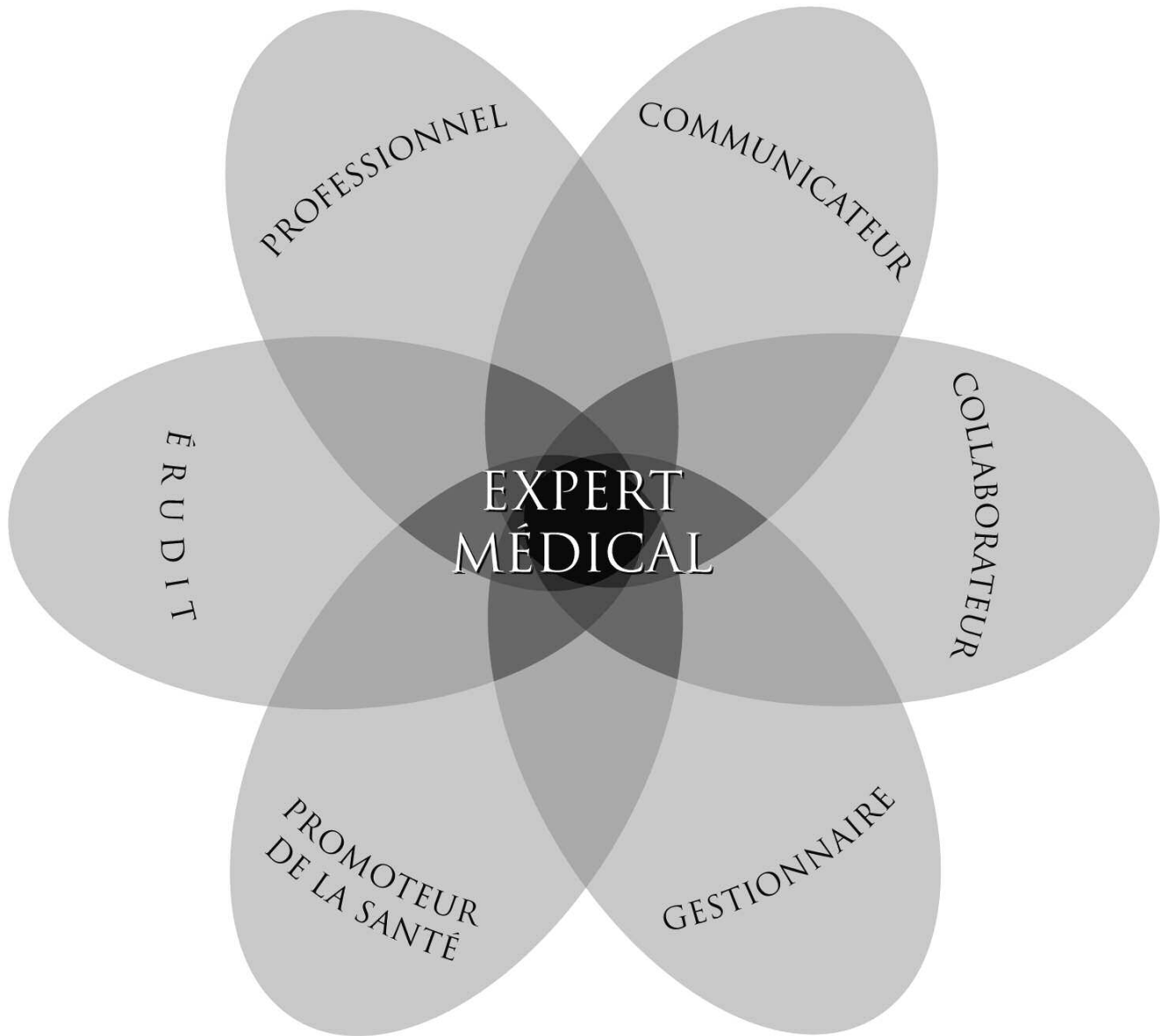
Structure du cadre

Les médecins appliquent tous les jours dans la pratique les sept rôles CanMEDS, ou groupes thématiques de compétences. Chaque compétence est constituée d'éléments indépendants et peut être subdivisée en éléments constituants plus petits pour l'enseignement, l'apprentissage, l'observation, l'interaction et l'évaluation. Afin de rendre le cadre utile pour les enseignants et ceux qui doivent composer les documents normatifs de leur spécialité, le cadre CanMEDS 2005 comporte de multiples niveaux. Le « Niveau 1 » est le principe de tous les rôles utilisés dans la pratique. Le « Niveau 2 » est celui des sept rôles CanMEDS. Le « Niveau 3 » inclut les compétences clés qui constituent chacun des rôles. L'Annexe A décrit cette taxonomie plus en détail.

CanMEDS 2005

Le cadre CanMEDS 2005 a été renouvelé et mis à jour, comme on peut le voir en détail dans le présent document. Il n'est toutefois pas plus efficace que les médecins dévoués qui enseignent, apprennent et l'incarnent tous les jours.





LE CADRE DE COMPÉTENCES CANMEDS



L'élaboration du cadre CanMEDS 2005

Le projet CanMEDS a constitué un travail de collaboration entre des centaines d'Associés du Collège royal, de médecins de famille, d'éducateurs et d'autres experts bénévoles qui ont œuvré pendant presque une quinzaine d'années. La production a obligé à consacrer d'innombrables heures à la recherche documentaire, des sondages auprès des interlocuteurs, des consultations, des exercices de dégagement de consensus, des débats et des concepts de la formation. Cette section résume brièvement les origines et la méthodologie utilisée dans l'élaboration du cadre CanMEDS. On a publié d'autres détails ailleurs⁷.

Origines

L'initiative CanMEDS a vu le jour au début des années 90 parce qu'on souhaitait réformer l'éducation en médecine afin d'assurer que les médecins étaient préparés pour s'épanouir dans le nouveau contexte des soins de santé. À compter de la fin des années 80, des Associés du CRMCC ont communiqué avec le service des Affaires des Associés pour exprimer leurs préoccupations au sujet des changements tumultueux qui survenaient dans la pratique de la médecine. Des comités de l'éducation ont produit des rapports sur l'évolution des enjeux et des tendances de l'éducation en médecine. Ils ont mis en évidence les préoccupations que soulevait chez eux le nouvel environnement des soins de santé et suggéré des façons possibles de préparer le mieux les médecins à cet égard. Ils ont défini des forces comme le consumérisme chez les patients, la réglementation gouvernementale, les impératifs financiers, l'information médicale sur Internet, les litiges, la technologie et l'explosion du savoir médical. Les Associés ont reflété les préoccupations des publications médicales modernes^{8 9 10 11 12 13 14 15}. Le Comité des politiques de la santé du Collège a répondu en créant un Groupe de travail sur les besoins sociétaux (GTBS) qu'il a chargé de « cerner les compétences génériques de base de tous les spécialistes pour répondre aux besoins de la société ». Ce travail est à l'origine du cadre CanMEDS. L'initiative CanMEDS s'est déroulée en quatre phases que nous décrivons ci-dessous.

Phase I : Élaboration du cadre (1993-1996)

Le GTBS a choisi les « compétences » – connaissances, habiletés et attitudes observables importantes – comme concept central de la planification de l'éducation médicale. Ce choix reflétait les buts ultimes du projet, soit acquérir les habiletés nécessaires pour dispenser les soins de la plus grande qualité. La définition des compétences de base a constitué une tâche énorme qui s'est étendue sur plus de trois ans. La méthodologie utilisée était complexe et systématique (Tableau 1). Les documents et le concept des « Rôles » du médecin fournis par le Projet de formation des futurs médecins de l'Ontario (FFMO)¹⁶ ont appuyé énormément ces efforts. Le GTBS a décidé de valider le cadre ainsi produit en organisant un sondage complexe auprès de deux cohortes d'Associés¹⁷. Sauf erreur, aucune autre organisation n'a encore essayé de valider ainsi un cadre de compétences des médecins.

⁷ Frank JR. 2004. L'évolution de la médecine spécialisée. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 199-211

⁸ Spencer J, Jordanie R. Educational outcomes and leadership to meet the needs of modern health care. Qual Hlth Care 2001;10(Suppl II) :ii38-ii45.

⁹ Curry L, Wergin JF. Educating professionals : responding to new expectations for competence and accountability. San Francisco : Jossey-Bass Pub.; 1993.

¹⁰ Lewis FR. Costs, competence, and consumerism: challenges to medicine in the new millennium. J Trauma. 2001;50 :185-194.

¹¹ Zelenock GB, Zambricki CS. The health-care crisis: impact on surgery in the community hospital setting. Arch Surg 2001;135 :585-591.

¹² Severs M, Crane S. Challenges in medical education – what the doctor ordered? Postgrad Med J 2000;76:599-601.

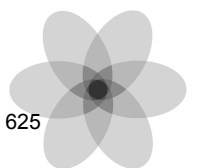
¹³ Lanier C et al. Doctor performance and public accountability. Lancet 2003;362:1404-08.

¹⁴ Kizer K. 2001. Establishing health care performance standards in an era of consumerism. JAMA 2003;286:1213-1217.

¹⁵ Davies C. Changing practice in health care. Postgrad Med J 2001;77:145-147.

¹⁶ Neufeld VR, Maudsley RF, Pickering RJ, Walters BC, Turnbull JM, Spasoff RA, et al. Demand-side medical education : educating future physicians for Ontario. JAMC 1993; 148(9):1471-7.

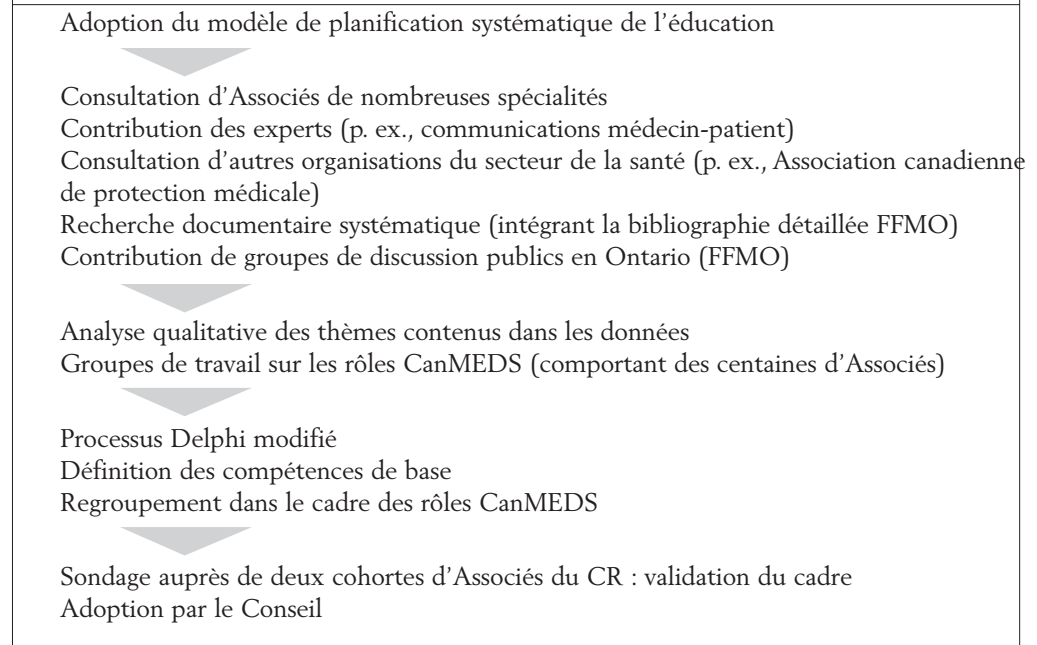
¹⁷ Jabbar M et al. Postgraduate Specialty Training : How Relevant is it to Practice? A CanMEDS 2000 Survey of Recent Specialty Medical Graduates. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 1997.



L'élaboration du cadre CanMEDS 2005

La Phase I du projet CanMEDS a atteint son point culminant dans l'adoption du cadre des compétences CanMEDS par le Conseil en 1996¹⁸. Le Collège répondait ainsi au nouvel environnement des soins de santé, modifiant le paysage de la formation médicale postdoctorale spécialisée au Canada et démontrant son engagement envers le bien public en approuvant le cadre de compétences axé sur les besoins sociétaux.

Tableau 1. La méthodologie suivie par le Projet CanMEDS pour élaborer le Cadre des compétences au cours de la Phase I



CanMEDS Phase II : projets pilotes (1996-1997)

On a commandé un certain nombre de projets pilotes d'envergure modeste afin d'étudier les méthodes suivies pour assurer l'intégration des rôles CanMEDS dans l'éducation en médecine, et en particulier la formation médicale postdoctorale. Ces projets se sont déroulés dans des facultés de médecine d'un bout à l'autre du Canada et ont mis à contribution diverses compétences.

CanMEDS Phase III : Mise en application (1997-2002)

Au cours de cette phase, le Bureau de l'éducation a cherché à assurer que l'on intégrait les compétences CanMEDS dans toutes les normes de la formation en résidence. Chaque spécialité a entrepris un exercice de cinq ans afin de modifier les normes CanMEDS spécifiquement en fonction de la spécialité ou de la surspécialité en cause. Le Tableau 2 présente la liste des types de normes révisées.

Tableau 2. Normes révisées au cours de la Phase III CanMEDS

Agrément général Normes d'agrément particulières à une spécialité Normes relatives aux titres particuliers à une spécialité Objectifs de la formation Fiche d'évaluation en fin de formation (FEFF) Plan directeur des examens

¹⁸ Résolution 1996-065, Conseil du CRMCC, avril 1996.



Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

CanMEDS Phase IV : Perfectionnement (2002 à aujourd'hui)

En 2001, la directrice du Bureau de l'éducation a commandé une évaluation des résultats afin de produire un instantané de l'état de CanMEDS au Canada¹⁹. L'évaluation a produit plusieurs constatations importantes, y compris les suivantes :

- L'intégration de CanMEDS au Canada s'est étendue de façon étonnante, non seulement en formation médicale postdoctorale spécialisée, mais aussi dans la formation de premier cycle et la formation médicale continue.
- Il y avait une variation importante entre les programmes de résidence sur le plan de l'adoption de la formation pour tous les rôles CanMEDS.
- La mise en œuvre des rôles s'est stratifiée en trois niveaux et l'on a reconnu que ceux d'Expert médical, d'Érudit et de Professionnel connaissaient un succès particulier. Les sondages ont révélé que ceux de Promoteur de la santé et de Gestionnaire posaient le plus grand défi. La Figure 2 illustre ces résultats.

Des directeurs de programme et des chefs de file de l'éducation ont demandé au Collège davantage d'aide sous forme de ressources d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation pour mettre en œuvre CanMEDS. Ces demandes sont à l'origine de la création, en 2002, du stade actuel, soit celui de la Phase IV : Perfectionnement, qui vise à répondre aux besoins d'aide supplémentaire définie par les éducateurs.

Révision du cadre CanMEDS

En 2003, le Bureau de l'éducation du CRMCC a commandé la création de huit groupes de travail constitués d'experts bénévoles pour revoir le cadre CanMEDS et assurer qu'il était formulé de façon optimale sur les plans de l'utilisation moderne et de la validité. Les membres des groupes de travail ont analysé les publications clés les plus récentes sur chaque rôle et des documents sur tout problème soulevé par l'utilisation du cadre depuis 1996. Associés du Collège royal, médecins de famille, infirmières, doyens des études postdoctorales, directeurs de programme, pédagogues, psychologues et résidents étaient au nombre des bénévoles. En mars 2005, les groupes de travail ont présenté au Collège leur rapport portant sur un cadre renouvelé et révisé, ainsi que des recommandations sur sa mise en œuvre. Le Conseil a approuvé le nouveau cadre CanMEDS 2005 en avril 2005²⁰.

Dans quelle mesure vos programmes ont-ils utilisé les rôles CanMEDS pour établir les objectifs de l'apprentissage, créer du matériel didactique, choisir les sujets des visites ou guider l'évaluation?

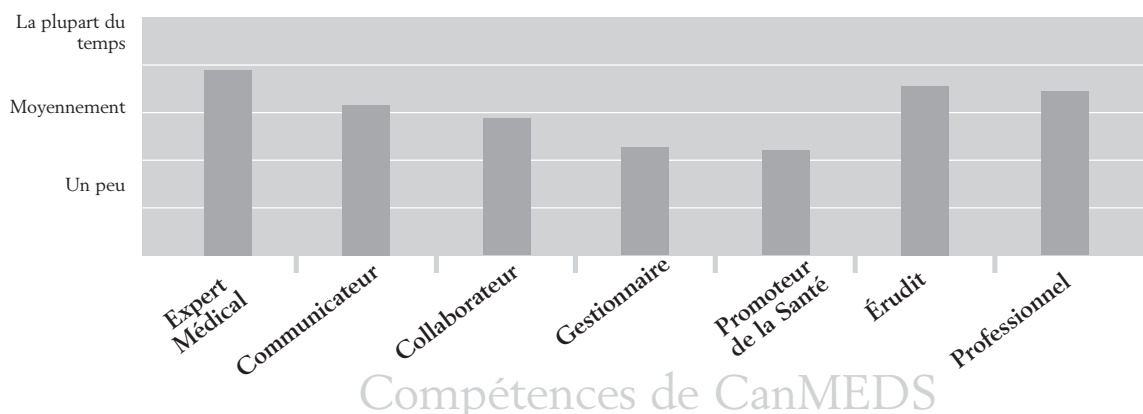
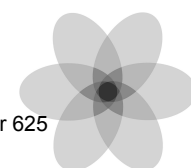


Figure 2. Résultats du sondage CanMEDS réalisé en 2001 par le CRMCC. Droit d'auteur 2001 CRMCC. Utilisation autorisée.

¹⁹ Frank JR. Implementing CanMEDS. Report to the Director of Education. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2001.

²⁰ Résolution 2005-012, Conseil du CRMCC, avril 2005.



Quoi de neuf dans le cadre CanMEDS 2005?

Comme on l'a déjà dit, les groupes de travail de la Phase IV ont formulé des recommandations sur la révision et le renouvellement du cadre CanMEDS. Voici les points saillants des changements importants apportés à chaque rôle et au cadre CanMEDS en général.

Cadre CanMEDS général

- Importance renouvelée accordée à la cohérence du cadre
- On s'est attaqué aux chevauchements entre les rôles
- Révision du schéma CanMEDS pour mieux refléter le concept du cadre CanMEDS comme concept de la compétence des médecins
- Détermination des éléments clés de chaque rôle comme outil à l'intention des concepteurs de programmes d'études
- Création de la taxonomie CanMEDS des niveaux de compétence des médecins (voir Annexe A) afin d'appuyer les concepteurs de programmes d'études et de documents normatifs qui utilisent CanMEDS
- Importance renouvelée accordée à la planification de l'éducation factuelle
- Compétences en éthique intégrées dans le tout le cadre et non seulement au rôle de Professionnel, comme l'a recommandé le Comité de l'éthique et de l'équité du CRMCC

Expert médical

- Importance renouvelée accordée au rôle d'Expert médical comme rôle central et intégrateur et celui qui distingue le plus les médecins des autres professionnels
- Rôle « développé » en éléments plus nombreux afin d'en faciliter l'utilisation dans la rédaction d'objectifs de programmes d'études
- Intégration de la déontologie de la pratique
- Clarification des compétences du médecin-conseil
- Utilisation non clinique de l'expertise médicale (en particulier dans les activités médico-légales) incluse de nouveau à la demande d'Associés actifs

Communicateur

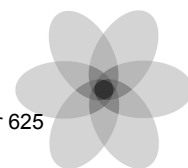
- Importance renouvelée accordée aux habiletés de communication avant, pendant et après le contact clinique (p. ex. comparativement à la présentation des résultats de recherche ou d'une conférence)
- Autres habiletés de communication déplacées aux rôles de Gestionnaire, d'Érudit et de Collaborateur
- Opérationnalisation des contacts cliniques afin d'y inclure le sens le plus général, soit celui des échanges dynamiques entre les médecins et leurs patients, les membres de leur famille et leurs proches, ou les collectivités, selon la discipline en cause (p. ex., médecine communautaire)
- Adoption et adaptation du cadre Calgary-Cambridge comme moyen d'organiser des contacts médecin-patient efficaces pour l'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation²¹
- Inclusion claire de la documentation écrite des contacts cliniques comme domaine de compétence clé
- Importance accordée à la prise de décision partagée et axée sur les patients
- Intégration des compétences bioéthiques nécessaires à l'efficacité des contacts cliniques

Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

Collaborateur	<ul style="list-style-type: none">• Importance renouvelée accordée aux habiletés nécessaires pour fonctionner dans une équipe de soins de santé efficace• Terminologie mise à jour pour tenir compte des publications sur les équipes interprofessionnelles• Intégration de données probantes démontrant que les comportements des équipes efficaces améliorent les résultats pour les patients• Intégration de la prise de décision en collaboration et des concepts des soins partagés afin de refléter les réalités courantes de la pratique• Sièges des compétences en gestion et résolution de conflits
Gestionnaire	<ul style="list-style-type: none">• Nouvelle importance accordée au fonctionnement efficace du médecin dans des organisations de soins de santé• Même convergence sur la prise des décisions relatives aux ressources• Terminologie mise à jour pour refléter le contexte courant des soins de santé• Intégration de connaissances théoriques et pratiques nécessaires pour organiser une pratique viable• Compétences « d'équipe » transférés au rôle de Collaborateur• Plus grande importance accordée au rôle de leadership et d'administrateur des médecins.
Promoteur de la santé	<ul style="list-style-type: none">• Restructuré en fonction du caractère essentiel de l'énoncé : « influence du médecin et connaissance du système de santé pour le soin des patients »• Importance renouvelée aux trois concepts de la promotion de la santé : représentation de patients en particulier, reconnaissance des déterminants de la santé dans les populations desservies et définitions d'enjeux de plus grande envergure en santé publique• Formulation clarifiée afin de rendre le rôle plus accessible pour les enseignants et les éducateurs• Intégration de publications et de manuels nouveaux sur la promotion de la santé• Inclusion du concept consistant à mobiliser des ressources afin d'améliorer les résultats pour les patients• Concepts des déterminants de la santé renouvelés
Érudit	<ul style="list-style-type: none">• Formulation mise à jour pour refléter les publications et la pratique modernes• Importance renouvelée accordée aux quatre mêmes concepts critiques : acquisition continue du savoir/PPC, évaluation critique, connaissance de la recherche et enseignement• La terminologie reflète maintenant les définitions de l'érudition de Boyer²²• Inclusion explicite de la déontologie de l'enseignement et de la recherche• Obligations éthiques de maintenir sa compétence pendant toute la vie
Professionnel	<ul style="list-style-type: none">• Mis à jour pour tenir compte des controverses et des causes de confusion• Reformulé en fonction des engagements envers la société, la profession et soi-même• Sièges des concepts de la pratique respectueuse de l'éthique• Intégration des concepts récents de la pratique viable et du mieux-être• Adoption d'une nouvelle terminologie pour remplacer « l'autoréglementation » : réglementation dirigée par la profession• Sièges du professionnalisme, mais le rôle va beaucoup plus loin.

²¹ Silverman J, Kurtz S, Draper J. 1998 Skills for Communicating with Patients. Grande-Bretagne : Radcliff Medical Press. 5-11

²² Boyer, E. 1990. Scholarship Reconsidered : Priorities of the Professoriate. New York : The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.





Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Expert médical

Définition :

En tant qu'*experts médicaux*, les médecins jouent tous les rôles CanMEDS et utilisent leur savoir médical, leurs compétences spécialisées cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins axés sur les patients. Le rôle d'*expert médical* est le rôle pivot du médecin dans le cadre CanMEDS.

Description :

Les médecins possèdent un corpus défini de savoir, de compétences spécialisées cliniques, de techniques d'intervention et d'attitudes professionnelles qu'ils utilisent pour dispenser des soins efficaces axés sur les patients. Ils utilisent ces compétences pour recueillir et interpréter de l'information, prendre des décisions cliniques appropriées et pratiquer des interventions diagnostiques et thérapeutiques. Ils le font en respectant les limites de leur discipline, de leur expertise personnelle, du contexte de soins de santé, ainsi que des préférences et du contexte du patient. Les soins qu'ils prodiguent sont caractérisés par une pratique clinique à jour, respectueuse de l'éthique et efficiente en ressources, ainsi que par une communication efficace en partenariat avec les patients, les autres prestataires de soins de santé et les collectivités. Le rôle d'expert médical constitue le point de convergence de l'activité des médecins et s'appuie sur les compétences incluses dans les rôles de communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel.

Éléments :

- Intégration et application de tous les rôles CanMEDS dans le soin des patients
- Connaissances médicales de base
- Détermination des problèmes des patients
- Raisonnement diagnostique
- Jugement clinique
- Prise de décision clinique
- Administration des traitements appropriés
- Maîtrise des techniques d'intervention
- Soins humanitaires
- Application des principes de l'éthique au soin des patients
- Fonctionnement comme médecin-conseil
- Connaissance des limites de son expertise
- Maintien de la compétence
- Principes de la sécurité des patients et évitement des événements indésirables

Objectifs spécifiques :

Les médecins peuvent...

1. fonctionner efficacement comme conseillers en jouant tous les rôles du cadre CanMEDS pour dispenser des soins médicaux optimaux, respectueux de l'éthique et axés sur les patients;
2. acquérir et maintenir des connaissances cliniques, des compétences spécialisées et des attitudes appropriées à leur champ d'exercice;
3. procéder à une évaluation complète et appropriée d'un patient;
4. pratiquer efficacement des interventions de prévention et de traitement;
5. utiliser avec compétence et de façon appropriée des techniques d'intervention tant diagnostiques que thérapeutiques;
6. consulter au besoin d'autres professionnels de la santé en reconnaissant les limites de leur expertise.



Expert médical

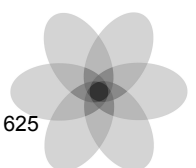
Objectifs spécifiques :

Les médecins peuvent...

- 1. Fonctionner efficacement comme conseillers en jouant tous les rôles du cadre CanMEDS pour dispenser des soins médicaux optimaux, respectueux de l'éthique et axés sur les patients.**
 - 1.1. Donner efficacement une consultation, et notamment présenter des évaluations et des recommandations bien documentées, oralement ou par écrit, pour répondre à une demande d'un autre professionnel de la santé .
 - 1.2. Utiliser efficacement toutes les compétences CanMEDS pertinentes à leur pratique.
 - 1.3. Définir les problèmes éthiques pertinents qui surgissent dans le soin des patients et y répondre de façon appropriée.
 - 1.4. Attacher des priorités efficaces et appropriées à leurs obligations professionnelles face à des patients et des problèmes multiples.
 - 1.5. Prodiguer des soins fondés sur la compassion et axés sur les patients.
 - 1.6. Reconnaître les dimensions déontologiques de la prise de décision en médecine et en tenir compte.
 - 1.7. Démontrer leur expertise médicale ailleurs que dans le soin des patients, notamment en témoignant comme experts devant les tribunaux ou conseillant les gouvernements au besoin.

- 2. Acquérir et maintenir des connaissances cliniques, des compétences spécialisées et des attitudes appropriées à leur champ d'exercice.**
 - 2.1. Appliquer de manière pertinente à leur spécialité, leurs connaissances des sciences cliniques, sociocomportementales et biomédicales fondamentales.
 - 2.2. Décrire le cadre des compétences du CRMCC qui sont pertinentes à leur spécialité.
 - 2.3. Appliquer les techniques d'acquisition continue des connaissances, dans le cadre du rôle d'érudite, afin de mettre en œuvre un programme personnel d'actualisation et d'amélioration des domaines de compétence professionnelle.
 - 2.4. Contribuer à l'amélioration la qualité des soins et la sécurité des patients dans leur pratique en tenant compte des meilleures données probantes disponibles et des pratiques exemplaires.

- 3. Procéder à une évaluation complète et appropriée d'un patient.**
 - 3.1 Identifier efficacement et explorer les problèmes à aborder au cours d'un contact avec un patient, y compris son contexte et ses préférences.
 - 3.2 Réunir les antécédents pertinents, concis et exacts en tenant compte du contexte et des préférences en vue de prévenir les maladies et promouvoir la santé, de diagnostiquer et/ou traiter.
 - 3.3 Procéder à un examen physique ciblé, pertinent et exact, en vue de prévenir les maladies et promouvoir la santé, de diagnostiquer et/ou traiter.



Expert médical

- 3.4 Choisir des méthodes de recherche appropriées sur le plan médical en procédant de façon efficace sur le plan des ressources et respectueuse de l'éthique.
 - 3.5 Démontrer des techniques efficaces de solution de problèmes cliniques et faire preuve de jugement face aux problèmes des patients, y compris interpréter les données disponibles et intégrer de l'information pour produire des diagnostics différentiels et des plans de traitement.
- 4. Pratiquer efficacement des interventions de prévention et de traitement.**
- 4.1 Mettre en œuvre un plan de traitement efficace en collaboration avec le patient et les membres de sa famille.
 - 4.2 Démontrer l'application efficace, appropriée et opportune d'interventions de prévention et de traitement pertinentes à leur pratique.
 - 4.3 S'assurer que l'on a recueilli le consentement éclairé nécessaire pour les traitements.
 - 4.4 S'assurer que les patients reçoivent des soins palliatifs appropriés.
- 5. Utiliser avec compétence et de façon appropriée des techniques d'intervention tant diagnostiques que thérapeutiques.**
- 5.1 Démontrer l'application efficace, appropriée et opportune d'interventions diagnostiques pertinentes à leur pratique.
 - 5.2 Démontrer l'application efficace, appropriée et opportune d'interventions thérapeutiques pertinentes à leur pratique.
 - 5.3 S'assurer que l'on a obtenu le consentement éclairé nécessaire pour des interventions.
 - 5.4 Documenter comme il se doit les interventions pratiquées et leur résultat et diffuser de l'information à ce sujet.
 - 5.5 Assurer que l'on organise un suivi approprié des interventions pratiquées.
- 6. Consulter au besoin d'autres professionnels de la santé en reconnaissant les limites de leur expertise.**
- 6.1 Démontrer qu'ils connaissent des limites de leur expertise en pratiquant l'autoévaluation.
 - 6.2 Démontrer qu'ils peuvent au besoin consulter efficacement, de la façon appropriée et au bon moment un autre professionnel pour optimiser les soins dispensés aux patients.
 - 6.3 Organiser des services de soins de suivi appropriés au patient et les membres de sa famille.





Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Communicateur

Définition :

Comme *communicateurs*, les médecins facilitent efficacement la relation médecin-patient et les échanges dynamiques qui se produisent avant, pendant et après le contact médical.

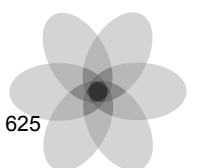
Description :

Les médecins permettent une communication thérapeutique axée sur les patients en partageant la prise de décision et échangeant de façon dynamique avec les patients, les membres de leur famille, les pourvoyeurs de soin, des professionnels de la santé et d'autres personnes importantes. Les compétences de ce rôle sont essentielles pour établir une relation et la confiance, établir un diagnostic, fournir de l'information, chercher à instaurer la compréhension mutuelle et faciliter un plan de soin partagé. Une communication médiocre peut produire des résultats non souhaités et la communication efficace joue un rôle crucial dans l'évolution optimale de l'état de santé des patients. L'application de ces compétences en communication et la nature de la relation médecin-patient varient selon les spécialités et les modes d'exercice de la médecine.

Éléments :

- Approche de la communication axée sur les patients
- Lien, confiance et éthique dans la relation médecin-patient
- Rapports thérapeutiques avec des patients, les membres de leur famille²³ et les soignants
- Relations médecin-patient diverses en fonction de pratiques médicales différentes
- Prise de décision partagée
- Concordance
- Compréhension mutuelle
- Empathie
- Capacité de compassion, caractère digne de foi, intégrité
- Flexibilité dans l'application des compétences spécialisées
- Processus interactif
- Compétence relationnelle dans les échanges
- Capacité d'obtenir et de résumer de l'information pour le soin des patients
- Efficience
- Exactitude
- Transmission d'information orale et écrite efficace pour le soin des patients
- Écoute efficace
- Utilisation de la communication verbale et non verbale experte
- Respect de la diversité
- Attention aux aspects psychosociaux de la maladie
- Communication de mauvaises nouvelles
- Traitement des enjeux en fin de vie
- Divulcation d'erreurs ou d'événements indésirables
- Consentement éclairé
- Évaluation de la compétence
- Documentation appropriée
- Communication publique et avec les médias, le cas échéant

²³ Silverman J, Kurtz S, Draper J. 1998 Skills for Communicating with Patients. Grande-Bretagne : Radcliff Medical Press. 5-11



Communicateur

Compétences principales :

Les médecins peuvent...

1. développer des relations thérapeutiques basées sur la confiance et respectueuses de l'éthique avec les patients et les membres de leur famille;
2. obtenir et résumer avec précision les renseignements pertinents et les points de vue des patients et des membres de leur famille, de confrères et d'autres professionnels;
3. fournir avec exactitude des renseignements pertinents et des explications aux patients et aux membres de leur famille, à des confrères et à d'autres professionnels;
4. établir une compréhension commune d'enjeux, de problèmes et de plans avec les patients et les membres de leur famille, des confrères et d'autres professionnels afin mettre en oeuvre un plan de soin partagé;
5. fournir des renseignements verbaux et écrits efficaces au sujet d'un contact médical.

Objectifs spécifiques :

Les médecins peuvent...

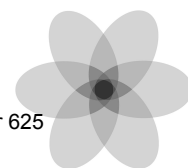
- 1. Établir un rapport, la confiance et des relations thérapeutiques respectueuses de l'éthique avec les patients et les membres de leur famille.**
 - 1.1. Reconnaître que le fait d'être un bon communicateur constitue une technique clinique essentielle pour les médecins et qu'une communication médecin-patient efficace peut favoriser la satisfaction du patient et du médecin, l'observation du traitement et une amélioration des résultats cliniques.
 - 1.2. Établir avec les patients et les membres de leur famille des relations thérapeutiques positives caractérisées par la compréhension, la confiance, le respect, l'honnêteté et l'empathie.
 - 1.3. Respecter le caractère confidentiel des renseignements du patient, sa vie privée et son autonomie.
 - 1.4. Écouter efficacement.
 - 1.5. Être à l'affût des indices non verbaux et y répondre.
 - 1.6. Faciliter efficacement un contact clinique structuré.
- 2. Trouver et résumer avec précision les renseignements pertinents et les points de vue des patients et des membres de leur famille, de confrères et d'autres professionnels.**
 - 2.1. Réunir de l'information sur une maladie, mais aussi sur les croyances d'un patient, ses préoccupations, ses attentes et le vécu de sa maladie.
 - 2.2. Chercher et résumer des renseignements pertinents provenant d'autres sources comme les membres de la famille du patient, ses pourvoyeurs de soin et des professionnels de la santé.
- 3. Fournir avec exactitude des renseignements pertinents et des explications aux patients et aux membres de leur famille, à des confrères et à d'autres professionnels.**
 - 3.1. Présenter à un patient et aux membres de sa famille, à des confrères et à d'autres professionnels, des renseignements de façon humaine et compréhensible qui encourage la discussion et la participation à la prise des décisions.



Communicateur

4. **Établir une compréhension commune des enjeux, problèmes et des de plans de traitement avec les patients et les membres de leur famille, des confrères et d'autres professionnels afin de mettre en oeuvre un plan de soin partagé.**
 - 4.1. Définir et explorer efficacement les problèmes auxquels il faut s'attaquer à la suite d'une entrevue avec un patient, y compris le contexte du patient, ses réponses, préoccupations et préférences.
 - 4.2. Respecter la diversité et la différence, y compris l'effet de la problématique hommes-femmes, de la religion et des croyances culturelles sur la prise de décision.
 - 4.3. Encourager la discussion, les questions et l'échange au cours de l'entrevue.
 - 4.4. Faire participer les patients, les membres de leur famille et les professionnels de la santé compétents, à la prise de décision partagée afin d'élaborer un plan de soin.
 - 4.5. S'attaquer efficacement à des problèmes de communication qui posent un défi comme lorsqu'il s'agit d'obtenir un consentement éclairé, d'annoncer une mauvaise nouvelle et de faire face à la colère, à la confusion et à l'incompréhension.

5. **Transmettre des renseignements verbaux et écrits efficaces au sujet d'un contact médical.**
 - 5.1. Tenir des dossiers clairs, exacts et appropriés (p. ex., écrits ou électroniques) sur les entrevues cliniques et les plans de traitement.
 - 5.2. Présenter efficacement des compte-rendus verbaux au sujet d'entrevues cliniques et de plans de traitement.
 - 5.3. Présenter efficacement au public ou aux médias, le cas échéant, de l'information médicale au sujet d'un problème médical.





Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Collaborateur

Définition :

Comme *collaborateurs*, les médecins travaillent efficacement dans une équipe de soins de santé afin de prodiguer des soins optimaux aux patients.

Description :

Les médecins travaillent en partenariat avec d'autres intervenants qui participent de manière appropriée au soin de personnes ou de groupes de patients en particulier. Ce partenariat est de plus en plus important dans un contexte multiprofessionnel moderne où les soins axés sur le patient sont un but largement partagé. Les équipes modernes de soins de santé regroupent non seulement des professionnels qui collaborent de près à un même endroit, comme une équipe d'étage, mais aussi des équipes élargies qui comptent tout un éventail de points de vue et de compétences spécialisées et oeuvrent à de multiples endroits. Il est donc essentiel pour les médecins de pouvoir collaborer efficacement avec les patients, les membres de leur famille et une équipe interprofessionnelle d'experts médicaux pour donner des soins, une formation et des connaissances spécialisées optimaux.

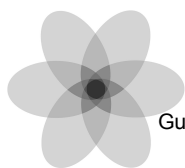
Éléments :

- Soins, culture et environnement fondés sur la collaboration
- Prise de décision partagée
- Partage de connaissances et d'information
- Délégation
- Équipes efficaces
- Respect des autres médecins et des membres de l'équipe de santé
- Respect de la diversité
- Dynamique d'équipe
- Leadership fondé sur les besoins des patients
- Négociation constructive
- Résolution, gestion et prévention des conflits
- Structures organisationnelles qui facilitent la collaboration
- Compréhension des rôles et des responsabilités
- Reconnaissance de ses rôles et de ses limites personnels
- Consultation efficace en ce qui a trait à la dynamique de la collaboration
- Soins primaires efficaces – collaboration avec les spécialistes
- Collaboration avec des organismes communautaires
- Collectifs de pratique
- Soins de santé interprofessionnels
- Soins de santé multiprofessionnels
- Apprentissage en collectivité
- Questions de genre

Compétences principales :

Les médecins peuvent...

1. participer efficacement et comme il se doit à l'activité d'une équipe interprofessionnelle de soins de santé;
2. collaborer efficacement avec d'autres professionnels de la santé afin d'éviter des conflits interprofessionnels, de les négocier et de les résoudre.



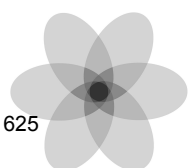
Collaborateur

Objectifs spécifiques :

Les médecins peuvent...

- 1. Participer efficacement et comme il se doit à l'activité d'une équipe interprofessionnelle de soins de santé.**
 - 1.1. Décrire clairement leurs rôles et leurs responsabilités à d'autres professionnels.
 - 1.2. Décrire les rôles et les responsabilités d'autres professionnels membres de l'équipe de soins de santé.
 - 1.3. Reconnaître et respecter la diversité des rôles, des responsabilités et des compétences d'autres professionnels par rapport aux leurs.
 - 1.4. Collaborer avec d'autres personnes pour évaluer, planifier, prodiguer et intégrer des soins à des patients en particulier (ou des groupes de patients).
 - 1.5. Collaborer, le cas échéant, avec d'autres intervenants pour évaluer, planifier, prodiguer des soins et revoir d'autres tâches comme des problèmes de recherche, de la formation, l'examen de programmes ou des responsabilités administratives.
 - 1.6. Participer efficacement à des réunions d'équipes interprofessionnelles.
 - 1.7. Établir des relations d'interdépendance avec d'autres professions pour prodiguer des soins de qualité.
 - 1.8. Décrire les principes de la dynamique d'équipe.
 - 1.9. Respecter l'éthique de l'équipe, y compris la confidentialité, l'affectation des ressources et le professionnalisme.
 - 1.10. Faire preuve, le cas échéant, de leadership dans une équipe de soins de santé.

- 2. Collaborer efficacement avec d'autres professionnels de la santé afin d'éviter des conflits interprofessionnels, de les négocier et de les résoudre.**
 - 2.1. Respecter leurs confrères et les membres d'une équipe interprofessionnelle.
 - 2.2. Collaborer avec d'autres professionnels pour prévenir les conflits.
 - 2.3. Recourir à la négociation fondée sur la collaboration pour résoudre des conflits.
 - 2.4. Respecter les différences, les malentendus et les limites chez d'autres professionnels.
 - 2.5. Reconnaître leurs propres différences, incompréhensions et limites qui peuvent contribuer à la tension entre professionnels.
 - 2.6. Réfléchir sur le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle.





Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Gestionnaire

Définition :

Comme *gestionnaires*, les médecins participent à part entière à la vie d'organisations prodiguant de soins de santé où ils gèrent des pratiques durables, prennent des décisions sur l'affectation des ressources et contribuent à l'efficacité du système de soins de santé.

Description :

Les médecins échangent avec leur milieu de travail comme personnes, membres d'équipes ou de groupes et participants au système de santé sur la scène locale, régionale ou nationale. L'équilibre des différents niveaux d'importance varie en fonction de la nature de leur spécialité. Cependant, toutes les spécialités ont des responsabilités administratives définies clairement comme une exigence essentielle à respecter pour pratiquer la médecine dans leur discipline. Les médecins jouent le rôle de gestionnaire dans leurs activités quotidiennes qui impliquent des confrères, des ressources et des tâches organisationnelles, tels les processus de soin, ainsi que des politiques, sans oublier l'équilibre à établir dans leur vie personnelle. Les médecins doivent donc pouvoir établir des priorités, exécuter efficacement des tâches en collaborant avec des confrères et faire des choix systématiques dans la répartition de ressources de soins de santé limitées. Le rôle de gestionnaire du cadre CanMEDS décrit l'intervention active de tous les médecins comme participants à part entière à la prise de décisions dans le fonctionnement du système de soins de santé.

Éléments :

- Médecins comme participants actifs du système de santé
- Rôles et responsabilités des médecins dans le système de santé
- Prise de décision en collaboration
- Assurance et amélioration de la qualité
- Organisation, structure et financement du système de santé
- Gestion du changement
- Leadership
- Supervision
- Administration
- Prise en considération de la justice, de l'efficience et de l'efficacité dans la répartition de ressources de la santé limitées afin d'optimiser le soin des patients
- Budgétisation et finances
- Établissement de priorités
- Gestion médicale pour maintenir une pratique viable et la santé des médecins
- Ressources humaines du secteur de la santé
- Gestion du temps
- Modes possibles de rémunération des médecins
- Négociation
- Cheminement de carrière
- Technologie de l'information au service des soins de santé
- Réunions et comités efficaces



Gestionnaire

Compétences principales :

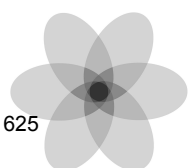
Les médecins peuvent...

1. participer à des activités qui contribuent à l'efficacité de leurs organisations et systèmes de soins de santé;
2. gérer efficacement leur pratique et leur carrière;
3. répartir judicieusement des ressources en soins de santé limitées;
4. assumer des rôles en administration et de chef de file au besoin.

Objectifs spécifiques :

Les médecins peuvent...

- 1. Participer à des activités qui contribuent à l'efficacité de leurs organisations et systèmes de soins de santé.**
 - 1.1. Travailler en collaboration avec d'autres membres de leur organisation.
 - 1.2. Participer à l'évaluation et à l'amélioration des processus systémiques de maintien de la qualité, comme les initiatives sur la sécurité des patients.
 - 1.3. Décrire la structure et le fonctionnement du système de santé en ce qui a trait à leur spécialité, y compris les rôles des médecins.
 - 1.4. Décrire les principes du financement des soins de santé, y compris la rémunération des médecins, l'établissement des budgets et le financement d'organisations.
- 2. Gérer efficacement leur pratique et leur carrière.**
 - 2.1. Établir des priorités et gérer leur temps de façon à établir un équilibre entre le soin des patients, les exigences de la pratique, les activités de l'extérieur et leur vie personnelle.
 - 2.2. Gérer une pratique, y compris des ressources financières et humaines.
 - 2.3. Mettre en œuvre des processus afin d'assurer l'amélioration de leur pratique personnelle.
 - 2.4. Employer judicieusement la technologie de l'information au service du soin des patients.
- 3. Répartir judicieusement des ressources en soins de santé limitées.**
 - 3.1. Reconnaître l'importance de la juste répartition des ressources de la santé en établissant un équilibre entre l'efficacité, l'efficacité et l'accès, d'une part, et le soin optimal des patients, de l'autre.
 - 3.2. Appliquer des données probantes et des processus de gestion pour dispenser des soins dont le coût est approprié.
- 4. Jouer des rôles d'administrateur et de chef de file au besoin.**
 - 4.1. Présider des comités et des réunions, ou y participer efficacement.
 - 4.2. Diriger ou mettre en œuvre un changement des soins de santé.
 - 4.3. Planifier des éléments pertinents de la prestation des soins de santé (p. ex., horaires de travail).





Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Promoteur de la santé

Définition :

Comme *promoteurs de la santé*, les médecins utilisent leur expertise et leur influence de façon responsable pour promouvoir la santé et le mieux-être des patients, collectivités et populations.

Description :

Les médecins reconnaissent qu'ils doivent et peuvent améliorer l'état de santé global de leurs patients et de la société qu'ils servent. Les médecins estiment que les activités de promotion sont importantes pour le patient en particulier, pour des populations de patients et pour des collectivités. Les patients ont besoin que les médecins les aident à s'y retrouver dans le système de soins de santé, et à avoir accès aux ressources appropriées en temps opportun. Les collectivités et les sociétés ont besoin de l'expertise spéciale des médecins pour définir des enjeux sanitaires généraux et les éléments déterminants de la santé, et pour les aborder en partenariat. À ce stade, la promotion de la santé met en jeu des efforts qui visent à modifier des pratiques ou des politiques en particulier pour le compte des populations servies. Défini de cette façon à niveaux multiples, ce rôle constitue un élément essentiel et fondamental de la promotion de la santé, qui s'exprime de la façon appropriée par les interventions à la fois individuelles et collectives des médecins qui cherchent à influencer la santé publique et les politiques en la matière.

Éléments :

- Représentation de patients en particulier, de populations et de collectivités
- Promotion de la santé et prévention des maladies
- Déterminants de la santé, y compris facteurs psychologiques, biologiques, sociaux, culturels et économiques
- Obligation de fiduciaire de soigner
- Rôle de la profession médicale dans la société
- Utilisation responsable de l'autorité et de l'influence
- Mobilisation des ressources au besoin
- Adaptation de la pratique, de la gestion et de l'éducation aux besoins du patient en particulier
- Sécurité des patients
- Principes de la politique de la santé et ses répercussions
- Interdépendance entre la représentation et d'autres rôles et compétences CanMEDS

Compétences principales :

Les médecins peuvent...

1. répondre aux besoins et aux problèmes de santé de patients en particulier dans le contexte du soin des patients;
2. répondre aux besoins sanitaires des collectivités qu'ils servent;
3. définir les déterminants de la santé des populations qu'ils servent;
4. promouvoir la santé de patients en particulier, de collectivités et de populations.

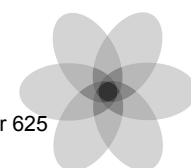


Promoteur de la santé

Objectifs spécifiques :

Les médecins peuvent...

- 1. Répondre aux besoins et aux problèmes de santé de patients en particulier dans le contexte du soin des patients.**
 - 1.1. Définir les besoins sanitaires d'un patient en particulier.
 - 1.2. Repérer des possibilités de représentation, de promotion de la santé et de prévention des maladies auprès de personnes auxquelles ils prodiguent des soins.
- 2. Répondre aux besoins sanitaires des collectivités qu'ils servent.**
 - 2.1. Décrire les milieux de pratique qu'ils servent.
 - 2.2. Repérer des possibilités de représentation, de promotion de la santé et de prévention des maladies dans les collectivités qu'ils servent et y réagir de la façon appropriée.
 - 2.3. Comprendre qu'il peut y avoir des intérêts divergents entre les collectivités servies et d'autres populations.
- 3. Définir les éléments déterminants de la santé des populations qu'ils servent.**
 - 3.1. Définir les éléments déterminants de la santé des populations, y compris les obstacles à l'accès aux soins et aux ressources.
 - 3.2. Repérer les groupes marginalisés au sein des populations servies et y répondre de la façon appropriée.
- 4. Promouvoir la santé des patients, collectivités et populations.**
 - 4.1. Décrire une façon de mettre en œuvre un changement d'un élément déterminant de la santé des populations qu'ils servent.
 - 4.2. Décrire l'effet des politiques publiques sur la santé des populations servies.
 - 4.3. Repérer les points d'influence dans le système de santé et sa structure.
 - 4.4. Décrire les enjeux éthiques et professionnels inhérents à la représentation dans le domaine de la santé, y compris l'altruisme, la justice sociale, l'autonomie, l'intégrité et l'idéalisme.
 - 4.5. Comprendre la possibilité inhérente de conflits entre leur rôle de promoteur de la santé qui intervient en faveur d'un patient ou d'une collectivité et celui de gestionnaire ou de régulateur des ressources.
 - 4.6. Décrire le rôle de la profession médicale dans l'intervention collective en faveur de la santé et de la sécurité des patients.





Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Érudit

Définition : Comme *érudits*, les médecins démontrent un engagement de toute une vie envers l'apprentissage fondé sur la réflexion, ainsi que la création, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances médicales.

Description : Les médecins cherchent pendant toute leur vie à maîtriser leur domaine d'expertise. Comme apprenants, ils reconnaissent qu'il faut apprendre continuellement et donner l'exemple aux autres. Par leurs activités savantes, ils contribuent à créer, diffuser, appliquer et utiliser les connaissances médicales. Comme formateurs, ils facilitent la formation de leurs étudiants, patients, confrères et d'autres personnes.

- Éléments :**
- Acquisition continue du savoir
 - Obligation morale et professionnelle de maintenir la compétence et de rendre des comptes
 - Répercussions sur tous les aspects de la pratique
 - Autoévaluation
 - Définition des lacunes des connaissances
 - Questions efficaces pour apprendre
 - Accès à l'information pour la pratique
 - Évaluation critique des données probantes
 - Médecine factuelle
 - Application des connaissances (données probantes) dans la pratique
 - Application des connaissances à la compétence professionnelle
 - Amélioration de la compétence professionnelle
 - Utilisation de tout un éventail de méthodes d'apprentissage
 - Principes de l'apprentissage
 - Modélisation
 - Évaluation des apprenants
 - Rétroaction
 - Mentorat
 - Éthique enseignant-étudiant, questions de pouvoir, confidentialité, limites
 - Apprendre ensemble
 - Collectifs de pratique
 - Recherche/curiosité scientifique
 - Éthique de la recherche, divulgation, conflits d'intérêts, sujets humains et relations avec l'industrie

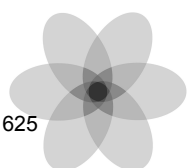
- Compétences principales :**
- Les médecins peuvent...*
1. maintenir et améliorer les activités professionnelles par l'acquisition continue du savoir;
 2. évaluer de façon critique de l'information et ses sources et l'appliquer judicieusement aux décisions à prendre dans le contexte de la pratique;
 3. faciliter l'acquisition du savoir pour les patients, les membres de leur famille, les étudiants, les résidents, d'autres professionnels de la santé, le public et d'autres intervenants, le cas échéant;
 4. contribuer à la création, à la diffusion, à l'application et à l'utilisation de connaissances et de pratiques médicales nouvelles.



Objectifs spécifiques :

Les médecins peuvent...

- 1. Maintenir et améliorer les activités professionnelles par l'acquisition continue du savoir.**
 - 1.1. Décrire les principes du maintien de la compétence.
 - 1.2. Décrire les principes et les stratégies de mise en œuvre d'un système de gestion du savoir personnel.
 - 1.3. Reconnaître les problèmes d'apprentissage dans la pratique et en tenir compte.
 - 1.4. Procéder à une vérification de la pratique personnelle.
 - 1.5. formuler une question d'apprentissage appropriée.
 - 1.6. Consulter et interpréter les données probantes pertinentes.
 - 1.7. Appliquer de nouvelles connaissances dans la pratique.
 - 1.8. Évaluer l'incidence de tout changement dans la pratique.
 - 1.9. Documenter le processus d'apprentissage.
- 2. Évaluer de façon critique de l'information et ses sources et l'appliquer judicieusement aux décisions à prendre dans le contexte de la pratique.**
 - 2.1. Décrire les principes de l'évaluation critique.
 - 2.2. Évaluer de façon critique les données probantes extraites afin de répondre à une question clinique.
 - 2.3. Intégrer des conclusions d'évaluation critique dans les soins cliniques.
- 3. Faciliter l'acquisition du savoir pour les patients, les membres de leur famille, les étudiants, les résidents, d'autres professionnels de la santé, le public et d'autres intervenants, le cas échéant.**
 - 3.1. Décrire les principes de l'apprentissage pertinents à la formation en médecine.
 - 3.2. Définir d'une façon axée sur la collaboration les besoins en apprentissage et les résultats de l'apprentissage souhaités chez des tiers.
 - 3.3. Choisir des stratégies d'enseignement et du contenu efficaces afin de faciliter l'apprentissage chez des tiers.
 - 3.4. Démontrer des techniques efficaces de présentation ou de conférences d'exposés.
 - 3.5. Évaluer un contact d'enseignement et y réfléchir.
 - 3.6. Fournir de la rétroaction efficace.
 - 3.7. Décrire les principes de l'éthique qui ont trait à l'enseignement.
- 4. Contribuer à la création, à la diffusion, à l'application et à l'utilisation de connaissances et de pratiques médicales nouvelles.**
 - 4.1. Décrire les principes de la recherche et de la recherche savante.
 - 4.2. Décrire les principes de l'éthique de la recherche.
 - 4.3. Poser une question érudite.
 - 4.4. Effectuer une recherche systématique de données probantes.
 - 4.5. Choisir et appliquer des méthodes appropriées pour répondre à la question.
 - 4.6. Diffuser comme il se doit les résultats d'une étude.





Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Professionnel

Définition :

Comme *professionnels*, les médecins sont voués à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique, à l'autoréglementation de la profession et aux critères rigoureux de comportements personnels.

Description :

Les médecins ont un rôle unique à jouer dans la société comme professionnels voués à la santé et au soin de tiers. Leur travail les oblige à maîtriser un corpus complet de connaissances et de compétences spécialisées, ainsi que l'art de la médecine. Le rôle de professionnel est donc guidé par des codes de déontologie et un engagement envers les compétences cliniques, l'adoption d'attitudes et de comportements appropriés, l'intégrité, l'altruisme, le mieux-être personnel et la promotion du bien public dans leur domaine. Ces engagements constituent la base d'un contrat social conclu entre un médecin et la société qui accorde en retour aux médecins le privilège de l'autoréglementation de la profession à condition qu'ils rendent compte à ceux qu'ils servent²⁴.

Éléments :

- Altruisme
- Intégrité et honnêteté
- Compassion et bienveillance
- Caractère moral et codes de comportement
- Responsabilité envers la société
- Responsabilité envers la profession, y compris obligation relative à l'examen par les pairs
- Responsabilité envers soi, y compris soin de sa personne afin de servir autrui
- Engagement d'excellence dans la pratique clinique et maîtrise de la discipline
- Engagement de promotion du bien public dans les soins de santé
- Obligation de rendre compte aux organismes de réglementation de la profession
- Engagement envers les normes de la profession
- Principes et théories de la bioéthique
- Cadres médico-légaux qui régissent la pratique
- Conscience de soi
- Pratique viable et santé des médecins
- Autoévaluation
- Divulgarion des erreurs ou des événements indésirables

Compétences principales :

Les médecins peuvent...

1. démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société par la pratique respectueuse de l'éthique;
2. démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société en participant à l'autoréglementation de la profession;
3. démontrer un engagement envers la santé des médecins et leur pratique durable.

²⁴ Cette description est adaptée de Cruess S, Johnston S, Cruess R. 2004. « Profession » : a working definition for medical educators. *Teaching and Learning in Medicine*. 16(1) : 74-6.



Professionnel

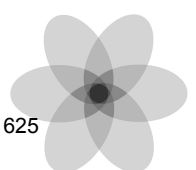
Objectifs spécifiques :

Les médecins peuvent...

- 1. Démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société par la pratique respectueuse de l'éthique.**
 - 1.1. Avoir les comportements professionnels appropriés dans la pratique, y compris l'honnêteté, l'intégrité, l'engagement, la compassion, le respect et l'altruisme.
 - 1.2. Démontrer leur engagement à dispenser des soins de la plus grande qualité et de maintenir leur compétence.
 - 1.3. Répondre de la façon appropriée aux problèmes d'éthique qui se posent dans la pratique.
 - 1.4. Gérer les conflits d'intérêts de la façon appropriée.
 - 1.5. Reconnaître les principes et les limites de la confidentialité chez les patients tels que définis par les normes d'exercice de la profession et la loi.
 - 1.6. Maintenir des relations appropriées avec les patients.

- 2. Démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société en participant à l'autoréglementation de la profession.**
 - 2.1. Comprendre les codes de pratique de la profession, fondés sur la loi et la déontologie.
 - 2.2. S'acquitter des obligations réglementaires et législatives découlant de la pratique courante.
 - 2.3. Démontrer leurs responsabilités face aux organismes de réglementation de la profession.
 - 2.4. Reconnaître le comportement antiprofessionnel de tiers dans la pratique et y réagir.
 - 2.5. Participer à l'examen de pairs.

- 3. Démontrer un engagement envers la santé des médecins et leur pratique durable.**
 - 3.1. Établir un équilibre entre les priorités personnelles et professionnelles afin d'assurer leur santé personnelle et une pratique viable.
 - 3.2. S'efforcer d'accentuer leur sensibilisation et leur perspicacité personnelles et professionnelles.
 - 3.3. Reconnaître d'autres professionnels qui sont dans le besoin et réagir de la façon appropriée.



Remerciements

La mise en œuvre de la mission du Collège royal ne serait pas possible sans le soutien inébranlable des centaines d'enseignants en médecine, des médecins de famille et spécialistes, des résidents, des membres de comités et des employés.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux nombreux volontaires qui ont siégés pendant presque deux ans aux groupes de travail CanMEDS. Le cadre CanMEDS amélioré et mis à jour est le fruit de leurs efforts minutieux et permettra un apprentissage et une évaluation accrue des compétences CanMEDS. De plus, nous aimerions remercier sincèrement les bénévoles spécialistes qui ont fait don de leur temps et de leur expertise pour réviser les rapports des groupes de travail. Nous sommes particulièrement reconnaissant aux personnes suivantes pour leur soutien continu : D^r Michel Brazeau, Directeur général, D^{re} Nadia Mikhael, Directrice du Bureau de l'éducation, D^r Jim Hickey, Directeur du Bureau des affaires des Associés, D^r Charles Weijer et autres membres du Comité sur l'éthique et l'équité du CRMCC, ainsi que D^r Craig Campbell, Directeur du Bureau du perfectionnement professionnel.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada remercie les personnes suivantes qui ont apporté des contributions précieuses au projet :

Groupe de travail consultatif

Mona Jabbour (coprésidente), Pédiatrie, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa
Jason R. Frank (coprésident), CanMEDS, Bureau de l'éducation, CRMCC, Ottawa
Pamela Catton, Radio-oncologie, Hôpital Princess Margaret, Toronto
Alexandra Harrison, Formation médicale postdoctorale, Université de Calgary, Calgary
David McKnight, Département d'anesthésie, Hôpital St. Michael's, Toronto
Louise Samson, Département de radiologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Montréal
John Seely, Soins palliatifs, Hôpital d'Ottawa, Ottawa
Linda Snell, Division de la médecine interne générale, Hôpital Royal Victoria, Montréal
Susan Tallett, Division de l'éducation en médecine, Hôpital pour enfants malades, Toronto
Sarita Verma, Faculté des sciences de la santé, Université Queen's, Kingston

Groupe de travail sur l'expert médical

David McKnight (président), Département d'anesthésie, Hôpital St. Michael's, Toronto
Pat Croskerry, Département de médecine d'urgence, Hôpital général Dartmouth, Halifax
Mark Goldzmidt, Département de médecine, Centre des sciences de la santé de London, London
Helen MacRae, Département de chirurgie, Hôpital Mount Sinai, Toronto
Joseph Mikhael, Médecine interne/hématologie, Hôpital Princess Margaret, Toronto
Jeff Turnbull, Département de médecine, Hôpital d'Ottawa, Ottawa



Groupe de travail sur le communicateur

Pamela Catton (présidente), Radio-oncologie, Hôpital Princess Margaret, Toronto
Maria Bachus, Réseau de santé universitaire, Hôpital Toronto General, Toronto
Gary Cole, Unité de recherche éducationnelle et de développement, Bureau de l'éducation, CRMCC, Ottawa
Lara Cooke, Neurologie, Université de Calgary, Calgary
Suzanne Kurtz, Facultés d'éducation et de médecine, Université de Calgary, Calgary
Toni Laidlaw, Division de l'éducation en médecine, Université Dalhousie, Halifax
Anne-Marie MacLellan, Pédiatrie, Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal
Andrew Seely, Chirurgie thoracique et soins critiques, Université d'Ottawa, Ottawa

Groupe de travail sur le collaborateur

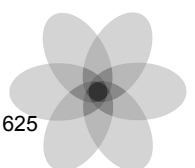
Louise Samson (présidente), Département de radiologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Sherry Espin, RSU et Centre Wilson pour la recherche en éducation, Université de Toronto, Toronto
Ivy Oandasan, Département de médecine familiale et communautaire, Réseau de santé universitaire, Toronto
Bartolomie Pleszewski, Département de radiologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal
Arthur Rothman, Département de médecine, Université de Toronto, Toronto
John Seely, Programme de soins palliatifs, Hôpital d'Ottawa, Ottawa
Yvonne Steinert, Faculté de médecine, Université McGill, Montréal
Wayne Weston, Centre de médecine familiale Byron, London

Groupe de travail sur le gestionnaire

Alexandra Harrison (présidente), Formation médicale postdoctorale, Université de Calgary, Calgary
Dale Dauphinee, Conseil médical du Canada, Ottawa
Des Leddin, Médecine interne/gastroentérologie, Hôpital Victoria General, Halifax
Susan Lief, Département de psychiatrie, Hôpital Baycrest, North York
Saleem Razack, Résidence en pédiatrie, Université McGill, Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal
Neil Sweezey, Recherche en biologie pulmonaire, Hôpital pour enfants malades, Toronto
Eric Webber, Chirurgie générale/pédiatrique, Hôpital de la Colombie-Britannique pour enfants, Vancouver

Groupe de travail sur le promoteur de la santé

Sarita Verma (présidente), Faculté des sciences de la santé, Université Queen's, Kingston
Glen Bandiera, Médecine d'urgence, Hôpital St. Michael's, Toronto
Leslie Buckley, Psychiatrie, Université de Toronto, Toronto
Connie Côté, Fédération des ordres des médecins du Canada, Ottawa
Leslie Flynn, Psychiatrie, Formation médicale postdoctorale, Université Queen's, Kingston
Ken Harris, Département de chirurgie vasculaire, Centre des sciences de santé de London,
Ivy Oandasan, Département de médecine familiale et communautaire, Réseau de santé universitaire, Toronto
Denyse Richardson, Médecine physique et réadaptation, Centre de réadaptation de Toronto



Groupe de travail sur l'érudit

Susan Tallett (présidente), Division de l'éducation en médecine, Hôpital pour enfants malades, Toronto
Lisa Calder, Médecine d'urgence, Université d'Ottawa, Ottawa
Craig Campbell, Bureau du perfectionnement professionnel, CRMCC, Ottawa
Marcel D'Eon, Soutien à l'éducation et perfectionnement, Université de la Saskatchewan, Saskatoon
Erin Keely, Département de médecine, Hôpital d'Ottawa, Ottawa
Margaret Kennedy, Unité des normes éducatives, Bureau de l'éducation, CMRCC, Ottawa
Gilles Hudon, Fédération des médecins spécialistes du Québec, Montréal
Jay Rosenfield, Pédiatrie, Hôpital pour enfants malades, Toronto

Groupe de travail sur le professionnel

Linda Snell (présidente), Division de médecine interne générale, Hôpital Royal Victoria, Montréal
Michel Brazeau, chef de la direction, CRMCC, Ottawa
Keith Brownell, Département de neurosciences cliniques, Hôpital Foothills, Calgary
Pierrette Léonard, Affaires publiques, CRMCC, Ottawa
Bryan Magwood, Pédiatrie, Centre Brodie, Université du Manitoba, Winnipeg
Merril Pauls, Département de bioéthique, Université de Dalhousie, Halifax
William Pope, Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba, Winnipeg
Monica Penner, Département d'anesthésie, Hôpital de l'Université de l'Alberta, Edmonton
Derek Puddester, Services aux patients en santé mentale, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa
Adrian Robertson, Médecine d'urgence, Thunder Bay

Équipe de rédaction

Jason R. Frank, CanMEDS, Bureau de l'éducation, CRMCC, Ottawa
Ginette D. Bourgeois, CanMEDS, Bureau de l'éducation, CMRCC, Ottawa
Mona Jabbour, Pédiatrie, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa
Danielle Fréchette, Élaboration de politiques, CMRCC, Ottawa
Meridith Marks, Département de médecine, Hôpital d'Ottawa, Ottawa
Nadine Valk, Politiques, Bureau de l'éducation, CRMCC, Ottawa

Équipe CanMEDS, CRMCC

Jason R. Frank, CanMEDS, Bureau de l'éducation, CRMCC, Ottawa
Ginette D. Bourgeois, CanMEDS, Bureau de l'éducation, CRMCC, Ottawa
Aubrie McGibbon, CanMEDS, Bureau de l'éducation, CRMCC, Ottawa

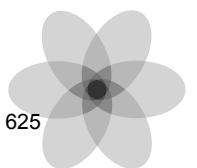


Annexe A

La taxonomie éducationnelle CanMEDS des niveaux de compétence

La taxonomie éducationnelle CanMEDS

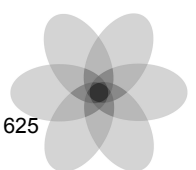
Niveau 1	Éventail complet des compétences du médecin spécialiste. Le niveau 1 désigne la réalité où chaque médecin possède un ensemble particulier d'habiletés qu'il exprime dans sa pratique. Dans la pratique quotidienne, ces compétences sont intégrées en un tout transparent et reflètent les activités quotidiennes du médecin. Pour les besoins de l'éducation dans un cadre de compétences, les habiletés s'entendent de groupes ou domaines thématiques. Dans le cadre CanMEDS, il s'agit des rôles du médecin.
Niveau 2	Les rôles CanMEDS. Le niveau 2 désigne les sept rôles, ou groupes thématiques de compétences, qui constituent le cadre CanMEDS. Même s'ils sont clairement synergiques et reliés, ils regroupent aussi des ensembles d'habiletés générales individuelles. On peut ainsi considérer un rôle comme une « métacompétence ».
Niveau 3	Compétences clés regroupées de façon thématique selon le rôle. Chaque rôle CanMEDS comporte un nombre limité de compétences essentielles. Le niveau 3 inclut ces compétences, ainsi que des habiletés générales rédigées sous forme d'énoncés éducationnels globaux.
Niveau 4	Compétences habilitantes regroupées de façon thématique selon la compétence générale. L'expression compétence habilitante sert à désigner, dans les publications sur l'éducation, les sous-habiletés constituées des connaissances théoriques et pratiques, ainsi que des attitudes, essentielles pour qu'une personne atteigne une compétence plus importante. Dans ce cadre, le niveau 5 décrit les habiletés constituantes nécessaires pour acquérir chaque compétence clé.
Niveau 5	Objectifs de la formation particuliers à une spécialité. Il s'agit des compétences CanMEDS appliquées à la réalité de la pratique d'une spécialité. Ces énoncés éducationnels constituent le document normatif sur les objectifs de la formation de chaque spécialité au CRMCC. Ils décrivent les habiletés qu'un médecin doit posséder pour exercer avec compétence dans sa spécialité de la médecine.
Niveau 6	Objectifs des programmes. Le niveau 6 désigne les objectifs des programmes particuliers à une spécialité qui décrivent les objectifs de formation d'un programme comme ceux d'une résidence. Ils opérationnalisent les objectifs d'un document normatif sur la formation et les adaptent à l'établissement local.
Niveau 7	Objectifs du stage. Les grands programmes d'éducation comme les programmes de résidence doivent subdiviser les objectifs des programmes pour les rendre gérables et utilisables dans chaque activité d'éducation. Dans le cas de la FMPD, les objectifs particuliers à un stage sont inclus au niveau 7.
Niveau 8	Objectifs particuliers à une activité d'enseignement. On peut aussi prévoir au besoin de brèves activités d'éducation comme un séminaire ou des visites, dans un format CanMEDS. Il s'agit des objectifs du niveau 8.



Annexe B

Définitions des rôles CanMEDS 2005

Expert médical	Comme <i>experts médicaux</i> , les médecins jouent tous les rôles CanMEDS et utilisent leur savoir médical, leurs compétences spécialisées cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins axés sur les patients. Le rôle d' <i>expert médical</i> est le rôle pivot du médecin dans le cadre CanMEDS.
Communicateur	Comme <i>communicateurs</i> , les médecins facilitent efficacement la relation médecin-patient et les échanges dynamiques qui se produisent avant, pendant et après le contact médical.
Collaborateur	Comme <i>collaborateurs</i> , les médecins travaillent efficacement dans une équipe de soins de santé afin de prodiguer des soins optimaux aux patients.
Gestionnaire	Comme <i>gestionnaires</i> , les médecins participent à part entière à la vie d'organisations de soins de santé où ils organisent des pratiques durables, prennent des décisions sur l'affectation des ressources et contribuent à l'efficacité du système de soins de santé.
Promoteur de la santé	Comme <i>promoteurs de la santé</i> , les médecins utilisent leur expertise et leur influence de façon responsable pour promouvoir la santé et le mieux-être de patients en particulier, de collectivités et de populations.
Érudit	Comme <i>érudits</i> , les médecins démontrent un engagement de toute une vie envers l'apprentissage fondé sur la réflexion, ainsi que la création, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances médicales.
Professionnel	Comme <i>professionnels</i> , les médecins sont voués à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique, à l'autoréglementation de la profession et aux critères rigoureux de comportements personnels.



Annexe C

Ressources CanMEDS

Voici une liste de ressources CanMEDS disponibles pour les éducateurs en médecine et les médecins actifs. Certains de ces documents sont facilement accessibles sur notre site Web. Dans d'autres cas, il faut en demander un exemplaire à canmeds@rcpsc.edu.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Bibliographies CanMEDS
- Inventaire des outils d'évaluation CanMEDS

PRATIQUES EXEMPLAIRES

- Les programmes de formation médicale postdoctorale au Canada intègrent le cadre CanMEDS des compétences essentielles de diverses façons depuis une décennie afin de mieux répondre aux besoins de la société moderne. Les Pratiques exemplaires de CanMEDS constituent un centre d'information mis à la disposition des initiatives d'éducation médicale pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation des compétences CanMEDS. Il est possible de visualiser les abrégés selon le rôle CanMEDS (Expert médical, Communicateur, Collaborateur, Gestionnaire, Promoteur de la santé, Érudit ou Professionnel) ou selon la catégorie (programme d'études, outil d'évaluation, enseignement ou outil).

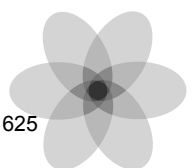
PUBLICATIONS

- *Le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins L'excellence des normes, des médecins et des soins.* (Frank, JR. (rév.). 2005. Le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins L'excellence des normes, des médecins et des soins. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.)
- *Collaboration, Communication, Management and Advocacy: Teaching Surgeons New Skills through the CanMEDS Project* (Frank JR, Langer B. Collaboration, Communication and Advocacy: Teaching Surgeons New Skills through the CanMEDS Project. World J. Surg. 27, 972-978, 2003)
- *Compétences pour le nouveau millénaire : Rapport du Groupe de travail sur les besoins sociétaux* — Projet CanMEDS 2000 (Frank JR, Jabbour M, Tugwell P, et al. Compétences pour le nouveau millénaire : Rapport du Groupe de travail sur les besoins sociétaux, Projet CanMEDS 2000. Annales du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada 29 : 206-216, 1996)

AUTRE

- Diapositives génériques d'une présentation CanMEDS
- Articles d'OE News
- Articles de Perspectives du Collège royal
- Articles de Dialogue (réservé aux Associés du Collège royal seulement)
- Affiches, fiches et signets CanMEDS (2006)
- Série de monographies CanMEDS (2006)

Au sujet de publications et de ressources courantes et à venir, veuillez visiter le site Web CanMEDS à <http://crmcc.medical.org>.



Le texte suivant est un extrait de la brochure *Le guide des outils d'évaluation CanMEDS : Introduction aux méthodes d'évaluation des compétences CanMEDS*.

Droit d'auteur © 2006 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
Tous droits réservés. Ce document peut être reproduit en totalité à des fins éducatives, non commerciales publiques exclusivement. Il faut obtenir l'autorisation écrite du Collège royal pour toutes les autres utilisations, y compris l'utilisation commerciale de l'illustration CanMEDS ou de son cadre.



LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET
CHIRURGIENS DU CANADA

LE GUIDE DES OUTILS
D'ÉVALUATION CANMEDS



Introduction aux méthodes d'évaluation
des compétences CanMEDS

Première édition

Glen Bandiera • Jonathan Sherbino • Jason R. Frank
Rédacteurs

Le guide des outils d'évaluation CanMEDS

Introduction aux méthodes d'évaluation des compétences CanMEDS

Première édition

Rédacteurs

Glen Bandiera, MD, MEd, FRCPC

Directeur, Éducation médicale postdoctorale
Urgentologue membre du personnel et chef de l'équipe
de traumatologie, St. Michael's Hospital
Directeur, Programme de résidence FRCP(EM), University of Toronto

Jonathan Sherbino, MD, MEd, FRCPC

Département de médecine d'urgence
Hamilton Health Sciences, McMaster University
Professeur clinique, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Jason R. Frank, MD, MA(Ed), FRCPC

Directeur associé, Bureau de l'éducation
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Directeur de l'éducation, Département de médecine d'urgence
Faculté de médecine et Faculté de l'éducation, Université d'Ottawa
Faculté des études supérieures, Institut d'études pédagogiques de l'Ontario

Conseil consultatif de rédaction

Glen Bandiera, MD, MEd, FRCPC, University of Toronto
Gary Cole, PhD, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Deborah Danoff, MD, FRCPC, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Jason R. Frank, MD, MA(Ed), FRCPC, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Margaret Kennedy, MA, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Jonathan Sherbino, MD, MEd, FRCPC, McMaster University

Le guide des outils d'évaluation CanMEDS

Introduction aux méthodes d'évaluation des compétences CanMEDS

Première édition

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

774, promenade Echo

Ottawa (Ontario) K1S 5N8 Canada

Téléphone : 1-800-668-3740 ou 613-730-8177

Télécopieur : 613-730-8262

Site Web : <http://rcpsc.medical.org>

Courriel : canmeds@rcpsc.edu

Droit d'auteur © 2006 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés. Ce document peut être reproduit en totalité à des fins éducatives, personnelles ou non commerciales publiques exclusivement. Il faut obtenir l'autorisation écrite du Collège royal pour toutes autres utilisations, y compris l'utilisation commerciale de l'illustration CanMEDS ou de son cadre.

Imprimé à Ottawa

01002010207F

Photo de gauche de la couverture : Wayne Cuddington, Ottawa Citizen.

Photo reproduite avec la permission du *Ottawa Citizen*.

ISBN 13 : 978-0-9739158-7-7

ISBN 10 : 0-9739158-7-0

Comment citer ce document en référence :

Bandiera G, Sherbino J, Frank JR. *Le guide des outils d'évaluation CanMEDS.*

Introduction aux méthodes d'évaluation des compétences CanMEDS. Ottawa :

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2006.

Table des matières

Collaborateurs scientifiques	v
Au sujet de ce guide	1
Introduction	3
Partie 1 : Aide-mémoire	7
Tableau 1 : Outils d'évaluation contemporains	7
Tableau 2 : Principaux outils d'évaluation des compétences CanMEDS	9
Partie 2 : Aperçu des outils d'évaluation contemporains	11
2.1 Examens écrits – Réponses construites (questions à réponse courte) <i>Curtis Lee</i>	11
2.2 Examens écrits – Réponses construites (dissertation) <i>Curtis Lee</i>	13
2.3 Examens écrits – Choix de réponses (choix multiples, jumelage, jumelage étendu, choix d'un nombre de bonnes réponses, vrai ou faux) <i>Curtis Lee</i>	15
2.4 Examens oraux structurés (EOS) <i>Curtis Lee</i>	18
2.5 Observation directe <i>Gary Cole</i>	21
2.6 Examens cliniques objectifs structurés (ECOS) et examens objectifs structurés reliés au rendement (EOSRR) <i>Curtis Lee</i>	24
2.7 Patients standardisés <i>Curtis Lee et Jonathan Sherbino</i>	27
2.8 Rétroaction de sources multiples (évaluation à 360 degrés) <i>Jocelyn Lockyer</i>	30
2.9 Portefeuilles et registres <i>Jason R. Frank, Karen Mann et Erin Keely</i>	33
2.10 Évaluation fondée sur une simulation <i>Viren N. Naik et Glen Bandiera</i>	37
2.11 Fiches de rencontre <i>Jason R. Frank, Curtis Lee et Glen Bandiera</i>	41

Partie 3 : Outils privilégiés pour évaluer les compétences	45
3.1 Expert médical : compétences fondées sur le savoir	
<i>Glen Bandiera</i>	45
3.2 Expert médical : compétences en techniques d'intervention	
<i>George Kovacs</i>	51
3.3 Communicateur	
<i>Sue Dojeiji et Lara Cooke</i>	58
3.4 Collaborateur	
<i>Ivy Oandasan et Denyse Richardson</i>	68
3.5 Gestionnaire	
<i>Saleem Razack et Deepak Dath</i>	76
3.6 Promoteur de la santé	
<i>Sarita Verma et Glen Bandiera</i>	82
3.7 Érudit	
<i>Jonathan Sherbino</i>	89
3.8 Professionnel	
<i>Ramona A. Kearney, Derek Puddester et Jason R. Frank</i>	95
Glossaire	101

Collaborateurs scientifiques

Glen Bandiera, MD, MEd, FRCPC

Directeur, Éducation médicale postdoctorale
Urgentologue membre du personnel et chef de l'équipe
de traumatologie, St. Michael's Hospital
Directeur, Programme de résidence FRCPC(EM), University of Toronto

Gary Cole, PhD (Édu)

Attaché de recherche principal et Gestionnaire
Recherche et perfectionnement pédagogiques
Bureau de l'éducation
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Lara Cooke, MD, MSc, FRCPC

Professeure adjointe de neurologie
Vice-doyenne, Perfectionnement du corps professoral
Faculté de médecine, University of Calgary

Deepak Dath, MD, MEd, FRCSC, FACS

Directeur de programme
Programme du tronc commun en chirurgie
McMaster University
St. Joseph's Healthcare, Hamilton

Sue Dojeiji, MD, MEd, FRCPC

Professeure agrégée
Directrice, Programme de la médecine physique et de la réadaptation
Université d'Ottawa

Jason R. Frank, MD, MA(Ed), FRCPC

Directeur associé, Bureau de l'éducation
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Directeur de l'éducation, Département de médecine d'urgence
Faculté de médecine et Faculté d'éducation, Université d'Ottawa
Faculté des études supérieures, Institut d'études pédagogiques de l'Ontario

Ramona A. Kearney, MD, MMed, FRCPC

Professeure agrégée
Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur
University of Alberta

Erin Keely, MD, FRCPC

Chef par intérim, Division de l'endocrinologie et du métabolisme
Professeure agrégée de médecine
Départements de médecine et d'obstétrique et gynécologie
Université d'Ottawa

George Kovacs, MD, ABEM, MHPE, FRCPC

Professeur agrégé
Département de médecine d'urgence
Faculté de médecine
Dalhousie University

Curtis Lee, PhD

Associé à la recherche
Unité de recherche et de perfectionnement pédagogiques
Bureau de l'éducation
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Scientifique spécialisé en éducation, Département de médecine d'urgence
Université d'Ottawa

Jocelyn Lockyer, PhD

Vice-doyenne, Formation médicale et perfectionnement professionnel
Professeure agrégée
Département des sciences de la santé communautaire
University of Calgary

Karen Mann, BN, MSc, PhD

Professeure et directrice
Division de la formation médicale
Dalhousie University

Viren N. Naik, MD, MEd, FRCPC

Directeur médical, Centre de simulation de patients
Professeur adjoint
Département d'anesthésiologie
University of Toronto

Ivy Oandasan, MD, MHSc, CCFP, FCFP

Professeure agrégée et directrice
Bureau de l'éducation interprofessionnelle
University of Toronto

Derek Puddester, MD, FRCPC

Codirecteur, Neurosciences comportementales et
Équipe de liaison des consultations
Codirecteur, Éducation, Département de psychiatrie
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
Directeur, Programme du bien-être du corps professoral
Professeur agrégé, Département de psychiatrie
Faculté de médecine, Université d'Ottawa

Saleem Razack, MD

Professeur agrégé de pédiatrie Directeur, Programme de résidence en pédiatrie
Université McGill

Denyse Richardson, MD, MEd, FRCPC

Professeure adjointe, professeure clinique
Division de psychiatrie
Département de médecine, University of Toronto
Professeure clinique
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Jonathan Sherbino, MD, MEd, FRCPC

Département de médecine d'urgence
Hamilton Health Sciences, McMaster University
Professeur clinique
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Sarita Verma, LLB, MD, CCFP, FCFP

Vice-doyenne, Éducation médicale postdoctorale
Professeure agrégée, Département de médecine familiale et communautaire
Faculté de médecine
University of Toronto

Au sujet de ce guide

Au nombre des demandes les plus fréquentes que reçoit le Bureau de l'éducation du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada figurent des outils d'évaluation pour aider les professeurs de médecine à évaluer les compétences médicales. Pour répondre à ces demandes, nous avons conçu ce guide de référence à l'intention des professeurs de médecine, des enseignants cliniques et de tous ceux qui s'intéressent à l'évaluation des compétences médicales en fonction du Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins.

Le guide s'inspire de diverses sources. Le diagramme de classement des outils et certaines des références sont tirés des travaux du Groupe de travail sur les outils d'évaluation CanMEDS, présidé par Peter Tugwell durant les années 1990. Grâce à une subvention du Fonds de dotation CRMCC/AMS pour la recherche en éducation médicale, le groupe de travail a compilé une liste d'outils pouvant servir à l'évaluation des compétences CanMEDS. Le Bureau de CanMEDS maintient aussi une bibliographie d'ouvrages portant sur le cadre. Nous avons fait une recension d'outils dans cette base de données à l'aide des termes en anglais « evaluation », « assessment » et « competence » et nous les avons triés en fonction des rôles CanMEDS. Les auteurs de ce chapitre du guide ont choisi dans cette liste et dans les ouvrages spécialisés en éducation des documents significatifs susceptibles d'être utiles aux professeurs de médecine.

Nous avons produit ce guide à votre intention précise et nous espérons qu'il vous sera utile. Il s'agit de la première édition et nous nous attendons à ce que des mises à jour s'imposent au fur et à mesure de l'évolution de la formation médicale fondée sur les compétences. Nous vous invitons à nous donner vos commentaires et votre rétroaction à l'adresse canmeds@rcpsc.edu. Nous soulignerons les contributions importantes dans les éditions ultérieures.

Enfin, la production de ce document est aussi le fruit des efforts extraordinaires de l'équipe de CanMEDS, qui a habilement géré toutes les facettes nécessaires à l'intégration de textes en provenance de nombreux collaborateurs. Nous exprimons toute notre reconnaissance à Tammy Hesson pour son travail exceptionnel dans la coordination de la production du guide. Nous tenons aussi à remercier Ginette Bourgeois et Terri Bronstein de leur précieuse assistance, Anne Marie Todkill de son excellent travail de révision et l'équipe de gordongroup de la mise en page en parfaite conformité avec les échéances.

Les rédacteurs

Introduction

L'initiative CanMEDS est le fruit d'un travail de collaboration visant à améliorer les compétences des médecins, la pratique professionnelle et, en définitive, les soins aux patients. Des centaines d'Associés, des membres du personnel du Collège royal, des médecins de famille, ainsi que des professeurs de médecine ont apporté leur contribution pour définir un cadre contemporain de compétences médicales en harmonie avec les besoins de la société d'aujourd'hui. CanMEDS a maintenant plus de dix ans et se présente sous sa forme révisée, le Cadre de compétences CanMEDS 2005¹.

La mise en œuvre du cadre CanMEDS exige des outils pratiques d'évaluation de la compétence des médecins dans chacun de leurs rôles professionnels. C'est pourquoi le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a élaboré ce manuel, Le guide des outils d'évaluation CanMEDS. Le manuel est conçu pour aider les directeurs de programme, les coordonnateurs de stages et les professeurs de première ligne à évaluer efficacement le rendement des apprenants dans chacun des sept rôles CanMEDS.

L'élaboration du guide s'est inspirée de trois grands principes.

D'abord, l'évaluation des apprenants s'effectue dans de nombreuses circonstances sur une certaine période de temps. Tous les milieux d'enseignement ne se prêtent pas à l'évaluation des sept rôles CanMEDS. Par ailleurs, il importe d'évaluer chacun d'entre eux de diverses manières qui conviennent au milieu de formation en cause. Par conséquent, le guide décrit divers outils d'évaluation appropriés à chaque rôle CanMEDS, permettant aux professeurs de choisir les outils les plus propices à leur programme en particulier. Par exemple, un directeur peut utiliser une simulation réaliste pour mesurer certaines compétences essentielles du rôle de Gestionnaire. Le même directeur de programme peut aussi inclure une question à réponse courte concernant les principes d'assurance de la qualité dans un examen écrit en cours de formation touchant, ici aussi, au rôle de Gestionnaire.

Deuxièmement, étant donné que l'Expert médical est le rôle central dans le cadre CanMEDS, l'observation directe est essentielle dans l'évaluation du rendement. De multiples observateurs peuvent évaluer les apprenants de manière itérative et progressive pendant la mise en pratique des compétences médicales. L'observation directe procure donc directement un bon aperçu du rendement réel.

¹ Frank JR, rédacteur. *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2005.

Troisièmement, nous avons opérationnalisé le concept de la « compétence » comme étant le développement progressif des habiletés. Il importe donc d'évaluer les apprenants à diverses étapes de leur programme de manière à constater les progrès réalisés le long d'un continuum de rendement et à leur donner des conseils pour qu'ils s'améliorent de plus en plus.

Nous avons pour but de concevoir un guide de référence facile à consulter à l'intention des professeurs à la recherche de réponses rapides et pratiques sur la façon d'amorcer l'évaluation des rôles CanMEDS.

Le guide

Le guide se divise en trois parties et présente un condensé de certains outils d'évaluation, ainsi qu'une explication plus détaillée de leur mise en application, de leurs forces et de leurs limites. En guise de compléments à ces brèves descriptions, certains exemples illustrant les outils et les approches que décrit le guide seront aussi affichées dans le site Web de CanMEDS à l'adresse <http://crmcc.medical.org/canmeds>.

Partie 1: Aide-mémoire

Cette section comporte deux descriptions visuelles. Le Tableau 1 brosse un bref portrait des forces et des limites d'outils d'évaluation courants. Le Tableau 2 présente les outils d'évaluation privilégiés en fonction de chacun des rôles CanMEDS.

Partie 2 : Aperçu des outils d'évaluation contemporains

Cette section explique plus en détails les divers outils d'évaluation. Chaque outil fait l'objet d'un chapitre distinct qui présente un synopsis sous les rubriques suivantes :

- Description
- Avantages
- Désavantages
- Propice à l'évaluation
- Moins propice à l'évaluation
- Points saillants
- Références

Pour assurer la plus grande objectivité possible, les outils doivent être conçus pour maximiser la fiabilité (donner des résultats uniformes dans la même situation d'une fois à l'autre) et la validité (évaluer les connaissances, les habiletés et les comportements voulus et être acceptés comme légitimes par les professeurs et les apprenants). Il importe donc d'adapter l'outil aux principales compétences à évaluer dans une situation donnée et de rendre le matériel d'évaluation (p. ex., questions à réponse courte, énoncés de la fiche d'évaluation en cours de formation, éléments de la liste de vérification) aussi explicite et descriptif que possible. Il faut insister sur l'évaluation de comportements concrets et observables ou de composantes bien définies de la base de connaissances de l'apprenant.

Nous conseillons aux lecteurs du guide de consulter les références à la fin des chapitres lorsqu'ils élaborent de nouveaux outils. Ils y trouveront des exemples de travaux antérieurs et le nom d'experts dans le domaine de l'évaluation des apprenants.

Partie 3 : Outils privilégiés pour évaluer les compétences CanMEDS

Cette section se fonde sur une recension approfondie des ouvrages scientifiques portant sur chaque rôle. Un chapitre est consacré à chacun des rôles CanMEDS et aux meilleures méthodes pour évaluer les apprenants en fonction du rôle en question. Les chapitres sont structurés comme suit :

- la définition du rôle CanMEDS et les principales compétences qui y sont associées;
- une description et une justification des meilleurs outils disponibles pour évaluer l'apprenant;
- des articles portant sur les outils d'évaluation du rôle en particulier;
- d'autres articles intéressants concernant l'évaluation de ce rôle.

Le guide se sert de définitions typiques des outils d'évaluation et tient compte de l'état actuel de la recherche en éducation médicale. Nous avons l'intention de produire des éditions révisées de ce guide au fur et à mesure de l'évolution de la recherche sur l'évaluation. Nous espérons que ce guide vous sera utile et nous vous invitons à nous donner vos commentaires.

Glen Bandiera, MD, MEd, FRCPC
Jonathan Sherbino, MD, MEd, FRCPC
Jason R. Frank, MD, MA(Ed), FRCPC

L'AGRÈMENT ET LA QUESTION DE L'INTIMIDATION ET DU HARCÈLEMENT DANS LA FORMATION MÉDICALE POSTDOCTORALE - LIGNES DIRECTRICES POUR LES VISITEURS ET LES PROGRAMMES

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

À la demande du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et du Collège des médecins du Québec (CMQ), le présent groupe de travail a examiné les travaux effectués sur le sujet de 1996 à 2003. Il s'agissait entre autres, du document produit par le groupe de travail précédent et aussi des travaux du Comité d'éthique et d'équité. L'exercice avait pour objectif d'élaborer davantage les définitions et de préciser une approche à ce problème pouvant servir d'orientation aux programmes, aux universités et aux équipes d'agrément. Nous avons également utilisé comme référence les Compétences CanMEDS ainsi que les Principes de la médecine familiale qui régissent les attitudes enseignées, évaluées et données en exemple.

L'intimidation, était-il écrit dans le rapport de 1996 et son addenda de 1998¹, est une forme de comportement abusif, dont la pratique, si minime soit-elle, est de trop, comme c'est le cas de tout abus. Il est évident que la reconnaissance de comportements de cette nature dans un programme exige une réponse, que ce soit au niveau du directeur du programme, de l'unité hospitalière, du département ou de l'université. Si un examen formel s'impose, il doit être entrepris par l'intermédiaire du bureau de l'éducation postdoctorale ou du bureau chargé de régler les plaintes de cette nature. Durant une visite d'agrément, l'équipe du président doit évaluer le bureau au sein de l'université en cause qui assume officiellement le rôle de soutien et d'enquête. L'évaluation porte sur l'ampleur et le nombre de plaintes, les décisions et l'issue des règlements. L'équipe d'agrément et les visiteurs sollicitent des commentaires sur le milieu d'enseignement. Lorsque des allégations sont portées à leur attention durant une visite, elles doivent être comprises le mieux possible et, avant tout, la réponse de l'université et du programme doit être bien expliquée. L'équipe d'agrément documente les commentaires durant une visite mais, en définitive, il relève du programme, du département et de l'université de régler le problème.

Il est justifié de poser la question à savoir s'il s'agit d'un problème significatif qui exige plus de clarification et des mesures à prendre. Le Collège royal a effectué un important sondage auprès des résidents du Collège royal ayant obtenu leur diplôme entre 1995 et 1999 dans le but d'évaluer les facettes de l'intimidation et du harcèlement vécus durant leur formation. Les constatations préliminaires ont été présentées au colloque du Collège royal sur l'éducation en septembre 2001. Cet exercice a clairement fait valoir qu'il existe un problème substantiel qui persiste dans divers programmes de formation canadiens. Le rapport a cerné des problèmes rencontrés par des hommes et par des femmes en nombre presque égal, quoiqu'il y ait plus de résidents masculins dans l'ensemble. Même si les dyades impliquées dans des situations de comportements abusifs variaient, la très grande majorité d'entre elles mettaient en jeu des membres du corps professoral manifestant un tel comportement envers des résidents. Compte tenu de l'écart de pouvoir inhérent entre les professeurs et les résidents, la situation n'est pas étonnante. Par ailleurs, il y a des cas où c'est le résident qui fait preuve d'un comportement inacceptable envers un professeur. À l'occasion, les situations mettent en jeu plus d'une personne, mais la grande majorité d'entre elles sont des dyades.

Il est impératif que nous aspirions à des environnements d'apprentissage respectueux et encourageants dans tous nos programmes de formation. Dans certaines universités, il existe un code de conduite formel régissant les comportements et le professionnalisme. Les normes du Collège royal exigent : « l'assurance de l'existence d'un milieu propice à l'éducation, sans harcèlement ni intimidation, et de la présence de mécanismes pour régler les problèmes de cette nature, s'il en survenait; » (Brochure bleue, A1 :3 :7). Une section détaillée de la brochure du CMFC définit l'environnement d'apprentissage (Livre rouge). Les compétences CanMEDS relatives au « professionnalisme », à la « collaboration » et à la « communication » sont particulièrement pertinentes pour aider à définir l'environnement d'apprentissage. Les Quatre principes de la médecine familiale mettent aussi en évidence ces attributs. Ce sont des concepts d'une importance primordiale qui doivent être compris et intégrés à la formation. Les universités devraient offrir des possibilités aux résidents et aux professeurs dans toutes les disciplines de participer à des séminaires et à des séances de discussion. Ces aspects du comportement doivent aussi être donnés en exemple, évalués et intégrés dans les attitudes fondamentales au quotidien.

Par ailleurs, dans la réalité, il continuera de survenir des problèmes qui exigent qu'on leur porte attention. Chaque université doit disposer de mécanismes qui peuvent à la fois identifier les problèmes dans l'environnement d'apprentissage lorsqu'ils surviennent et élaborer une réponse. L'une des difficultés se situe dans la possibilité de représailles contre les résidents pour s'être plaints. C'est pourquoi il faut désigner une personne ou un bureau au sein de l'université à qui présenter de tels rapports en toute sécurité et en toute confidentialité. Ce bureau doit pouvoir recevoir les plaintes, évaluer les renseignements et amorcer un processus interne d'examen et de résolution du problème.

DÉFINITIONS

Avant de suggérer aux universités et aux équipes d'agrément des mécanismes d'examen et une approche pour identifier et régler les questions d'intimidation et de harcèlement, il est utile de revoir les définitions techniques des dictionnaires Robert et Larousse :

1. Intimider : inspirer de la crainte, de la peur à. Faire perdre son assurance à; remplir de gêne, de timidité, de peur, en imposant sa force, son autorité.
2. Intimidation : action d'intimider, menace, pression.

Par exemple, être appelé à faire du travail supplémentaire; sous pression, éviter de rapporter des incidents reliés aux patients; des évaluations de professeurs faussement favorables. Ceci peut aussi inclure l'intimidation par la « flatterie », comme « vous êtes différent des autres alors, je me demandais si vous ne pourriez pas... »; « vous êtes fantastique, vous ne vous plaignez jamais et je me demandais si vous ne feriez pas ceci pour moi... »

3. Harcèlement : action de harceler (tourmenter avec obstination, en acte ou en paroles).
4. Abus : outrepasser les limites assignées à l'exercice de son pouvoir (abus verbal, mental, psychologique, physique, sexuel).

Il convient de reconnaître que l'intimidation et le harcèlement n'ont pas toujours besoin d'être répétitifs pour être significatifs. Un seul incident peut avoir des répercussions.

Ces termes sont en continuum avec quelques chevauchements représentant une gravité grandissante jusqu'à un abus complet. Parce que ces problèmes ont été identifiés et discutés pendant plusieurs années, on a tendance à éviter d'utiliser les termes qui les décrivent. Il ne faut pas l'oublier lorsque nous nous penchons sur ces questions. Les termes sont de trop mauvais augure. On utilise plutôt des euphémismes comme « un événement malheureux », « il ou elle a dépassé un peu les bornes », « cette tendance s'est à nouveau manifestée ». Il nous faut aider les apprenants et les professeurs à aborder ces problèmes avec courage dans

le but de les préciser et, espérons-le, de les régler. Ceci demeure un vrai défi, puisque l'identification et l'exploration de ces genres de situations peuvent souvent provoquer des réactions défensives.

Il importe de souligner que le style de personnalité de certaines personnes peut être perçu comme intimidant mais elles n'exercent pas vraiment de l'intimidation comme telle. Elles peuvent être « austères, distantes, exigeantes et avoir des standards élevés ». Il ne s'agit pas là d'intimidation, de harcèlement ou d'abus, dans la mesure où leurs exigences en matière de rendement élevé ne sont pas exprimées avec sarcasme ou en bafouant. De plus, la formation exige que de la rétroaction et des critiques constructives soient données. Ce n'est pas non plus de l'intimidation, si c'est absent de sarcasme. Le pouvoir différentiel inhérent entre les stagiaires et les superviseurs peut inciter à ressentir de l'intimidation ou de l'anxiété à donner un bon rendement. Ce n'est pas une situation unique à la formation médicale car on la retrouve dans de nombreuses circonstances en formation et dans la vie professionnelle. La distinction entre un sentiment d'intimidation et sentir de la pression à bien travailler doit être précisée à l'intention des résidents, des programmes, des universités et des équipes d'agrément.

LES PRINCIPES

1. Tous les programmes devraient avoir pour objectif de déceler en temps opportun toute préoccupation concernant l'intimidation et le harcèlement.
2. Il faudrait inciter les stagiaires à informer des problèmes leur directeur de programme ou l'administration de l'université.
3. La discussion initiale devrait se produire dans un environnement confidentiel.
4. Il faudrait disposer d'un processus visant à clarifier les faits entourant l'allégation.
5. Le processus de clarification devrait se dérouler dans un climat dépourvu de justice vengeresse.
6. Il devrait y avoir un processus pour transiger avec les allégations et les régler en temps opportun.

L'ENQUÊTE SUR UNE PLAINTÉ

L'UNIVERSITÉ

Les préoccupations de cette nature persisteront dans nos vastes systèmes d'enseignement complexes. De nombreux cas problématiques se produisent et sont réglés sur place. Les personnes aux prises avec un problème choisissent un confident avec qui ils se sentent à l'aise. Il peut s'agir d'un résident en chef, d'un autre professeur, du directeur de l'établissement ou même d'un collègue. Il arrive souvent que le problème se règle sans qu'il ne soit nécessaire de recourir aux mécanismes plus formels de l'université. Il est impossible de savoir la fréquence de tels cas et de tels règlements ni est-il réellement nécessaire de la connaître. Si une approche immédiate sur place peut résoudre les problèmes, c'est à l'avantage de tous.

Par ailleurs, lorsque la situation est plus difficile et persistante, il est essentiel de disposer au sein de l'université d'une approche rigoureuse et capable de produire des résultats et un règlement véritables.

Les révisions internes

Toutes les universités procèdent à leurs propres révisions internes par l'entremise du bureau de l'éducation médicale postdoctorale. Au minimum, elles ont lieu durant les deux dernières années du cycle de six ans entre les visites d'agrément complètes des Collèges. Certaines universités trouvent avantageux d'utiliser les révisions internes en guise de mécanisme d'amélioration constante durant la période de six ans. L'exercice procure une possibilité

structurée de former les personnes chargées des révisions internes afin qu'elles comprennent bien ces questions et d'aider les programmes à s'améliorer constamment. Ainsi, les allégations surprises lors de l'évaluation externe peuvent être évitées.

Le bureau chargé de l'enquête

Chaque université doit disposer d'un mécanisme pour faire enquête sur leurs problèmes internes. Il doit aussi y avoir une personne ou un bureau qui soit désigné pour recevoir ces renseignements, par exemple un vice-doyen à l'équité, le vice-doyen de l'éducation postdoctorale ou un ombudsman. Toutes les universités doivent avoir un code de conduite ou des normes de professionnalisme qui inspirent de manière générale la définition du comportement exigé dans l'ensemble de l'établissement et des programmes de formation.

Ce mécanisme formel de soutien et d'enquête doit être connu de tous. Le pouvoir d'enquête ne devrait pas être assumé largement, mais être plutôt conféré principalement au bureau désigné à cet égard. On évite ainsi le manque de confidentialité et ceci importe à toutes les personnes en cause. Il arrive souvent que des préoccupations ne soient pas exprimées parce que la confidentialité dans cet environnement est incertaine. Lorsque les inquiétudes sont discutées dans un environnement en toute sûreté, certaines stratégies et solutions en sont d'autant plus facilitées.

La nature délicate de bon nombre de ces problèmes est telle que la plupart des détails les entourant n'ont pas à être connus au sein de l'université par d'autres que le bureau chargé de l'enquête. Cependant, un bureau efficace sera bien connu et accessible par tous à l'université. Dans certains cas, un tel bureau doit en venir à certaines conclusions et présenter des recommandations auxquelles il faut réagir. À cette étape de l'enquête, il se peut qu'un directeur de programme, le vice-doyen à l'éducation médicale postdoctorale, un directeur de département ou le doyen doive être impliqué pour mettre en œuvre les recommandations. Le courage et la clarté avec lesquels l'université a agi s'il y avait lieu font l'objet d'une évaluation dans le contexte d'une visite externe d'agrément. Dans de rares cas, le problème peut exiger une intervention de l'extérieur de l'université. Une telle intervention peut toujours être faite au moyen d'un examen entrepris par le Collège approprié à la demande de l'université.

CLARIFICATIONS DURANT UNE VISITE D'AGRÈMENT

Idéalement, les allégations ne devraient pas surgir sans qu'on s'y attende lors d'une visite d'agrément. Par ailleurs, il y aura des cas où ce sera le mécanisme pour mettre à jour les problèmes ou la possibilité de les soulever.

Tout d'abord, l'équipe d'agrément doit comprendre le mécanisme qui existe à l'université pour clarifier les plaintes. Cet exercice doit être fait dans le contexte de l'évaluation des normes, entreprise par les présidents des équipes. Cet examen porte, entre autres, sur la fonction du bureau de l'éducation médicale postdoctorale et devrait inclure une évaluation du bureau désigné à cette fin, s'il en existe. S'il y a un bureau ou un représentant de l'équité qui s'acquitte de ces fonctions, il devrait présenter à l'équipe le processus suivi ainsi que l'ampleur et le nombre de dossiers dont il s'occupe sur une base annuelle. La portée et les genres de recommandations et de mesures prises qui en ont découlé doivent aussi être examinés. L'équipe d'agrément pourra ainsi mieux comprendre comment procède l'université pour surveiller et régler ces questions. Une université devrait être reconnue si son processus fonctionne bien et se révèle rigoureux.

La révélation de cas d'intimidation faite lors d'une visite d'agrément, dans le contexte de l'examen des programmes, pose des défis particuliers. Les visiteurs doivent disposer d'une série de questions pour orienter leur approche dans de tels cas. Il n'est pas suffisant de simplement documenter une allégation d'intimidation. Il importe de faire la distinction autant que possible entre des problèmes sérieux et des allégations non fondées. Il est possible que

des plaintes soient exprimées par des personnes contrariées. Le mécanisme servant à obtenir des précisions doit demeurer équilibré et lucide dans la collecte et l'évaluation des renseignements.

Parmi les renseignements que devrait obtenir un visiteur lorsqu'on lui présente, pendant la visite, une allégation d'intimidation ou de harcèlement, figurent les suivants : Est-ce que la personne qui fait l'allégation est au courant d'un processus à suivre dans de tels cas? Le processus a-t-il été suivi? S'il n'a pas été suivi, pourquoi? L'incident a-t-il été signalé au directeur de programme? À une autre personne? L'issue du processus a-t-elle été satisfaisante?

Il importe que le visiteur demande comment sont enseignés les concepts du professionnalisme, de la collaboration et de la communication dans l'environnement d'apprentissage.

Un autre défi qui se pose, c'est lorsqu'il existe de l'ambivalence ou un désaccord évident au sein de la cohorte de résidents à savoir s'il faudrait discuter des problèmes d'intimidation et de harcèlement. Il est arrivé que des visiteurs se voient confier de tels renseignements qui apparaissaient fiables de prime abord, mais qui, après en avoir discuté plus largement avec les résidents, ont été réfutés et niés. Il en résulte de la confusion et de la frustration de part et d'autre.

Lorsqu'une équipe d'agrément externe ou interne obtient des précisions, il est important que le résident ou la personne qui fait l'allégation n'ait pas l'impression que l'équipe d'agrément règlera l'incident ou le modèle de comportement. L'équipe doit plutôt veiller à ce que l'université soit informée de l'allégation et à ce qu'il y ait en place les moyens pour identifier et régler efficacement de telles situations. L'objectif est de bien comprendre comment fonctionne le système pour aborder ces préoccupations et d'évaluer l'efficacité de l'approche.

Les allégations de cette nature doivent faire l'objet de discussion durant les réunions des équipes d'agrément. De plus amples précisions peuvent être obtenues par le président auprès du vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale.

Il est essentiel de tenter de clarifier la réponse aux problèmes. Les rapports de visite individuels devraient documenter la réponse qui a été donnée au sein du programme et de l'université. Les universités doivent recevoir le crédit mérité lorsque des processus rigoureux sont en place et qu'ils sont menés avec diligence pour régler ces problèmes. Le rapport du président à l'université et aux comités de l'agrément devrait le mentionner.

LA RÉPONSE EN CE QUI A TRAIT À L'AGRÉMENT

Tout d'abord, si la présence d'intimidation ou de harcèlement dans un programme est mentionnée, le rapport de la visite devrait indiquer les réponses aux genres de questions expliquées précédemment. Ceci permet à la personne qui évalue le programme de comprendre l'ampleur et la gravité du problème ainsi que les mesures prises pour apporter des améliorations et fournir des solutions.

Il n'y a pas de réponse standard pour tous les signalements d'intimidation et de harcèlement dans un programme. Par contre, il importe de souligner qu'il doit y avoir une certaine forme de réponse. Le problème ne peut pas être ignoré.

Il arrive que l'incident soit un cas isolé et qu'il soit évident que le programme et l'université ont réglé complètement le problème. Il peut y avoir des cas de problèmes sérieux qui ont été réglés de manière rigoureuse. S'il y a une reconnaissance suffisante du problème, un bureau désigné et des mécanismes à cette fin ainsi que des progrès dans le règlement du problème, on peut maintenir la catégorie d'agrément.

Si des doutes sérieux persistent à propos de l'efficacité du processus, l'équipe d'agrément peut recommander un agrément provisoire conditionnel à la tenue subséquente d'une révision interne ou d'une visite externe. C'est une façon pour l'université et le programme d'avoir l'autorité et la sensibilisation voulues pour transiger avec le problème. Il est rare que les problèmes soient si largement répandus et ancrés qu'il faille considérer la catégorie de l'intention de retirer l'agrément. Habituellement, s'il y a des problèmes de cette ampleur dans un programme, des difficultés se produisent aussi dans d'autres secteurs. Ainsi, la catégorie de l'agrément ne repose pas uniquement sur la question de l'intimidation et du harcèlement.

Dans l'ensemble, toutes nos universités et tous nos programmes reconnaissent et épousent des normes de comportement professionnel qui sont propices à l'apprentissage. La grande majorité des interactions entre les professeurs et les apprenants sont positives et fructueuses. Ce sont là certains mécanismes permettant de reconnaître les cas qui demeurent problématiques et d'y remédier.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

1. Rapport du groupe de travail sur l'intimidation dans l'éducation médicale postdoctorale, mars 1996 et addenda de 1998
2. Sondage du Collège royal en 2000 sur le harcèlement et l'intimidation. Constatations préliminaires présentées au colloque du Collège royal sur l'éducation en septembre 2001
3. Code de conduite de l'UWO
4. Compétences CanMEDS
5. Questionnaire préparatoire à la visite d'agrément de l'Association canadienne des internes et des résidents
6. Atelier du colloque du Collège royal sur l'éducation en septembre 2002
7. Collège royal - *Renseignements généraux concernant l'agrément des programmes de résidence* (brochure grise)
8. CMFC *Critères pour l'agrément des programmes de résidence* (brochure rouge).
9. Normes de professionnalisme de l'UBC

PARTICIPANTS au GROUPE DE TRAVAIL - 2004

Pierre Blanchard
Paul Rainsberry
Margaret Kennedy
Karen Fung Kee Fung
Kristin Sivertz (présidente)
Ellen Toth
Ryan Zarychanski

Contributions additionnelles de :

Jason Frank
David McKnight
Laura Musselman
Vice-doyens aux études médicales postdoctorales
Vice-doyen de l'équité à l'UBC

Approuvé – octobre 2004
Collège royal, CMFC, CMQ



Agrément des programmes de résidence
Programme de maintien du certificat
Guide, la charpente des activités, statistiques
MAINPORT - WebDiary (submit hours)
Programme de DPC
Guide, répertoire
Guide à l'intention des directeurs de programmes
Projet sur les compétences fondamentales
Nouvelles de l'Éducation
Voies d'accès au certificat
Groupe de travail sur la médecine de laboratoire
Initiative en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières nations
Accédez aux ateliers en ligne pour les concepteurs d-Rexamen
Comité des spécialités

Exposé de principe du Comité de l'agrément

Le service et l'éducation dans la formation médicale postdoctorale : Un exposé de principe en matière d'agrément

La relation entre le service et l'éducation dans la formation médicale postdoctorale revient souvent dans les discussions relatives à l'agrément des programmes de résidence et suscite des préoccupations chez les résidents, les directeurs de programme, les comités de programme et les professeurs cliniciens¹. Le présent document a pour objet de présenter le service et l'éducation du point de vue de l'agrément mais ne se veut pas une « ordonnance » stricte, ni une « recette » pour les programmes respectifs.

1. La dualité des rôles des résidents

Les résidents sont simultanément des apprenants ou stagiaires postdoctoraux inscrits à une université et des dispensateurs de services en qualité d'employés (en définitive des ministères de la Santé) pour lesquels ils sont rémunérés. Chacun de ces rôles est réciproquement essentiel à l'autre. Les résidents doivent apprendre et recevoir une formation pour atteindre les normes de haut calibre exigées dans les soins de santé au Canada. Ils doivent mettre en application leur savoir, apprendre en mettant en pratique dans le but d'acquérir et de perfectionner les habiletés essentielles d'un spécialiste. Par conséquent, dans la formation médicale postdoctorale, le service et l'éducation ne peuvent pas exister séparément mais doivent être présents tous les deux. Des problèmes peuvent survenir quant à l'équilibre entre les deux.

2. La primauté des objectifs pédagogiques

Il faut toujours se rappeler que la raison de la présence des résidents, c'est l'apprentissage². On s'attend à ce que toutes les activités de la résidence soient reliées à un plan pédagogique bien élaboré. La réalisation de certains objectifs s'effectue le mieux grâce à une activité clinique, d'autres peuvent être atteints au moyen de cours, de séminaires, de laboratoires pratiques ou d'études dirigées.

2.1 Des séances d'enseignement formel et didactiques devraient être dispensées durant le temps protégé, en dehors des fonctions cliniques. Le recours à des demi-journées scientifiques ou à une activité équivalente est encouragé. Les activités d'apprentissage formel ne devraient pas être exhaustives au point de nuire au perfectionnement des habiletés cliniques.

2.2 Les activités cliniques devraient être planifiées en fonction de leur valeur éducative et permettre aux résidents d'assumer progressivement une plus grande responsabilité professionnelle. Leur quantité devrait être suffisante pour permettre à chaque résident d'acquérir la maîtrise voulue. Il devrait y avoir une diversité de patients ou de spécimens de laboratoire pour permettre aux résidents de perfectionner leurs habiletés dans toutes les facettes de la spécialité. On devrait utiliser de manière optimale le milieu clinique en tant que tribune propice à l'enseignement et à l'apprentissage plutôt que simplement comme un environnement où du travail doit être exécuté.

3. Le service inapproprié

Il existe deux catégories de service inapproprié :

3.1 Le genre de travail inapproprié — Du travail qu'il n'est pas approprié de faire pour un médecin, quel qu'il soit, mais qui devrait plutôt être accompli par d'autres employés. Au nombre des exemples de ce genre de travail figurent le rôle de porteur pour amener les patients subir des épreuves, les arrangements de taxi et de messagerie ou encore le nettoyage des postes de travail au laboratoire.

3.2 La quantité de travail inappropriée — Il arrive qu'un résident doive faire une tâche parce qu'elle doit être faite, qu'elle concorde avec le travail d'un médecin et qu'elle est conforme à la situation d'un employé de l'hôpital. Par ailleurs, la quantité de telles tâches ne doit pas être considérable au point d'empêcher les résidents d'acquérir d'autres expériences nécessaires, de participer au programme scientifique ou au point d'avoir pour conséquences un manque de sommeil, l'épuisement ou la perte du bien-être.

4. La répétition

De par sa nature, l'exercice de la médecine est répétitif. La répétition est nécessaire pour apprendre certaines habiletés. C'est particulièrement vrai de certaines habiletés techniques en chirurgie ou dans d'autres spécialités.

Les résidents ne devraient pas s'attendre à cesser d'utiliser une habileté (faire une intervention ou voir un type de patient) une fois qu'ils l'ont apprise. Chaque habileté doit être maintenue à mesure que de nouvelles s'ajoutent. La résidence doit préparer les résidents à l'exercice médical, y compris à la répétition.

Par ailleurs, on s'attend à ce que l'affectation des tâches soit conforme au plan pédagogique du programme et contribue à augmenter l'expertise professionnelle des résidents. Même si un médecin réfléchi peut être en mesure d'apprendre de n'importe quel cas, une tâche fortement répétitive pourrait ne pas se révéler de la plus grande utilité éducative.

5. La couverture entre les services

La couverture entre les services, une pratique selon laquelle un résident en service de garde couvre aussi les patients dans un autre service, n'est pas automatiquement inappropriée. Il peut s'agir d'une véritable possibilité d'enseignement et d'apprentissage, peut approfondir l'expérience et procurer une occasion de maintenir des connaissances et des habiletés acquises antérieurement. Ceci exige la reconnaissance du rôle et des besoins pédagogiques du résident en service de garde. Il devrait se produire une étude attentive des cas accompagnée d'enseignement et de rétroaction par le corps professoral.

L'utilisation de la couverture entre les services devrait être déterminée par le comité du programme de résidence pour des services et des expériences spécifiques, en tenant compte que l'enseignement et la rétroaction sont obligatoires. Il ne devrait pas être demandé aux résidents de couvrir en même temps un autre service clinique (par ex. une USI) pour lequel ils n'ont pas reçu la formation appropriée, habituellement sous forme d'un stage antérieur.

6. Le devoir de diligence; la responsabilité professionnelle

Les résidents doivent reconnaître qu'au nombre des habiletés à acquérir durant la résidence figure le sens du professionnalisme. Le concept du devoir de diligence est inhérent à cette reconnaissance. Il arrivera que les soins à un patient auront la priorité sur toutes les autres activités, y compris les intérêts personnels et les événements scientifiques.

Les programmes devraient être structurés pour mettre en évidence l'importance de ce concept et minimiser les interruptions dans l'apprentissage des résidents en assurant la couverture des soins aux patients par d'autres lors de la tenue d'événements scientifiques.

1. Mikhael J, et al. *Service to Education Balance*, Council of Ontario Faculties of Medicine, octobre 2002

2. *Normes générale d'agrément* (février 2002)

Norme B.3.4 : Les responsabilités du service, y compris les affectations aux stages et les fonctions de garde, doivent être attribuées de manière à ce que les résidents puissent atteindre leurs objectifs pédagogiques, reconnaissant que certains objectifs ne peuvent être réalisés que par la prestation directe de soins aux patients. Les exigences du service ne doivent pas nuire à la capacité des résidents de suivre le programme universitaire.

Approuvé en mai 2003

Dernière mise à jour de la page web : le 19 novembre 2003

© 2009 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés.



[A propos](#) [Éducation et DPC](#) [Adhésion](#) [Politiques publiques](#)

 [Ouvrir](#) [Aide](#) [Contactez-nous](#) [English](#)

[Développement professionnel continu](#)

[Centre d'apprentissage en pratique](#)

[Titres et examens](#)

[Information par spécialité](#)

[Diplômés hors du Canada et des États-Unis](#)

[CanMEDS](#)

[Plus d'info](#)

[Recherche](#)

- [Agrément des programmes de résidence](#)
- Programme de maintien du certificat**
- [Guide, la charpente des activités, statistiques](#)
- MAINPORT - WebDiary**
- [\(submit hours\)](#)
- Programme de DPC**
- [Guide, répertoire](#)
- [Guide à l'intention des directeurs de programmes](#)
- [Projet sur les compétences fondamentales](#)
- [Nouvelles de l'Éducation](#)
- [Voies d'accès au certificat](#)
- [Groupe de travail sur la médecine de laboratoire](#)
- [Initiative en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières nations](#)
- [Accédez aux ateliers en ligne pour les concepteurs d-Rexamen](#)
- [Comité des spécialités](#)

Exposé de principe du Comité de l'agrément

Les milieux communautaires en éducation postdoctorale

Une expérience en milieu communautaire s'entend d'une possibilité d'apprentissage qui se déroule en dehors d'une unité conventionnelle d'enseignement dans un hôpital d'enseignement. Cette expérience peut être acquise dans un milieu associé à l'hôpital d'enseignement, comme le cabinet d'un professeur clinicien ou une clinique externe dirigée par des professeurs cliniciens ou encore dans un environnement indépendant de l'hôpital d'enseignement principal comme un hôpital communautaire et les cabinets ou cliniques affiliés à un tel établissement. Il convient de souligner que le terme « communautaire » ne signifie pas nécessairement « ambulatoire ». Il peut inclure divers milieux dans lesquels une expérience éducative peut être acquise et qui ne serait pas autrement offerte à un résident dans un hôpital d'enseignement. Ceci pourrait comporter une expérience en régions rurales ou éloignées sous supervision compétente et appropriée.

Les réformes du système de la santé ont profondément changé la pratique de la médecine, occasionnant une expansion continue de la prestation des soins médicaux par l'intermédiaire de programmes basés dans la communauté. Il se peut que l'hôpital d'enseignement traditionnel transige avec une population de patients triée qui ne reflète par nécessairement le modèle de pratique ultime du nouveau diplômé. L'instauration d'expériences en milieu communautaire pour répondre à ces besoins exigera beaucoup de temps et d'énergie en vue d'assurer leur intégration harmonieuse au sein du système d'enseignement actuel.

LES BUTS ET LES AVANTAGES DES EXPÉRIENCES COMMUNAUTAIRES

Les expériences communautaires se divisent en deux catégories générales :

- i. celles qui préparent les résidents à un type précis de pratique (par exemple, en milieu urbain, rural ou éloigné) en vue de leur offrir la possibilité de faire l'expérience de la pratique dans une région où ils souhaiteraient peut-être s'établir par la suite et qui peuvent aussi leur permettre d'adapter leurs stages de formation subséquents en fonction des exigences que comporte le domaine de la pratique future; et
- ii. celles qui procurent des possibilités d'apprentissage qui ne sont pas offertes dans un environnement d'enseignement conventionnel ou en milieu urbain.

Les deux catégories offrent aux résidents la possibilité de réaliser les objectifs d'apprentissage suivants :

1. la prise de décisions dans un contexte où sont limitées les ressources technologiques facilement accessibles dans des milieux de soins tertiaires;
2. l'autonomie dans l'exercice, notamment une prise de décisions indépendante compte tenu de la disponibilité limitée d'autres ressources médicales. L'autoapprentissage en serait rehaussé chez les résidents, et les médecins et mentors locaux peuvent exercer le rôle de modèles à imiter;
3. l'évolution naturelle de la maladie, à la fois traitée et non traitée, avec une attention particulière accordée à l'évaluation des issues thérapeutiques dans un milieu où une telle évaluation est possible sur le plan pratique et utile;
4. l'évolution des processus morbides courants;
5. l'examen, le diagnostic et la prise en charge de patients qui ne sont habituellement pas observés dans un milieu de soins tertiaires;
6. la prise en charge du « patient dans son ensemble » par opposition à la prise en charge de la maladie; et
7. l'expérience d'un environnement de pratique où la prestation des soins ne suit pas un modèle traditionnel (par exemple, des praticiens paramédicaux).

Les expériences en milieu communautaire s'appliquent également aux spécialités autres que les spécialités primaires qui sont exercées dans la communauté. Elles n'ont pas pour but de remplacer mais bien d'enrichir la formation dans les centres universitaires. Par ailleurs, tous les directeurs de programme devraient avoir une liste de centres de formation en milieu communautaire accessibles et satisfaisants à offrir aux résidents du programme.

LES DÉFIS POSSIBLES EN MATIÈRE D'EXPÉRIENCES EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

1. Le déplacement suggéré vers des centres en milieu communautaire peut causer une dislocation de la vie familiale et avoir certaines répercussions financières pour les résidents. Ces genres d'expérience et de service en milieu communautaire peuvent être examinés par le résident et le directeur du programme en tenant compte des lignes directrices du comité de la spécialité spécifique. Des services de soutien, une aide financière et une assistance pour les frais de déplacement deviennent de plus en plus accessibles dans les centres de formation canadiens en milieu communautaire.
2. Les inquiétudes des résidents que l'isolement de leurs pairs puisse diminuer leur expérience clinique et éducative peuvent être atténuées en veillant à ce qu'ils disposent de matériel audiovisuel et électronique.
3. Les résidents peuvent observer des approches différentes de la prise en charge satisfaisante sur le plan médical et chirurgical durant le stage en milieu rural ou éloigné dans les centres communautaires en raison des ressources techniques limitées.
4. Même si, en milieu communautaire, on dispose de bibliothèques plus petites et s'il y a moins de possibilités de tournées d'enseignement, l'accès électronique à Internet et au courriel est maintenant presque universel dans les hôpitaux de toutes tailles et dans les cabinets des médecins au Canada.

L'AGRÈMENT DES EXPÉRIENCES EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

L'agrément des centres d'enseignement en milieu communautaire demeurera une composante de l'agrément régulier des facultés de médecine. Par contre, étant donné qu'il pourrait y avoir plusieurs centres et de nombreux précepteurs à temps partiel, les visites d'agrément sur place par l'équipe d'agrément devront être substituées par des entrevues avec le directeur du programme en milieu communautaire et un examen des données pertinentes. L'évaluation des résidents au terme de leur expérience en milieu communautaire constituera aussi une composante importante de l'évaluation du milieu communautaire.

Les révisions internes des programmes basés dans la communauté peuvent inclure des visites au centre mais, en raison de la distance, elles ne pourraient exiger qu'une simple étude des procès-verbaux habituels du programme de résidence, ainsi qu'une entrevue avec le directeur du programme en milieu communautaire pour cerner la preuve qu'il ou elle assiste à certaines des réunions du comité du programme de résidence ou en est un membre correspondant.

Les facultés qui offrent des expériences en milieu communautaire pourraient vouloir envisager la formation d'un sous-comité du comité de l'éducation médicale postdoctorale de la faculté pour exercer la supervision de ces expériences. Ce sous-comité peut servir à valider le processus, tenant en compte les besoins des résidents ainsi que ceux de la communauté, du corps professoral dans ce milieu ainsi que des aménagements de soutien et du matériel technique disponible.

Les normes d'agrément individuelles pourraient devoir être considérées dans un contexte différent pour les activités d'enseignement dans les centres en milieu communautaire par comparaison avec les programmes d'enseignement conventionnels, tel qu'il est expliqué plus bas.

NORME B.1

Il sera nécessaire d'avoir un coordonnateur ou un superviseur de programme dans les établissements ou les centres qui participent à ce programme. Ces personnes devraient être membres du comité du programme de résidence, quoique la participation aux réunions puisse ne pas se révéler pratique si le centre en question est éloigné de l'institution mère. On pourra envisager le recours aux appels conférences ou aux communications audiovisuelles pour faciliter la participation aux réunions du comité du programme de résidence.

NORME B.2

Le comité du programme de résidence doit élaborer des buts et des objectifs spécifiques aux stages, définissant le but de l'expérience pédagogique, qui doivent être communiqués aux résidents et au corps professoral du centre en milieu communautaire.

NORME B.3

Le rôle des centres participant aux expériences en milieu communautaire doit être défini, tenant compte du fait qu'il pourrait ne pas y avoir d'autres programmes de résidence présents dans l'établissement qui soient pertinents à la spécialité qui offre l'expérience en milieu communautaire.

NORME B.4

Il sera nécessaire de procéder à des nominations universitaires pour les principaux intervenants comme le coordonnateur du programme dans le milieu communautaire.

NORME B.5

Un stage par des résidents dans un centre en milieu communautaire implique l'acceptation par le personnel traitant dans ce centre des besoins pédagogiques des résidents à qui il faut offrir des activités pédagogiques formelles et informelles.

NORME B.6

Les superviseurs qui participent à l'expérience en milieu communautaire doivent avoir une formation en évaluation des résidents, tant sur le plan des connaissances que des habiletés, et plus particulièrement des attitudes, notamment les rôles ProMEDS d'expertise médicale, de communication, de collaboration, de gestion, de promotion de la santé, d'érudition et de professionnalisme.

Approuvé: mai 2002

Dernière mise à jour de la page Web : le 6 novembre 2002

© 2009 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés.

[Accueil](#) [Au sujet de nous](#) [Adhésion](#) [Éducation et DPC](#) [Politiques publiques](#) [Contactez-nous](#) [Recherche](#) [Plan du site web](#) [Rétroaction](#)
[Politique sur la confidentialité](#) [Aide](#)

On peut définir les soins ambulatoires comme ceux que l'on dispense à des sujets qui ne sont pas des patients hospitalisés. L'évolution des attentes de la société, les bouleversements dans l'utilisation des installations hospitalières et l'expansion parallèle de la technologie, nous ont forcés à réaliser en fin de compte que l'expérience de l'enseignement et celle de la recherche qui l'accompagne ne peuvent plus se limiter au milieu hospitalier des soins en phase aiguë. Les programmes postdoctoraux doivent s'adapter et refléter le profil changeant des soins de santé et l'intégration des services offerts en milieu hospitalier et communautaire.

BUTS

Les programmes postdoctoraux doivent se donner les buts suivants en ce qui concerne l'expérience d'apprentissage en milieu de soins ambulatoires:

1. Encourager la notion de continuité des soins fondée sur la connaissance en profondeur de l'évolution normale des entités nosologiques en dehors de l'hôpital.
2. Établir l'évolution naturelle des maladies, avec ou sans traitement, en particulier chez les patients qui ne sont jamais hospitalisés.
3. Acquérir la capacité d'évaluer correctement les effets d'une intervention médicale ou chirurgicale dans le contexte où vit le malade.
4. Encourager, quand il se doit, une prise de conscience des avantages et des limites de la pratique en clinique ou en cabinet privé en regard de celle en milieu hospitalier.
5. Promouvoir une bonne compréhension du rôle que jouent les familles, les bénévoles, les autres professionnels de la santé et les services auxiliaires dans les soins aux malades.
6. Promouvoir la reconnaissance des vastes facteurs déterminants de la santé, y compris une appréciation de l'importance de l'environnement social et matériel.
7. Fournir une base pour une bonne compréhension de la santé à l'échelle de la population, y compris les moyens qu'on pourrait utiliser pour prévenir les maladies et promouvoir la santé.
8. Prendre davantage conscience des problèmes économiques de santé dans le cas des soins ambulatoires :
 - en appliquant les méthodes scientifiques d'évaluation aux modalités du diagnostic et du traitement,
 - en analysant sous l'aspect coût/bénéfice le traitement en milieu ambulatoire vs celui en milieu hospitalier, et
 - en utilisant le processus décisionnel pour choisir le meilleur milieu de prestation des soins.

Exposé de principe du Comité de l'agrément

SOINS AMBULATOIRES EN ÉDUCATION POSTDOCTORALE SPÉCIALISÉE

9. Mettre les résidents au courant des différents types d'investigation et d'intervention qu'on peut utiliser de façon appropriée en milieu ambulatoire.
10. Encourager la recherche orientée vers une meilleure prestation de soins en milieu ambulatoire et informer les candidats à la spécialité des méthodes disponibles (comme l'évaluation de la qualité de vie, l'analyse de l'issue de la maladie, etc.)
11. Encourager l'intérêt pour le développement des normes d'exercice en milieu ambulatoire, et reconnaître entre autres le rôle du praticien dans l'évolution et la validation de ces normes.

OBJECTIFS

On doit rédiger des objectifs formels et spécifiques à chaque discipline dans chacun des lieux de formation. Ces objectifs devraient s'ajouter à ceux qui existent déjà pour ces programmes et refléter le besoin pour chaque discipline d'équilibrer les apprentissages en milieux hospitaliers et ambulatoires.

MILIEUX D'APPRENTISSAGE

Le milieu des soins ambulatoires peut varier selon les objectifs d'apprentissage de la spécialité. Les milieux à considérer comprennent notamment :

- les cabinets de soins de première ligne;
- les cabinets de spécialistes;
- les programmes de santé à financement global;
- les cliniques en milieu industriel;
- les cliniques en milieux isolé, rural ou international;
- les unités sanitaires d'enseignement;
- les programmes communautaires;
- les hôpitaux communautaires;
- les unités de recherche en services de santé;
- les salles d'urgence;
- les installations réservées aux malades externes dans les hôpitaux de soins en phase aiguë, y compris les services médicaux et chirurgicaux de jour;
- l'unité d'enseignement clinique en milieu communautaire développée spécialement dans un but éducatif.

janvier 1994
vérifié - mai 2000



[A propos](#) [Education et DPC](#) [Adhésion](#) [Politiques publiques](#)

 [Ouvrir](#) [Aide](#) [Contactez-nous](#) [English](#)

[Développement professionnel continu](#)

[Centre d'apprentissage en pratique](#)

[Titres et examens](#)

[Information par spécialité](#)

[Diplômés hors du Canada et des États-Unis](#)

[CanMEDS](#)

[Plus d'info](#)

[Recherche](#)

[Agrément des programmes de résidence](#)

[Programme de maintien du certificat](#)

[Guide, la charpente des activités, statistiques](#)

[MAINPORT - WebDiary \(submit hours\)](#)

[Programme de DPC](#)

[Guide, répertoire](#)

[Guide à l'intention des directeurs de programmes](#)

[Projet sur les compétences fondamentales](#)

[Nouvelles de l'Éducation](#)

[Voies d'accès au certificat](#)

[Groupe de travail sur la médecine de laboratoire](#)

[Initiative en matière de santé des](#)

[Inuits, des Métis et des Premières nations](#)

[Accédez aux ateliers en ligne pour les concepteurs d-Rexamen](#)

[Comité des spécialités](#)

Exposé de principe du Comité de l'agrément

L'éthique biomédicale

Chaque programme de formation postdoctorale doit posséder des objectifs précis en éthique biomédicale. Ces objectifs devraient faire l'objet d'un curriculum spécifique et devraient être intégrés à la fois dans le cadre du programme et dans le système d'évaluation administrés par le Comité du programme de résidence.

OBJECTIFS

Les objectifs doivent porter sur la connaissance pratique de l'éthique biomédicale telle qu'elle se rapporte à une spécialité ou surspécialité donnée et doivent aussi inclure des principes de bases et des méthodes visant à permettre aux médecins d'acquiescer les attitudes et les comportements appropriés aux milieux où ils agissent. À cette fin, un Comité du programme de résidence devrait tenir compte des éléments suivants :

1. Connaissances

- Sensibilisation par rapport aux théories principales, perspectives et principes éthiques;
- Connaissance des enjeux éthiques auxquels la pratique médicale est habituellement confrontée :
 - le choix éclairé (consentement ou refus) de patients aptes ou inaptes (incluant la prise de décision au nom de patients pédiatriques et l'évaluation de la capacité à prendre des décisions et la prise de décision par procuration)
 - la confidentialité
 - la répartition des ressources
 - les soins palliatifs (incluant la connaissance de principes tels: la qualité de vie, mourir avec dignité et la mort cérébrale)
 - dire la vérité
 - la gestion des erreurs médicales et accidents de parcours
 - la conduite professionnelle, incluant la confidentialité, les frontières interpersonnelles et la compétence
 - le conflit d'intérêts
 - transiger avec des systèmes de valeurs différents, par exemple, entre individus ou conflit entre valeurs institutionnelles et valeurs personnelles;
- La connaissance du code de déontologie pertinent;
- La connaissance de la loi, dans la mesure où elle est en lien avec l'éthique des décisions médicales, particulièrement les points de droit entourant le consentement et la confidentialité;
- L'identification des dimensions éthiques émanant des enjeux propres à chaque discipline médicale, par exemple, les nouvelles technologies et thérapies;
- La connaissance des enjeux éthiques relevant de l'environnement académique;
- La perception des incidences éthiques du design des expériences et du consentement des sujets sur la recherche médicale;
- Une compréhension des déterminants sociaux de la santé et des répercussions de la justice sociale sur l'état de santé ainsi que sur le recours au système de services de santé.

2. Attitudes

- Percevoir les dimensions éthiques présentes au cœur de toutes les composantes de la prise de décision médicale;
- Avoir du respect à l'égard de la diversité et les différences incluant la race, l'origine nationale ou ethnique, la religion, l'identité sexuelle, l'âge, l'aptitude physique ou mentale;
- Être conscient de ses propres préjugés culturels et religieux et de ceux de la personne malade, lorsque des mécanismes décisionnels risquent d'être modifiés ou inhibés;
- Une compréhension que la prestation des services de santé se fait par l'entremise d'équipes interdisciplinaires et que le processus de prise de décisions doit tenir compte d'une grande diversité de notions éthiques, notamment des différences culturelles.

3. Habiletés

- L'identification et l'analyse du point de vue éthique au cours du processus de décision;
- L'acceptation de l'incertitude et du risque d'erreur dans le domaine de l'éthique;
- La communication efficace en vue de promouvoir une discussion complète des enjeux éthiques, incluant l'encouragement et le soutien des patients et familles et des autres professionnels de la santé pendant le processus menant à une prise de décision éthique. Ceci inclura la capacité de comprendre le mode de communication approprié;
- L'identification et la gestion de situations conflictuelles;
- Le développement de relations professionnelles adultes avec les patients et leurs familles, les autres professionnels de la santé et autres médecins.

ENVIRONNEMENT

L'environnement propre à l'enseignement de l'éthique biomédicale et à son apprentissage doit inclure :

- Un enchaînement des modèles et tutorat: malade-résident-patron en milieu ambulatoire (cabinet de consultation ou clinique externe).
- Des équipes et groupes de travail qui favorisent l'interaction multidisciplinaire (unités d'enseignement clinique, tournées cliniques et séminaires, apprentissage en petits groupes).
- Des séances d'enseignement magistral: tournées institutionnelles, tournées magistrales.
- Une participation à des comités d'éthique institutionnels et comités d'éthique de la recherche.

ÉVALUATION

1. Évaluation des résidents

Le Comité du programme de résidence devrait identifier les domaines du programme d'éthique biomédicale qu'il veut évaluer, et s'assurer que le système d'évaluation en cours de formation comporte des méthodes d'évaluation appropriées.

Le programme doit évaluer séparément :

- La connaissance, les attitudes, et les habiletés dont fait preuve le résident ou la résidente lors de discussions et lorsqu'il s'agit de transiger avec les composantes éthiques de la pratique et de la recherche clinique, et
- Le comportement éthique personnel du résident ou de la résidente.

2. Évaluation des programmes

Le comité du programme de résidence devrait passer en revue la composante du programme reliée à l'éthique biomédicale au moins une fois l'an et cette composante doit faire l'objet d'une évaluation au moment d'une révision interne par le comité de l'éducation médicale postdoctorale et d'une visite du Collège royal.

RESSOURCES

- Singer PA, editor. *Bioethics at the Bedside, A Clinician's Guide*. Ottawa: Canadian Medical Association, 1999.
- Éléments de bioéthique, *Annales du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*, volume 32 supplément, automne 1999.
- Baylis F, Downie J, Dewhurst K (eds). *Codes of Ethics: Ethics Codes, Standards and Guidelines for Professionals Working in a Health Care Setting in Canada*. Toronto: Department of Bioethics, The Hospital for Sick Children, 2nd ed, 1999.
- Hébert Philip C. *Doing Right*, Toronto, Oxford University Press, 1996.
- Lynch A, (ed). *The Good Pediatrician: An Ethics Curriculum for use in Canadian Pediatric Residency Programs*. Toronto: Pediatrics Ethics Network (PedEthNet) via Department of Bioethics, The Hospital for Sick Children, 1996.
- Baylis F, Downie J, Freedman B, Hoffmaster B, Sherwin S. *Health Care Ethics in Canada*. Toronto: Harcourt Brace & Company, Canada, 1995.

Révisé - janvier 2003

Mise à jour de la page web : le 16 avril 2005

© 2009 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés.

[Accueil](#) [Au sujet de nous](#) [Adhésion](#) [Éducation et DPC](#) [Politiques publiques](#) [Contactez-nous](#) [Recherche](#) [Plan du site web](#) [Rétroaction](#)
[Politique sur la confidentialité](#) [Aide](#)

On désigne par « gestion et amélioration de la qualité » l'évaluation systématique de la pertinence et de l'efficacité des soins aux patients et le contrôle de la qualité des procédures en laboratoire ou autres. Elle porte à la fois sur l'évaluation de la qualité des soins et sur les mécanismes établis pour, au besoin, en améliorer la qualité. L'efficacité des soins inclut la prise en compte du rapport entre les avantages en fonction des coûts.

Chaque comité de programme de résidence devrait élaborer des objectifs précis en ce qui a trait à la gestion et à l'amélioration de la qualité et ces derniers devraient être reflétés dans un programme pédagogique défini. Les objectifs généraux suivants pourraient servir de fondement à la conception d'un tel programme.

1. Les connaissances: Au terme de leur formation, les résidents devraient être capables de maîtriser:
 - a) une connaissance des composantes d'un programme complet de gestion et d'amélioration de la qualité, notamment en ce qui concerne leur propre programme de formation spécialisée,
 - b) une connaissance des mesures des résultats qui sont disponibles pour les programmes de gestion et d'amélioration de la qualité ainsi que des façons de les mesurer, et
 - c) l'habileté à concevoir des mesures des résultats, à analyser les variables dans les études, à interpréter les données qui en résultent et à les incorporer au processus pour apporter des améliorations additionnelles.
2. Les habiletés: Au terme de leur formation, les résidents devraient être en mesure de démontrer
 - a) la capacité de travailler avec une équipe multidisciplinaire,
 - b) l'habileté à identifier un problème nécessitant une amélioration, et
 - c) une habileté à concevoir des normes de soins.
3. Les compétences: Au terme de leur formation, les résidents devraient être en mesure de :
 - a) construire des algorithmes avec des étapes synchronisées reliées aux résultats,
 - b) mettre en œuvre de tels algorithmes,
 - c) exercer la surveillance de la mise en œuvre du programme, et
 - d) mettre en application et éventuellement concevoir des méthodes d'évaluation clinique.

Les méthodes pour réaliser ces objectifs peuvent prendre diverses formes. Il peut s'agir d'une étude autonome, de séminaires en petit groupe et d'autres séances didactiques, ainsi que de l'achèvement d'un projet du début à la fin. Le contexte le plus propice, quelles que soient les méthodes utilisées, se situe dans l'identification de mentors qui exercent des rôles de leaders dans la gestion et l'amélioration de la qualité et qui sont aptes à canaliser toutes leurs énergies et leurs efforts.

mai 2000

Les compétences en communication revêtent une importance primordiale pour les médecins dans leurs rapports avec d'autres médecins sur le plan individuel ou collectif, dans leur travail avec d'autres professionnels de la santé aux fins d'élaboration de plans thérapeutiques, dans la défense des intérêts du grand public et dans leurs fonctions de médecins gestionnaires. Les communications prennent différentes formes, tant verbales qu'écrites. Il est notoire que la majorité des plaintes déposées contre des médecins auprès des ordres professionnels concernent les compétences en communicationⁱ. Il existe aussi des données probantes bien documentées à l'effet que l'issue thérapeutique peut être influencée par l'habileté du médecin à communiquer avec les patientsⁱⁱ.

CanMEDSⁱⁱⁱ décrit les compétences en communication comme suit. Le spécialiste (résident) doit être en mesure de faire ce qui suit :

- Établir une relation thérapeutique avec les patients et leur famille.
- Constituer les dossiers médicaux avec l'aide des patients/familles/collectivités.
- Écouter attentivement.
- Discuter de renseignements appropriés avec les patients/familles et autres professionnels de la santé.

Il est nécessaire de bien communiquer pour transmettre de l'information, éduquer, solliciter un avis, expliquer un plan thérapeutique ainsi que pour assumer les rôles de promoteur de la santé et d'apprenant permanent.

Il est présumé que les résidents amorceront leur résidence déjà dotés de compétences en communication qu'ils ont acquises durant leur formation prédoctorale pour faire les anamnèses. Il faudra perfectionner ces compétences à mesure que les résidents acquièrent plus d'expérience. Pour enseigner les compétences en communication, on peut recourir à diverses méthodes, notamment des séances didactiques, des jeux de rôles, des exercices de réflexion et une évaluation assortie d'objectifs précis d'amélioration⁴. Les compétences en communication peuvent aussi être évaluées⁵. On peut y procéder de manière informelle en discutant avec les pairs, les autres professionnels de la santé, les étudiants et aussi par un examen des dossiers rédigés par les résidents. On peut aussi les évaluer formellement par l'observation (directe ou sur vidéo), le recours à des patients standardisés, les jeux de rôles et d'autres programmes structurés. L'évaluation et la rétroaction doivent être effectuées en fonction d'un barème standard permettant d'identifier les éléments qui nécessitent de l'amélioration ou des modifications. De plus, un tel barème peut offrir les paramètres voulus pour que le médecin réfléchi modifie et perfectionne ses compétences tout au long de son exercice de la profession.

Les résidents font l'expérience de nouvelles situations lorsqu'ils commencent leur formation postdoctorale et la relation entre le médecin et le patient devient partie intégrante des activités quotidiennes. Au nombre des éléments qui exigent une attention particulière figurent la transmission de mauvaises nouvelles, l'obtention du consentement éclairé, l'assistance aux familles à prendre des décisions de vie ou de mort, et la pratique de l'art d'écouter avec empathie sans compromettre la vérité ou les principes.

Il faut développer et évaluer des techniques pour interviewer des patients difficiles (par exemple, la tristesse, la séduction, l'ambiguïté, etc.). Parmi les éléments que doivent

Exposé de principe du Comité de l'agrément

L'Enseignement et l'évaluation des compétences en communication dans les programmes de résidence

perfectionner les résidents se trouve l'habileté à communiquer avec les patients lorsqu'il y a une barrière de langue ou d'ordre physique, quand survient un désaccord avec le patient, et dans les situations où des patients les remettent en question. Les résidents doivent être en mesure de comprendre les principes et les pratiques pour obtenir un consentement éclairé.

Tous les programmes de résidence doivent assurer l'enseignement des principes de l'art de la communication convenable dans une variété de contextes ainsi que la mise en place d'une méthode formelle d'évaluation des compétences en communication. Cette activité doit s'ajouter à la rétroaction régulière donnée aux résidents par les consultants dans le contexte du travail. L'évaluation peut être effectuée dans un environnement normalisé, par un examen d'entrevues enregistrées sur vidéo, par l'observation directe des interactions et en consultation avec d'autres professionnels de la santé. La méthode utilisée différera selon la situation et le contexte de l'évaluation.

Approuvé: le 11 mai 2001

-
- i. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991;303:1385-7.
 - ii. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J.* 1995;152:1423-33.
 - iii. Lipkin M, Quill TE, Napaodano RJ. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Ann Int Med* 1984;100:277-84.
 - iv. Maguire P. Can communication skills be taught? *Br J Hosp Med* 1990;43:215-6.

On incite les résidents à maintenir un juste équilibre entre leur vie privée et professionnelle de manière à favoriser leur propre santé et bien-être physiques et mentaux comme étant essentiels à l'exercice médical continu.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada définit le cumul d'emplois comme l'exercice indépendant de la médecine durant la formation médicale postdoctorale dans des circonstances qui ne font pas partie intégrante de la formation exigée dans le programme de résidence.

Le Collège royal ne condamne pas ni admet-il la pratique du cumul d'emplois durant la formation médicale postdoctorale.

Par ailleurs, si le cumul d'emplois se produit, il y a lieu de prendre en considération les principes suivants :

1. Le cumul d'emplois ne doit pas être imposé.

- ▶ Les programmes de résidence ne doivent pas forcer les résidents à pratiquer le cumul d'emplois.

2. La charge de travail que comporte le cumul d'emplois ne doit pas nuire à la capacité du résident de réaliser les buts et les objectifs du programme de résidence.

- ▶ Tous les directeurs de programme sont tenus de faire le suivi du rendement des résidents afin de veiller à ce que des facteurs comme l'épuisement dû à une cause, quelle qu'elle soit, ne contribuent pas à diminuer l'apprentissage ou le rendement, ni à nuire à la sécurité des patients.
- ▶ Les directeurs de programme devraient porter à l'attention de tous les résidents tout facteur qui semble influencer négativement leur rendement.
- ▶ Pour ce faire plus aisément, il est conseillé d'informer le directeur du programme si un résident choisit de cumuler des emplois.

3. Si les résidents pratiquent le cumul d'emplois, ceci ne devrait pas se produire dans la même unité ou le même service où il est affecté présentement à titre de résident.

- ▶ Par exemple, un résident en stage dans une unité de soins intensifs (USI) et y fait le service de garde ne devrait pas couvrir la même USI à titre de médecin cumulant des emplois les autres jours pendant la durée du stage en question. Une telle situation semble avoir causé des problèmes en ce qui a trait à la hiérarchisation des responsabilités et à l'évaluation des résidents.

L'employeur assume la responsabilité de confirmer l'existence du permis d'exercice, des titres et de la protection contre les fautes professionnelles nécessaires.

Approuvé par le Comité de l'agrément - le 10 janvier 2002

Introduction

L'année de formation clinique de base est une composante de l'expérience clinique généralisée exigée par 18 spécialités du Collège royal : l'anatomopathologie, l'anesthésie, la médecine communautaire, la dermatologie, la radiologie diagnostique, la médecine d'urgence, la pathologie générale, la biochimie médicale, la microbiologie médicale, la neurologie, la neuropathologie, la médecine nucléaire, l'obstétrique et la gynécologie, la médecine du travail, l'ophtalmologie, la médecine physique et réadaptation, la psychiatrie et l'oncologie radiologique.

Les exigences de l'année de formation clinique de base

Il est essentiel que tous les programmes spécialisés définissent les exigences de l'année de formation clinique de base qui s'appliquent à leurs résidents respectifs. Il s'agit notamment d'élaborer des objectifs et exigences pour cette année, de définir le nombre et la nature des stages ainsi que les méthodes d'évaluation. Les comités de spécialité du Collège royal assument la responsabilité d'assurer l'uniformité sur le plan national de l'année de formation clinique de base dans leur propre spécialité.

Chaque programme doit tenir compte des éléments suivants dans l'élaboration de son année de formation clinique de base :

1. Il faut prévoir des exigences portant sur l'acquisition d'expérience tout en répondant aux besoins d'un groupe diversifié de patients. Les résidents devraient accroître progressivement leur autonomie et leur expertise à mesure que se déroule l'année. Il importe que les résidents assument plus de responsabilités et soient plus indépendants que lorsqu'ils étaient étudiants en médecine.
2. Il incombe au programme de choisir et d'exercer la surveillance des expériences de ses résidents durant toute l'année de formation clinique de base. Il est important que chaque directeur ou directrice d'un programme comportant une année de formation clinique de base coordonne les stages de ces résidents avec tous les autres directeurs de programme. Il faudrait faire participer ces résidents aux composantes scientifiques et sociales de leur programme d'attache.
3. Les directeurs de programme et les comités de programme de résidence dont les exigences comportent une année de formation clinique de base doivent consacrer du temps lors de leurs réunions précisément pour répondre aux besoins des résidents qui suivent cette formation. Il est souhaitable de compter un résident au nombre des membres du Comité du programme de résidence.
4. Chaque université doit disposer d'un mécanisme assurant que les besoins de tous les programmes comportant une année de formation clinique de base sont satisfaits.

Approuvé : le 11 mai 2001

Norme A -

http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/accreditation/accreditation_purple_book_a_standards_f.pdf

Norme B –

http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/accreditation/accreditation_blue_book_b_standards_f.pdf

Normes générales d'agrément – Le descripteur

http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/accreditation/accreditation_blue_book_b_descriptors_f.pdf

Normes C

http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/discipline_recognition/afc_c_standards_f.pdf

Normes CMFC

http://www.cfpc.ca/livre_rouge_TDM/

L'agrément et le harcèlement et l'intimidation

http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/accreditation/intimidation_and_harassment_f.pdf

Guide à l'intention du directeur de programme (CRMCC)

http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/credentials/accreditation/program_directors_handbook

Agrément des programmes de résidence CMFC

http://www.cfpc.ca/Agr%C3%A9ment_des_programmes_de_r%C3%A9sidence/

Entente entre CaRMS et les programmes de résidence - jumelage 2014

Le présent document comprend des extraits de la convention d'établissement entre CaRMS et les programmes participants.¹

A. Renseignements généraux

Des postes de résidence peuvent être offerts aux étudiants¹ qui sont en voie d'obtenir leur diplôme auprès de facultés de médecine canadiennes, américaines ou de facultés de médecine hors Canada et États-Unis, ainsi qu'aux médecins diplômés de facultés de médecine canadiennes, américaines ou de facultés de médecine hors Canada et États-Unis (« candidats ») qui sont inscrits auprès du Service canadien de jumelage des résidents (ci-après « CaRMS ») et qui satisfont aux exigences établies par les ordres des médecins provinciaux.

CaRMS est un programme de candidature et de jumelage (« programme de jumelage ») qui offre un système de vérification et de classement confidentiel des candidats à un ou plusieurs programmes de résidence de médecine postdoctorale (« programmes de résidence participants ») gérés par une faculté de médecine canadienne (« établissement »). Les jumelages suivants sont inclus dans le programme de jumelage :

- a. Jumelage principal des postes d'entrées en résidence R-1 (Jumelage principal R1)
- b. Jumelage de médecine familiale/médecine d'urgence (Jumelage MF/MU)
- c. Jumelage des spécialités médicales (JSM)
- d. Jumelage des spécialités pédiatriques (JSP)

La présente entente définit les droits et les obligations respectives des programmes de résidence participants et de CaRMS relativement au programme de jumelage.

B. Droits et obligations des établissements relativement aux programmes de résidence

1. Descriptions des programmes et communications

La transmission de renseignements exacts et au moment opportun entre les programmes de résidence participants et les candidats constitue un élément essentiel des processus de candidature à des postes de résidence et des processus de jumelage.

Les programmes de résidence participants doivent :

- a. Énoncer clairement, dans les descriptions de programmes, toutes les exigences relatives aux documents requis et aux conditions d'admissibilité des programmes de résidence participants sur le site www.carms.ca;
- b. Soumettre pour révision les descriptions de programmes au bureau des études médicales postdoctorales de l'établissement;
- c. S'il y a lieu, assurer l'exactitude des renseignements affichés sur le site Web du CaRMS relativement aux critères d'admissibilité de candidature provinciaux et mettre à jour les descriptions de programmes lorsque c'est requis;

- d. Si un programme est visé par un avis de retrait d'agrément par Le Collège des médecins de famille du Canada ou par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, cette information doit figurer dans la description du programme sur le site Web de CaRMS.

2. Procédures pour la soumission des Candidatures

Les programmes de résidence participants doivent solliciter et accepter toute candidature, tout document et autres, exclusivement par l'entremise du processus de candidature en ligne et de jumelage du CaRMS.

3. Calendrier et dates limites

Les programmes de résidence participants doivent respecter les échéanciers, fournir tous les renseignements requis et fixer les entrevues obligatoires hors-site conformément au [Calendrier des facultés](#) établi par CaRMS.

4. Listes de classement

Les programmes de résidence participants doivent limiter leur liste de classement uniquement aux candidats qui sont inscrits et qui ont présenté leur candidature par l'entremise de CaRMS et sont situés sur les pages des usagers des facultés.

Le bureau du doyen aux études médicales postdoctorales des programmes de résidence participants doit vérifier les listes de classement des programmes de résidence participants avant la date limite fixée par le CaRMS dans le [Calendrier des facultés](#).

5. Soumission de listes de classement

Pour participer au programme de jumelage, les programmes de résidence participants devront (a) s'inscrire et (b) transmettre leur liste de classement via le site Web de CaRMS (« Plate-forme interactive des programmes »).

Les listes de classement ne peuvent être soumises que par l'entremise de la Plate-forme interactive des programmes.

Les programmes de résidence participants conviennent de respecter les procédures d'accès établies par CaRMS en ce qui concerne la Plate-forme interactive des programmes, conformément aux [modalités d'utilisation](#) de CaRMS. Il est entendu qu'une liste de classement peut être complétée en plus d'une session et peut être modifiée avant la date limite de soumission finale. On recommande aux programmes de résidence participants d'achever ce processus bien à l'avance de la date limite de soumission des listes de classement et avant la période de pointe d'utilisation lorsque l'accès à la Plate-forme interactive des programmes risque d'être plus lent. CaRMS ne modifiera, en aucun temps, les listes de classement de candidats ou de programmes.

6. Nominations

Les programmes de résidence participants doivent :

- a. S'abstenir d'effectuer des nominations à des postes de résidence non dirigés, d'exiger ou de conclure des engagements ou contrats de la part des ou avec les candidats avant la date du jumelage fixée par CaRMS;
- b. Offrir des postes à tous les candidats jumelés avec l'établissement par le processus de jumelage du CaRMS, les candidats jumelés étant ceux qui sont les mieux classés sur la liste confidentielle de classement du programme de résidence participant et qui souhaitent être admis à ce même programme plus qu'à n'importe quel autre programme participant leur étant disponible; et
- c. Offriront des postes aux candidats jumelés ou leur remettront une lettre d'intention concernant leur nomination au plus tard 30 jours suivant la date de réception des résultats du jumelage.

Le classement d'un candidat sur la liste de classement confirmée par un programme de résidence participant ou le classement d'un programme de résidence participant sur la liste de classement soumise par le candidat constitue un engagement exécutoire d'offrir ou d'accepter un poste s'il y a jumelage. Ledit poste est assujéti aux règles officielles de l'établissement de nomination en vigueur à la date à laquelle le programme de résidence participant dépose sa liste de classement et à la satisfaction par le candidat jumelé de toutes les exigences d'admissibilité imposées par ces règles. Le non-respect de cet engagement, par le programme de résidence participant ou par le candidat, constituera une violation de la présente convention et pourrait entraîner des pénalités pour la partie en violation, conformément à l'Article 20.

À leur discrétion, le programme de résidence participant et l'établissement peuvent libérer un candidat de ses responsabilités contractuelles s'ils estiment que le candidat en subirait autrement un préjudice grave. Si tel est le cas, CaRMS doit recevoir une lettre à l'appui du directeur de programme actuel du candidat, reconnaissant et décrivant ledit préjudice. Bien que CaRMS tentera d'intercéder en faveur du candidat, la décision prise par le programme de résidence participant et l'établissement sera respectée. Le programme de résidence participant et l'établissement devraient aviser CaRMS de leur décision de libérer ou non le candidat de leur engagement contractuel.

7. Tours du jumelage

Lorsque le processus de jumelage comporte plus d'un tour de jumelage, tous les programmes de résidence participants inscrits auprès du programme de jumelage qui ne remplissent pas leur quota lors du premier tour du processus de jumelage devront participer à un second tour. Tout quota qui demeure vacant après le premier tour du processus de jumelage doit être inscrit au second tour du processus de jumelage.

Le processus de jumelage ne s'achèvera que lorsque tous les tours auront été effectués.

8. Retraits

Un établissement peut retirer un programme de résidence participant du programme de jumelage s'il n'a pas de postes à offrir. Ledit retrait doit être effectué par l'entremise du bureau du doyen aux études médicales postdoctorales.

En vue d'épargner aux candidats des dépenses inutiles, les établissements qui souhaitent retirer la totalité du quota d'un programme participant de résidence devraient le faire avant d'effectuer les entrevues relatives au programme de résidence participant en question, sauf lors de circonstances indépendantes de la volonté de l'établissement ou du programme.

Dans l'éventualité où un programme de résidence participant devait annuler ou réduire le nombre de postes de résidence à combler après que le processus de jumelage a été effectué, le programme doit aviser CaRMS de la procédure qu'il propose utiliser pour aider chaque candidat jumelé à obtenir un autre poste de résidence. Le non-respect de ces conditions constituera une violation de la présente entente et pourrait entraîner des pénalités mentionnées à l'article 20 de la présente entente.

9. Jumelages multiples

Tout programme de résidence participant offre sciemment un poste à un candidat qui a été jumelé à un poste dans un autre programme de résidence participant au cours de la même année sera en violation de la présente entente et pourra faire l'objet des mesures visées par l'article 20. Avant d'offrir un poste à un candidat, le programme de résidence participant devra prendre les mesures raisonnables pour vérifier le statut de jumelage du candidat, notamment en s'informant auprès de CaRMS.

10. Restrictions relatives à la persuasion

Les programmes de résidence participants n'exerceront pas de pressions indues ou injustifiées sur la décision de sélection des candidats. Bien que les candidats et les programmes de résidence participants puissent exprimer un grand intérêt l'un envers l'autre, ils ne peuvent pas faire de déclarations quant à leur engagement.

Les activités suivantes constitueront des violations à l'entente par l'établissement et seront assujetties aux pénalités figurant à l'article 20 :

- a. Un candidat ou un programme de résidence participant qui s'engage verbalement ou par écrit relativement à un poste de résidence avant l'achèvement du programme de jumelage; et
- b. Un candidat ou un programme de résidence participant qui s'enquiert sur le classement souhaité de l'autre.

Il est entendu que l'établissement et les programmes de résidence participants conviennent que seules les préférences finales des programmes de résidence participants ainsi que celles des candidats, comme il est indiqué sur leurs listes de classement finales et confirmées respectives, détermineront l'offre de postes et le placement des candidats par l'entremise du programme de jumelage.

11. Confidentialité

La confidentialité des renseignements relatifs aux candidats doit être préservée en tout temps. Les programmes de résidence participants ne rendront pas disponible au public, ni ne divulgueront autrement, les renseignements concernant les candidats à quelconque personne ou organisme, à moins que la loi ne l'exige, que la divulgation ne soit autorisée en vertu de la présente entente ou que le candidat concerné ne l'ait expressément autorisée. En l'occurrence, par information confidentielle, on entend notamment le nom des candidats, les renseignements relatifs à leur candidature et leur classement de programmes. Toute violation de confidentialité par le programme

de résidence participant, y compris l'utilisation, la consultation ou la divulgation non autorisées des renseignements personnels d'un candidat, sera assujettie aux pénalités prévues à l'article 20 de la présente entente.

12. Utilisation des renseignements personnels des candidats

Les programmes de résidence participants n'utiliseront les renseignements personnels des candidats qu'ils auront obtenus par CaRMS qu'aux fins de la sélection des candidats.

13. Conservation des renseignements

Les programmes de résidence participants ne conserveront les renseignements fournis par CaRMS qu'aussi longtemps qu'ils seront nécessaires aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis. Ils doivent mettre sur place des mesures pour détruire, supprimer, effacer ou convertir les données personnelles en vue d'en assurer l'anonymat une fois que ces dernières ne seront plus nécessaires aux fins pour lesquelles elles avaient été recueillies.

14. Protection des renseignements

Les programmes de résidence participants doivent adopter des mesures de sécurité adéquates pour assurer la protection de tous les renseignements qu'ils auront obtenus par CaRMS. Des « mesures de sécurité adéquates » signifient des mesures de contrôle technique, physique et procédural en vue de préserver les renseignements et d'éviter qu'ils soient détruits, perdus, modifiés, divulgués sans autorisation à des tierces parties ou d'empêcher l'accès non autorisé par les employés ou sous-traitants au service de l'établissement, que ce soit de façon involontaire ou autrement. Les programmes de résidence participants doivent assurer la confidentialité des mots de passe des facultés de médecine et aviser CaRMS, sans délai (a) s'il existe des motifs qui portent à croire qu'un mot de passe d'une faculté de médecine a été décelé par une tierce partie; (b) de toute utilisation interdite relativement à un mot de passe d'une faculté de médecine ou de toute autre atteinte à la sécurité et (c) de l'utilisation, de la consultation et de la divulgation non autorisées de renseignements personnels de candidats conservés par le programme.

C. Droits et obligations du CaRMS

15. Élimination du Programme de jumelage

CaRMS peut éliminer du programme de jumelage un programme de résidence participant si CaRMS dispose d'éléments de preuve crédibles selon lesquels le programme de résidence participant est en violation des conditions de la présente entente ou ne possède pas l'agrément exigé.

16. Liste de classement

CaRMS assurera la confidentialité des renseignements figurant sur les listes de classement. CaRMS ne divulguera ces renseignements d'aucune façon qui peut permettre d'identifier un programme de résidence participant ou le candidat.

17. Accès à la Plate–forme interactive des programmes (site Web de CaRMS)

CaRMS limitera l'accès à la Plate–forme interactive des programmes aux programmes de résidence participants, aux candidats et aux utilisateurs agréés.

18. Calendrier des facultés

CaRMS publiera un [calendrier des facultés](#), qui est incorporé par renvoi à la présente entente.

19. Disponibilité de la Plate–forme interactive des programmes

CaRMS ne garantit pas la disponibilité de la plate–forme interactive des programmes et ne peut, d'aucune façon, modifier les listes de classement des candidats ou des programmes de résidence qui ont manqué la date limite à cause de la non–accessibilité du site.

20. Violations relatives au jumelage

CaRMS maintient un niveau professionnel des plus élevés quant au processus du programme de jumelage et dans ses rapports avec tout participant : candidats, directeurs de programmes, employés des établissements, et doyens des études médicales de premier cycle et des études postdoctorales. CaRMS s'attend à ce que tous les participants du programme de jumelage se comportent de façon morale et responsable du point de vue professionnel, et respectent le droit des candidats de se renseigner librement des divers choix de programmes avant de soumettre leur liste de classement finale.

CaRMS fera enquête au sujet des allégations de violation de la présente entente, notamment :

- a. Les anomalies affectant les titres de compétence et les documents fournis à l'appui;
- b. Les tentatives visant à corrompre le processus de jumelage en soi;
- c. Le défaut de faire une offre ou d'accepter un poste, conformément aux résultats du jumelage; et
- d. Tout autre comportement ou toute activité non conforme touchant la soumission ou la modification d'une liste de classement, et/ou l'engagement du programme de résidence participant à respecter le résultat du jumelage.

Le CaRMS conservera et mettra à la disposition des candidats et des programmes de résidence participants les politiques et procédures de dénonciation et d'enquête relatives aux violations des Conventions du CaRMS (« [politique relative aux violations du processus de jumelage et la politique relative aux faux documents](#) »).

La [politique relative aux violations](#) du processus de jumelage régit le traitement par le CaRMS des violations au jumelage. Elle est incorporée par renvoi à la présente entente et en constitue l'une des parties.

¹ L'emploi du masculin dans le présent texte désigne, lorsque le contexte s'y prête, aussi bien les femmes que les hommes.

Lignes directrices pour la conduite d'entrevues et la sélection de candidats dans le cadre de CaRMS

Introduction

Les lignes directrices suivantes ont été élaborées par CaRMS et les Comités permanents des Études médicales pré et postdoctorales de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC). Ils énoncent les codes de conduite conformément à ceux figurant au contrat CaRMS, les politiques en termes de confidentialité telles que les stipulent la LPRPDÉ et d'autres lois pertinentes régissant les droits de la personne.

Ce document traite d'un certain nombre de questions, notamment :

- ◆ Les pratiques exemplaires des entrevues;
- ◆ Les questions qui peuvent être posées et celles qui ne le peuvent pas lors d'entrevues;
- ◆ Confidentialité des renseignements relatifs à l'étudiant;
- ◆ La non divulgation de renseignements figurant dans la lettre de recommandation du candidat.

Ce document doit être diffusé le plus largement possible auprès de toutes les facultés, de tous les résidents et interviewers qui participent au processus de sélection via CaRMS.

Lignes directrices pour la conduite d'entrevues et la sélection de candidats dans le cadre de CaRMS

L'entrevue

Les lignes directrices suivantes ont été élaborées par CaRMS en collaboration avec les comités permanents des Études médicales pré et postdoctorales de l'AFMC. Ils énoncent les codes de conduite conformément à ceux figurant au contrat de CaRMS et aux autres lois pertinentes régissant les droits de la personne. Elles n'ont pas pour objet d'être globales, il est, en outre, possible que des facultés de médecine soient assujetties aux lois provinciales et aux politiques universitaires locales. Les textes législatifs sur les droits de la personne sont tirés d'Internet.

On recommande aux facultés d'élaborer leurs propres lignes directrices et d'entreprendre de sensibiliser le corps enseignant ainsi que de mettre sur pied des ateliers animés par des interviewers et qui traitent de ces lignes directrices ou d'autres qui s'appliquent à leur propre province.

Une meilleure éducation ainsi qu'une meilleure diffusion des normes adaptées aux entrevues et au comportement lors d'entrevues dans le cadre du processus CaRMS amélioreront ce dernier autant pour les candidats que pour les facultés.

Principes généraux :

Les institutions et les candidats doivent se conformer aux conditions du contrat qu'ils ont conclu avec CaRMS, et qui fait également référence à la politique relative aux infractions au jumelage.

On s'attend à ce que les Programmes de résidence fournissent tous les renseignements nécessaires et fixent l'horaire des entrevues hors ville conformément au Calendrier établi par les Comités permanents des Études médicales postdoctorales et Études médicales prédoctorales de l'AFMC lors de leur réunion annuelle conjointe du printemps à l'AFMC. Ces dates seront communiquées par ces comités à tous les programmes et devront clairement figurer dans le site Web de CaRMS.

L'un des principes généraux veut que les Programmes de résidence participants, par le biais des directeurs de programmes ou de ses agents (d'autres facultés, des équipes d'interviewers comprenant des résidents), n'exercent aucune pression induue ou injustifiée sur les décisions touchant la sélection des candidats. Les candidats ainsi que les Programmes de résidence participants peuvent faire preuve d'un intérêt mutuel marqué mais ne peuvent pas faire de déclarations quant à un engagement quelconque.

Les programmes ne peuvent pas discuter avec les candidats de la façon dont ceux-ci établiront leur classement des programmes ou leur poser des questions sur les autres programmes auprès desquels les candidats auraient déposé leur candidature. Un autre

principe veut que les lettres de recommandation et leur contenu, rédigées sous le sceau de la confidentialité, ne soient pas divulgués au candidat.

La faculté de médecine et le Programme ont le droit :

De définir des critères précis d'admissibilité à leur programme de résidence répondant aux besoins en matière d'emploi;

D'exiger des compétences et une expérience pertinentes au poste;

De recruter les personnes qui répondent le mieux à leurs critères;

D'établir des normes quantifiables de rendement;

D'établir des modalités et conditions d'emploi;

D'exiger la citoyenneté canadienne ou le statut de résidence permanente.

Interdire la discrimination en matière d'emploi fondée sur les facteurs suivants :

La race;

Le lieu d'origine;

L'origine ancestrale;

L'origine ethnique;

La couleur;

Les croyances;

La citoyenneté;

L'invalidité;

Le sexe;

L'état matrimonial;

L'âge (18 à 65);

La situation familiale.

La Loi canadienne sur les droits de la personne

La *Loi canadienne sur les droits de la personne* assure à tous les individus le droit à l'égalité des chances en matière d'emploi, indépendamment des considérations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, l'âge, le sexe (y compris la grossesse et l'accouchement), l'orientation sexuelle, l'état matrimonial, la situation de famille, la déficience (physique ou mentale ou résultant d'une dépendance présente ou passée envers l'alcool ou la drogue) ou l'état de personne graciée.

L'Article 8 de la *Loi* stipule que :

Constitue un acte discriminatoire, quand y sont exprimées ou suggérées des restrictions, conditions ou préférences fondées sur un motif de distinction illicite :

a) l'utilisation ou la diffusion d'un formulaire de demande d'emploi;

b) la publication d'une annonce ou la tenue d'une enquête, oralement ou par écrit, au sujet d'un emploi présent ou éventuel.

La *Loi* concerne les emplois relevant de la compétence fédérale., c'est-à-dire, les ministères et agences du gouvernement fédéral ainsi que les sociétés d'État et celles d'aviation, les banques, les chemins de fer, les pipelines interprovinciaux, les stations radiophoniques, les entreprises de téléphonie et les compagnies de transport interprovinciales.

Exigences professionnelles justifiées

On peut avoir recours à l'une des exceptions à la *Loi* lorsque les aptitudes nécessaires à l'exécution des principales tâches de la fonction touchent l'une des dispositions interdites. Une aptitude ou compétence particulière peut être précisée si elle se fonde sur une exigence professionnelle justifiée.

Par exemple, un emploi peut exiger un certain niveau de perception des couleurs pour pouvoir être exécuté de façon sûre et efficace, excluant de ce fait la considération de candidatures de personnes ne satisfaisant pas à cette exigence. Toutefois, les employeurs devraient trouver d'autres méthodes d'approche à l'emploi pour en arriver à éliminer des exigences aussi restrictives.

Les exigences professionnelles devraient tenir principalement compte des aptitudes réelles de la personne — plutôt que de prémisses se fondant sur une caractéristique de groupe. Si vous estimez que les emplois dans votre organisme sont affectés, la Commission canadienne des droits de la personne a produit des documents qui expliquent clairement l'application des exigences professionnelles justifiées.

Programmes spéciaux et Équité en matière d'emploi

La *Loi canadienne sur les droits de la personne* autorise les programmes qui ont pour objet d'améliorer les chances des groupes qui sont historiquement défavorisés du fait de leurs race, origine ethnique, religion, âge, sexe, état matrimonial et familial, invalidité ou tout autre facteur de discrimination prohibé en vertu de la *Loi*. La Commission canadienne des droits de la personne effectue des vérifications auprès des employeurs et prend les mesures correctives nécessaires pour s'assurer qu'ils respectent la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* qui vise à améliorer les chances d'emploi pour quatre groupes en particulier — les femmes, les Autochtones, les membres de minorités visibles et les personnes handicapées. Nombre d'employeurs ont trouvé des programmes spéciaux qui leur ont permis d'instaurer l'équité dans leur milieu de travail (les programmes spéciaux pour les diplômés hors Canada et États-unis pourraient s'inscrire dans cette catégorie).

Tenir compte des lignes directrices des Comités d'études médicales postdoctorales et études médicales prédoctorales de l'AFMC et du calendrier du CARMS pour fixer les dates des entrevues :

La pratique exemplaire veut que les programmes sélectionnés communiquent avec les candidats finalistes pour fixer une date d'entrevue, (conformément au calendrier CaRMS, pas moins d'une (1) semaine avant l'entrevue) et coordonner les itinéraires d'entrevue pour les candidats hors ville au cours de la période nationale d'entrevue. Les Programmes doivent faire leur possible pour coordonner leurs entrevues avec les programmes des autres facultés de médecine et faire en sorte que les candidats ne soient pas obligés de faire des aller-retour à l'échelle du pays.

Avant l'entrevue, élaborer une série de questions qui seront posées uniformément à tous les candidats, y compris les internes. Par exemple, si le programme exige du candidat qu'il voyage vers un autre centre de formation, il ne faut pas demander aux candidats de décrire leurs responsabilités familiales. Demandez à tous les candidats – aussi bien aux hommes qu'aux femmes – s'ils sont en mesure de voyager. Ainsi, vous pourrez arriver à une conclusion comparative valable.

b) Poser des questions qui touchent directement au poste et éviter celles qui concernent des droits de la personne protégés comme le sexe, l'origine ancestrale, l'invalidité ou l'orientation sexuelle.

c) S'assurer que les questions portent sur des critères pouvant être évalués objectivement.

d) Il faut noter que DRHC permet aux comités de sélection d'adopter la catégorie « Apte » lors de l'évaluation des candidats. « Apte » porte sur l'aptitude du candidat à contribuer de façon positive au milieu du département. Les comités doivent s'assurer que le terme « apte » n'est pas utilisé de manière abusive pour satisfaire à des préjugés personnels ou pour exercer une discrimination à l'égard de candidats appartenant aux groupes protégés par la législation sur les droits de la personne.

e) Il ne faut pas oublier pas que le candidat doit lui aussi prendre une décision concernant votre université. Soyez prêt à organiser des réunions entre les candidats et des résidents.

f) S'assurer que les conversations et les échanges de correspondance avec le candidat soient conformes aux politiques de l'université et aux conventions collectives.

j) La législation sur les droits de la personne interdit la discrimination, aussi bien volontaire qu'involontaire. Il ne faut pas oublier que la légalité du processus de sélection ne dépend pas de vos intentions, mais plutôt de la cohérence avec laquelle vous traitez les candidats et le type de questions que vous leur posez.

Questions appropriées :

- Quels types de possibilités d'apprentissage recherchez-vous ?

- Comment réglez-vous les problèmes lorsqu'il s'en présente ?
- À votre avis, quelles sont vos forces et vos faiblesses ?
- Réussissez-vous à vous entendre avec les personnes en position d'autorité ?
- Avez-vous quelques idées sur la façon dont vous apprenez le mieux ?

Questions inappropriées :

Renseignements personnels :

- Où êtes-vous né ?
- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre origine ethnique ?
- Êtes-vous marié(e) ou avez-vous l'intention de vous marier ?
- Avez-vous des enfants ?
- Quelle est votre orientation sexuelle ?
- Religion

Questions inappropriées sur le classement :

- Quels sont les autres programmes auprès desquels vous avez déposé votre candidature ?
- Avez-vous l'intention de classer notre programme ?
- Quel classement avez-vous donné à notre programme ?

Sujet: Nom

Éviter :

- de demander la raison qui a motivé un changement de nom : le changement est-il dû à un ordre du tribunal, au mariage, ou à d'autres raisons ?
- le nom de jeune fille.

demander plutôt :

- le lieu de résidence le plus récent et sa durée.

Sujet : Âge

Éviter :

- d'exiger le certificat de naissance, l'avis de baptême, ou de poser des questions sur l'âge de manière générale.

Sujet : Sexe

Éviter :

- de demander aux hommes et aux femmes de remplir des demandes différentes;
- de tenter d'obtenir des renseignements sur une grossesse, des intentions de grossesse ou des dispositions prises pour la garde des enfants.

demander plutôt :

- au candidat s'il est en mesure d'être assidu.
-

Sujet : État matrimonial

Éviter :

- de demander au candidat s'il est célibataire, marié, divorcé, fiancé, séparé, veuf ou conjoint de fait;
- de tenter de savoir si la conjointe du candidat pourrait être transférée;
- de vous renseigner sur l'emploi de la conjointe.

demander plutôt :

- s'il ou elle peut répondre à ces exigences;
- s'il est possible qu'une quelconque circonstance puisse l'empêcher d'effectuer en totalité une période minimum de service.

Sujet : Situation familiale

Éviter :

- de vous enquérir du nombre d'enfants ou de personnes à la charge du candidat;
- de savoir quelles dispositions le candidat a prises en termes de garde d'enfants.

demander plutôt :

- si le candidat sera en mesure de travailler selon l'horaire requis.

Commentaire :

- le nom de personnes auxquelles on peut avoir recours en cas d'urgence et/ou les détails sur les personnes à charge pourront être déterminés après la sélection.
-

Sujet : Origine ethnique ou nationale

Éviter :

- de vous enquérir sur le lieu de naissance, la nationalité des ancêtres, de l'épouse/époux ou d'autres parents;
- de demander au candidat s'il est né au Canada;
- d'exiger une preuve de citoyenneté.

expliquer plutôt :

- au candidat qu'étant donné que pour travailler au Canada il faut être détenteur de la citoyenneté canadienne ou résident permanent, il est possible que la question lui soit posée de savoir s'il est juridiquement autorisé à travailler au Canada.

Commentaire :

- on peut, après la sélection, demander les documents d'admissibilité au travail.
-

Sujet : Langue

Éviter :

- la question de la langue maternelle;
- celle concernant l'endroit où les aptitudes linguistiques ont été acquises.

demander plutôt :

- si le candidat comprend, lit, écrit et parle les langues exigées par l'emploi.

Commentaire :

- les épreuves de maîtrise de la langue, et leur notation, administrées aux candidats ne sont permises que si l'emploi les exige.
-

Sujet : Race ou couleur

Éviter :

- de vous enquérir sur la race ou la couleur, y compris la couleur des yeux, de la peau ou des cheveux.

Sujet : Photographies

Éviter :

- d'exiger qu'une photo soit jointe aux formulaires de candidature ou qu'elle soit transmise à l'interviewer avant l'entrevue. CaRMS dévoilera la photo dans le dossier électronique du candidat une fois que la période d'entrevues a débuté.

Sujet : Religion

Éviter :

- de demander au candidat s'il pourra travailler les jours de certaines fêtes religieuses;
- de vous enquêter de l'appartenance religieuse, à une église ou à la fréquentation d'une église;
- d'exiger une lettre de recommandation d'un membre du clergé ou d'un chef religieux.

expliquer plutôt :

- au candidat les horaires de travail obligatoires, et lui demander si ledit horaire pose un problème.

Commentaire :

- l'employeur a le devoir de raisonnablement accommoder les convictions religieuses de l'employé.

Sujet : Invalidité

Éviter :

- de demander une liste des handicaps, des limitations ou des problèmes de santé;
- de tenter de savoir si le candidat boit ou consomme de la drogue;
- de demander si le candidat a jamais eu recours à des soins psychiatriques; ou
- a été hospitalisé pour des problèmes psychiatriques;
- de demander au candidat s'il a jamais reçu des prestations d'indemnisation d'accident du travail.

Commentaires :

L'employeur devrait :

- divulguer toute information concernant des exigences ou normes médicales tôt dans le processus de candidature;
- demander ensuite au candidat s'il souffre d'une maladie qui pourrait l'empêcher de faire son travail.

Un handicap n'est pertinent que :

- s'il menace la sécurité ou la propriété des autres;
 - s'il empêche l'employé d'assurer un rendement sûr et adéquat, même lorsque l'on a adopté des mesures raisonnables pour accommoder le handicap.
-

Sujet : Renseignements médicaux

Éviter :

- de demander au candidat s'il est actuellement traité par un médecin;
- de demander le nom du médecin de famille;
- de tenter de savoir s'il est en counseling ou en thérapie.

Sujet : Personne graciée

Éviter de demander si le candidat :

- a déjà été condamné;
- a déjà été mis en état d'arrestation;
- a un casier judiciaire.

Sujet : Orientation sexuelle

Éviter :

- de vous enquérir de l'orientation sexuelle du candidat.

Sujet : Recommandations

Commentaire :

- on applique aux recommandations les mêmes mises en garde que celles appliqués aux questions qu'on lui pose.

Politiques concernant la confidentialité

Introduction

Qu'est-ce qu'un renseignement personnel ?

À notre avis, un « renseignement personnel » signifie tout renseignement, enregistré sous n'importe quelle forme, concernant un individu identifié ou un individu dont l'identité peut être déterminée à partir dudit renseignement, autre que les renseignements relevant du « contact d'affaires » (p. ex., nom, titre, adresse professionnelle).

Utilisation des renseignements personnels

L'institution ne pourra utiliser les renseignements personnels des candidats que lui aura transmis CaRMS qu'aux seules fins de la sélection des candidats pour les programmes de formation postdoctorale en résidence de l'institution.

Préservation et sécurité des renseignements

L'institution s'assurera de conserver les renseignements que lui aura fournis CaRMS jusqu'à ce que les raisons pour lesquelles ils ont été recueillis aient été satisfaites. Une fois devenus inutiles, les institutions doivent disposer de mécanismes de destruction, de suppression, d'effacement ou de conversion des renseignements personnels de manière à en assurer l'anonymat. L'institution adoptera des mesures de sécurité adéquates pour protéger tous les renseignements que lui aura fournis CaRMS. On entend par le terme « mesures de sécurité adéquates » des contrôles techniques, physiques et procéduraux visant à empêcher la destruction, la perte, la modification, la divulgation non autorisée à des tierces parties ou l'accès non autorisé par des employés ou des sous-traitants au service de l'institution, que ce soit involontairement ou autrement.

Divulgence de renseignements figurant dans les lettres de recommandation

Tous les renseignements figurant dans les lettres de recommandation sont confidentiels (à moins d'indication contraire) et ne peuvent être divulgués au candidat sans le consentement explicite du répondant.

MOTIFS DE NON-CLASSEMENT DES CANDIDATS – ADMISSION 2014

Nom : _____ Prénom : _____

Faculté : _____ Programme : _____

Motifs de non-classement (*cocher toutes les cases qui s'appliquent*)

- 1 Candidat non admissible à une résidence au Québec (précisez : _____)
- 2 *Dean's letter* / dossier de rendement de l'étudiant en médecine (DREM) insatisfaisant
- 3 Dossier académique jugé non compétitif
- 4 Dossier incomplet
- 5 Faible performance à l'entrevue
- 6 Faible pertinence de la formation médicale antérieure (précisez : _____)
- 7 Insuffisance des mesures prises par le candidat pour mettre ses connaissances à jour
- 8 Lettre de motivation insatisfaisante
- 9 Lettres de références insatisfaisantes
- 10 Maîtrise insuffisante du français
- 11 Ne rencontre pas les critères académiques d'admission au programme
- 12 Manque de motivation envers le programme
- 13 Formation en résidence ou exercice de la médecine qui remonte à plus de 4 ans (précisez le nombre d'années : ____)
- 14 Désistement du candidat avant l'entrevue
- 15 Le candidat ne s'est pas présenté à l'entrevue
- 16 Autre(s), précisez : _____

Signature du directeur de programme : _____

Nom complet en lettres moulées : _____ Date : _____

Candidat non classé avant l'entrevue

Candidat non classé après l'entrevue

Cas discuté en comité

07 novembre 2013

L'AGRÉMENT DES NOUVEAUX MILIEUX DE FORMATION ET DES MILIEUX « SATELLITES »

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) procède à l'agrément des programmes de formation postdoctorale conjointement avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

Une demande d'agrément d'un nouveau milieu de formation ou d'un milieu « satellite » peut être effectuée entre les visites régulières d'agrément.

PROCÉDURE

- Les nouveaux milieux de formation et les milieux « satellites », recevant des résidents pour une durée **inférieure à six (6) mois**, se verront accorder par le CMQ un agrément valide jusqu'à la prochaine visite régulière des programmes de la faculté concernée et seront inscrits à la Liste des agréments du CMQ.

Les vice-décanats aux affaires médicales postdoctorales de chacune des quatre facultés québécoises sont responsables de communiquer la liste des nouveaux milieux et milieux « satellites », leur adresse complète ainsi que le nom du programme ou du milieu correspondant, à la section des Agréments de la Direction des études médicales du CMQ : mlamer@cmq.org ou au 514 933-4235.

- Les nouveaux milieux de formation recevant des résidents pour une durée **égale ou supérieure à six (6) mois**, devront soumettre une demande d'ajout d'un milieu de formation qui sera étudiée par le comité des études médicales et de l'agrément (CÉMA) du CMQ. La demande devra spécifier la capacité d'accueil et la durée de séjour du nouveau milieu.

L'agrément de ces nouveaux milieux de formation est d'une durée de deux ans et sera reconduit conditionnellement à la réception d'un rapport favorable découlant d'une visite interne.

Dans les cas où le rapport ne serait pas favorable, le comité pourra, selon la nature des informations portées à son attention :

- soit accorder un agrément de deux ans sous condition d'une visite interne favorable préalablement à tout renouvellement ultérieur;
- soit accorder un agrément de deux ans sous condition d'une visite externe favorable préalablement à tout renouvellement ultérieur;
- soit accorder un agrément de deux ans sous condition d'une visite externe favorable préalablement à tout renouvellement assorti d'un avis d'intention de retrait.



**COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

*Une médecine de qualité
au service du public*

2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Tél. : (514) 933-4235
Télec. : (514) 933-5167
collegedesmedecins.qc.ca • info@cmq.org

**DEMANDE D'AJOUT D'UN MILIEU DE FORMATION
d'une durée maximale de séjour égale ou supérieure à six (6) mois**

Faculté de médecine de l'Université : <input type="checkbox"/> Laval <input type="checkbox"/> McGill <input type="checkbox"/> Montréal <input type="checkbox"/> Sherbrooke	Programme :
---	--------------------

1. Nom et adresse du milieu de formation demandé :	
2. Capacité maximale d'accueil (nombre de résidents / période) :	
3. Durée maximale de séjour (nombre de mois / pour chaque résident) :	

4. Décrivez les motifs de la demande et à quels objectifs particuliers du programme, l'ajout de ce milieu répond-il.

5. Comment ce milieu de formation sera-t-il représenté au comité du programme ?

6. Décrivez les ressources

- cliniques (incluant le nombre et la variété de patients) :
- matérielles et administratives :
- professorales :

Nom	Attestation en médecine de famille ou certificat de spécialité	Statut universitaire

7. Décrivez les activités d'enseignement qui se tiendront dans ce milieu :

8. Décrivez comment les résidents seront supervisés :

9. Décrivez comment les résidents seront évalués :

Directeur du programme (signature)

Vice-doyen (signature)

Date



**COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

*Une médecine de qualité
au service du public*

2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Tél. : (514) 933-4235
Télec. : (514) 933-5167
collegedesmedecins.qc.ca • info@cmq.org

**DEMANDE DE MODIFICATION À L'AGRÈMENT
D'UN PROGRAMME DE FORMATION POSTDOCTORALE**

<p>Faculté de médecine de l'Université :</p> <p><input type="checkbox"/> Laval</p> <p><input type="checkbox"/> McGill</p> <p><input type="checkbox"/> Montréal</p> <p><input type="checkbox"/> Sherbrooke</p>	<p><input type="checkbox"/> Médecine de famille</p> <p><input type="checkbox"/> Spécialité : _____</p>
--	--

Nom du programme	Agrément actuel		Agrément demandé	
	Nombre max. de mois	Nombre max. de résidents	Nombre max. de mois	Nombre max. de résidents
Nom de l'établissement (milieu)	Nombre max. de mois	Nombre max. de résidents	Nombre max. de mois	Nombre max. de résidents

Motifs de la demande :

À quels objectifs particuliers du programme l'ajout de ce milieu répond-il ?

Comment ce milieu de formation sera-t-il représenté au comité du programme ?

Tout nouveau milieu de formation doit disposer de suffisamment de ressources afin de donner à tous les résidents la possibilité d'atteindre les objectifs éducatifs.

Description des ressources professorales

Noms	Certification médecine de famille ou spécialité	Statut universitaire	Plein temps	Demi temps <u>ou</u> temps partiel

Description des ressources

- cliniques (incluant le nombre et la variété de patients) :
- matérielles :
- administratives :

Description des activités d'enseignement :

Description de l'encadrement et de la supervision des résidents :

Description du processus d'évaluation des résidents :

Directeur du programme (signature)

Vice-doyen (signature)

Directeur du programme (nom)

Date



**COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

*Une médecine de qualité
au service du public*

2013 – 2014

Liste des AGRÉMENTS

Agrément des programmes
de formation postdoctorale des facultés
de médecine des universités du Québec :

établissements participants agréés pour les stages
en médecine de famille et dans les autres spécialités

MISE À JOUR : 6 février 2014

List of ACCREDITATIONS

Accreditation of
postgraduate training programmes
of faculties of medicine of Québec universities:

participating institutions accredited for training
in family medicine and in other specialties

UPDATE: February 6, 2014

Publication du
Collège des médecins du Québec
Direction des études médicales
2170, boul. René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : 514-933-4235
1 888-633-3246 poste 5222

Télécopieur :
514-933-5167

Dépôt légal : deuxième trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Reproduction intégrale ou partielle
interdite sans autorisation

EXPLICATIONS

Programme / Programme Établissements / Institutions	Remarques

Capacité d'accueil et durée de séjour

- Ces données ne sont plus indiquées.

Remarques

- Cette case comprend des informations reliées soit au programme, soit à l'établissement, soit pour ajouter des informations ou indiquer la formation en milieu « satellite ».

Les cartes de stages doivent refléter les exigences réglementaires de formation postdoctorale en médecine de famille ou dans les autres spécialités.

NOTE :

Les ambulances du Québec opérées par une corporation ou coopérative détenant un permis d'exploitation de services ambulanciers conformément à la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (L.R.Q., chap. S-6.2) sont considérées comme un milieu de formation agréé, dans la mesure où :

- Les activités médicales qui y sont effectuées par un résident sont accomplies dans le cadre de sa formation;
- Le résident qui y effectue des activités médicales reçoit la supervision appropriée à son niveau de formation.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT SUR LES PROGRAMMES UNIVERSITAIRES AGRÉÉS AU QUÉBEC VEUILLEZ CONTACTER :	FOR INFORMATION CONCERNING THE QUÉBEC UNIVERSITY TRAINING PROGRAMMES PLEASE CONTACT:
<p>SECRÉTARIAT Bureau des études médicales post-M.D. Faculté de médecine Université Laval Pavillon Ferdinand-Vandry 4623-1050, avenue de la Médecine Québec QC G1K 7P4 Télécopieur : 418-656-2627 www.fmed.ulaval.ca</p>	<p>ASSOCIATE DEAN FOR POSTGRADUATE EDUCATION Faculty of Medicine McGill University McIntyre Medical Sciences Building 3655 Drummond St. 6th Floor Montréal QC H3G 1Y6 Fax: 514-398-3595 www.med.mcgill.ca</p>
<p>SECRÉTARIAT DES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES Faculté de médecine Université de Montréal C.P. 6128, Succursale Centre-ville Montréal QC H3C 3J7 Télécopieur : 514-343-2068 www.umontreal.ca</p>	<p>SECRÉTARIAT DES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke 3001, 12^e avenue Nord Sherbrooke QC J1H 5N4 Télécopieur : 819-564-5378 www.usherbrooke.ca</p>

SPÉCIALITÉS RECONNUES PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC		SPECIALTIES APPROVED BY THE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC	
1. Anatomopathologie	60 mois	1. Anatomical Pathology	60-months
2. Anesthésiologie	60 mois	2. Anesthesiology	60-months
3. Biochimie médicale	60 mois	3. Medical Biochemistry	60-months
4. Cardiologie	72 mois	4. Cardiology	72-months
5. Chirurgie cardiaque	72 mois	5. Cardiac Surgery	72-months
6. Chirurgie colorectale	72 mois	6. Colorectal Surgery	72-months
7. Chirurgie générale	60 mois	7. General Surgery	60-months
8. Chirurgie générale oncologique	84 mois	8. General Surgical Oncology	84-months
9. Chirurgie générale pédiatrique	84 mois	9. Pediatric General Surgery	84-months
10. Chirurgie orthopédique	60 mois	10. Orthopedic Surgery	60-months
11. Chirurgie plastique	60 mois	11. Plastic Surgery	60-months
12. Chirurgie thoracique	84 ou 96 mois	12. Thoracic Surgery	84 or 96-months
13. Chirurgie vasculaire	60 mois	13. Vascular Surgery	60-months
14. Dermatologie	60 mois	14. Dermatology	60-months
15. Endocrinologie et métabolisme	60 mois	15. Endocrinology and Metabolism	60-months
16. Gastroentérologie	60 mois	16. Gastroenterology	60-months
17. Génétique médicale	60 mois	17. Medical Genetics	60-months
18. Gériatrie	60 mois	18. Geriatric Medicine	60-months
19. Hématologie	60 mois	19. Hematology	60-months
20. Hématologie/oncologie pédiatrique	72 mois	20. Pediatric Hematology/Oncology	72-months
21. Immunologie clinique et allergie	60 mois	21. Clinical Immunology and Allergy	60-months
22. Maladies infectieuses	60 mois	22. Infectious Diseases	60-months
23. Médecine communautaire	60 mois	23. Community Medicine	60-months
24. Médecine d'urgence	60 mois	24. Emergency Medicine	60-months
25. Médecine d'urgence pédiatrique	60 mois	25. Pediatric Emergency Medicine	60-months
26. Médecine de famille	24 mois	26. Family Medicine	24-months
27. Médecine de l'adolescence	60 mois	27. Adolescent Medicine	60-months
28. Médecine de soins intensifs	60 mois	28. Critical Care Medicine	60-months
29. Médecine du travail	60 mois	29. Occupational Medicine	60-months
30. Médecine interne	48 mois	30. Internal Medicine	48-months
31. Médecine maternelle et foetale	84 mois	31. Maternal-Fetal Medicine	84-months
32. Médecine néonatale et périnatale	60 mois	32. Neonatal-Perinatal Medicine	60-months
33. Médecine nucléaire	60 ou 72 mois	33. Nuclear Medicine	60 or 72-months
34. Médecine physique et réadaptation	60 mois	34. Physical Medicine and Rehabilitation	60-months
35. Microbiologie médicale et infectiologie	60 mois	35. Medical Microbiology and Infectious Diseases	60-months
36. Néphrologie	60 mois	36. Nephrology	60-months
37. Neurochirurgie	72 mois	37. Neurosurgery	72-months
38. Neurologie	60 mois	38. Neurology	60-months
39. Neuropathologie	60 mois	39. Neuropathology	60-months
40. Obstétrique et gynécologie	60 mois	40. Obstetrics and Gynecology	60-months
41. Oncologie gynécologique	84 mois	41. Gynecologic Oncology	84-months
42. Oncologie médicale	60 ou 72 mois	42. Medical Oncology	60 or 72-months
43. Ophtalmologie	60 mois	43. Ophthalmology	60-months
44. Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	60 mois	44. Otolaryngology-Head and Neck Surgery	60-months
45. Pathologie générale	60 mois	45. General Pathology	60-months
46. Pathologie hématologique	48 mois	46. Hematological Pathology	48-months
47. Pathologie judiciaire	72 mois	47. Forensic Pathology	72-months
48. Pédiatrie	48 mois	48. Pediatrics	48-months
49. Pneumologie	60 mois	49. Respiriology	60-months
50. Psychiatrie	60 mois	50. Psychiatry	60-months
51. Radio-oncologie	60 mois	51. Radiation Oncology	60-months
52. Radiologie diagnostique	60 mois	52. Diagnostic Radiology	60-months
53. Rhumatologie	60 mois	53. Rheumatology	60-months
54. Urologie	60 mois	54. Urology	60-months

UNIVERSITÉ LAVAL

PROGRAMME ET ÉTABLISSEMENTS AGRÉÉS

Université Laval	Remarques	
Médecine de famille / Family Medicine		
[24 mois]		
Milieu principal de formation		
Alphonse-Desjardins (CSSS) <u>UMF de Lévis</u>	<i>CHAU – Hôtel Dieu de Lévis CSSS du Grand Littoral</i>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. médicale St-Rédempteur - Maison de soins palliatifs du Littoral
Basques (CSSS des) <u>UMF de Trois-Pistoles</u> . CSSS de Kamouraska . CSSS de Rivière-du-Loup . CSSS de Témiscouata	<i>CH de Trois-Pistoles CH N-Dame de Fatima (La Pocatière)/ CLSC La Pocatière CH rég. du Grand-Portage CH Témiscouata-sur-le-Lac / CLSC Dégelis</i>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. médicale Frontenac - Rivière-du-Loup - École Arc-en-Ciel et ses points de services - Trois-Pistoles
CHU de Québec CHA (Centre hospitalier affilié universitaire de Québec) Enfant-Jésus, Saint-Sacrement CHUQ (Centre hospitalier universitaire de Québec) CHUL, Hôtel-Dieu de Québec, Saint-François d'Assise	<i>Centre hospitalier universitaire de Québec</i>	
Côte-de-Gaspé (CSSS de la) <u>UMF Gaspé</u>	<i>Hôtel-Dieu /CH de Gaspé/ CLSC Grande-Vallée/ CLSC Mer et Montagnes - Rivière-au-Renard/ CLSC Murdochville</i>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. d'Optométrie en Vue - Gaspé
Etchemins (CSSS des) <u>UMF des Etchemins</u> CSSS de Beauce	<i>CLSC de St-Prosper H. de St-Georges de Beauce/ CLSC St-Georges/ CLSC de St-Joseph-de-Beauce</i>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CEGEP Beauce-Appalaches - Clin. de chirurgie orthopédique de Beauce - Clin. familiale de Saint-Georges - Clin. médicale Chaudière - Clin. médicale de St-Joseph-de-Beauce - Clin. médicale du Carrefour - Clin. médicale de Sainte-Justine - Clin. Oculus de St-Georges - CSSS du Granit
Manicouagan (CSSS de) <u>UMF Manicouagan</u> . CLSC Lionel-Charest . Hôpital Le Royer	<i>CH rég. de Baie-Comeau/ Centre d'hébergement Boisvert Centre d'hébergement N.-A. Labrie</i>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre de réadaptation jeunesse (Pavillon Richelieu) - Clin. Os'céans - École secondaire Serge Bouchard - GMF de la Polyclinique Boréale - Pessamit (grande réserve indienne) - Polyvalente des Baies
Nord de Lanaudière (CSSS du) <u>UMF du Nord de Lanaudière</u>	<i>CH rég. de Lanaudière/CLSC Joliette CLSC de Lavaltrie/CLSC de St-Donat Services psychiatriques pour enfants et adolescents</i>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. de dermatologie - St-Charles-Borromée - Clin. de physiothérapie Ste-Anne - Notre-Dame-des-Prairies - Clin. d'ophtalmologie 328 Antonio-Barrette, Notre-Dame-des-Prairies - Clin. externe de pédopsychiatrie – Repentigny - Clin. médicale Lanaudière - St-Charles-Borromée - Clin. médicale du 5 ^e Rang - St-Ambroise-de-Kildare - Clin. médicale - Rawdon - Clin. médicale - St-Félix-de-Valois - Clin. ORL de Joliette - Santé Publique - 455 boul. de la Base-de-Roc, Joliette
Québec-Nord (CSSS de) <u>UMF des Maizerets</u>	<i>H. Ste-Anne-de-Beaupré CLSC de la Jacques-Cartier</i>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. d'urologie Berger

CSSS de Rimouski-Neigette et CSSS de la Vieille-Capitale : voir page 6

Université Laval	Remarques
Médecine de famille / Family medicine - Milieu principal (suite)	
Rimouski-Neigette (CSSS de) <i>CH rég. de Rimouski / CLSC Rimouski / Centre d'hébergement de Rimouski (CHSLD) Halte-Allaitement / Hôpital de jour</i> <u>UMF de Rimouski</u>	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Centre de détention de Rimouski - Clin. de médecine familiale - Rimouski - Clin. de rhumatologie de l'Est- Rimouski - GMF du Boisé-Langevin - Rimouski - GMF du Fleuve - Pointe-Au-Père <i>Clin. med. du Phare</i> - Clin. voyageur - École Paul-Hubert - Santé des adolescents - Institut Maritime de Rimouski - Soumarinier - Maison Marie-Élisabeth - Mon parcours (Ress. interm. en santé mentale)
Vieille-Capitale (CSSS de la) <i>CLSC de la Basse-ville, CLSC de Cap-Rouge – Saint-Augustin, CLSC de l'Ancienne-Lorette CLSC de Sainte-Foy – Sillery Centre d'hébergement Christ-Roi Centre d'hébergement Sacré-Coeur</i> <u>UMF Haute-Ville</u> CHU de Québec <u>UMF Laurier</u> CHU de Québec <u>UMF Saint-François-d'Assise</u> CHU de Québec <u>UMF Laval</u> <i>Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (H. Laval)</i>	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Centre de réadaptation pour jeunes Le Gouvernail - Centre de réadaptation en dépendances L'Escale - Clin. de pédiatrie Sainte-Foy <u>Formation en milieu « satellite » (UMF Haute-ville)</u> : - Centre des Grands-Chemins - toxicologie (HD Sacré-Cœur) - Service intégral de dépistage et prévention - Église St-Roch <u>Formation en milieu « satellite » (UMF SFA)</u> : - Centre de physiothérapie et de physiothérapie de Québec - Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) <u>Formation en milieu « satellite » (UMF Laval)</u> : - Clin. Santé-Voyage (CLSC Sainte-Foy)
Autres milieux	
Baie James (CRSSS de la) <i>CS Chibougamau</i>	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Clinique médicale La Grande Ourse Chibougamau
Basse-Côte-Nord (CSSS de la) Blanc-Sablon	
Clinique médicale Lavaltrie - GMF	
Haute Côte-Nord (CSSS de la) <i>Pavillon Escoumins</i>	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Polyvalente des Berges (Clinique jeunesse)
Haute-Gaspésie (CSSS de la) Sainte-Anne-des-Monts	
Hématite (CSSS de l') Fermont	
Îles (CSSS des) Îles-de-la-Madeleine <i>CH de l'Archipel</i>	
Institut universitaire en santé mentale de Québec <i>CH Robert-Giffard</i>	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CR Ubald-Villeneuve)
Jeffery Hale (Hôpital)	
Maison généralice des Sœurs de la Charité de Québec	
Matane (CSSS de)	
Matapédia (CSSS de la) <i>CH d'Amqui/CLSC d'Amqui/ La Résidence Marie Anne Ouellet</i>	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - GMF de la Matapédia - Polyvalente Armand-Saint-Onge (Clinique jeunesse)
Michel Sarrazin (Maison) Québec	
Minganie (CSSS de la) Havre-Saint-Pierre	
Mitis (CSSS de la) <i>H. de Mont-Joli / Clin. méd. de Mont-Joli</i>	
Montmagny-L'Islet (CSSS de) <i>HD de Montmagny</i>	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Clin. médicale Montmagny
PEPS - Pavillon d'éducation physique et des sports - U. Laval	
Portneuf (CSSS de) <i>H. régional de Portneuf / CLSC St-Marc-des-Carrières/CLSC Donnacona</i>	<u>Formation en milieu satellite</u> : - CLSC Donnacona (clinique jeunesse) - GMF de Donnacona - GMF Portneuf Sud-Est
Rocher-Percé (CSSS du) <i>CH de Chandler</i>	
Sainte-Croix (Clin. médicale) Sainte-Croix de Lotbinière	
Theford (CSSS de la région de)	
Trois-Saumons (Camp) Camp des diabétiques	
Tulattavik de l'Ungava (CS) CSTU - Kuujuaq, CLSC - Kangiqsualujuaq CLSC - Kangiqsujuaq, CLSC - Kangirsuk CLSC - Aupaluk, CLSC - Tasiujaq, CLSC - Quaqtaq	

UNIVERSITÉ LAVAL
PROGRAMMES ET ÉTABLISSEMENTS AGRÉÉS

Université Laval	Remarques
Anatomo-pathologie / Anatomical Pathology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 2 mois en pathologie judiciaire à l'Institut médico-légal de Montréal
CHU de Québec	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	
Anesthésiologie / Anesthesiology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 3 mois stages en région au CSSS de Chicoutimi
Alphonse-Desjardins (CSSS) <i>CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis</i>	
Beauce (CSSS de)	
CHU de Québec	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	
Inuulitsivik (CS) <i>Dispensaire Inukjuak /CLSC Puvirnituk</i>	
Nord de Lanaudière (CSSS du) <i>St-Charles-Borromée</i>	
Cardiologie / Cardiology [72 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) <i>CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis</i>	
Beauce (CSSS de)	
CHU de Québec	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	
Rimouski-Neigette (CSSS de)	
Chirurgie cardiaque / Cardiac Surgery [72 mois]	
CHU de Québec	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	
Chirurgie générale / General Surgery [60 mois]	
Beauce (CSSS de)	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - CSSS des Etchemins
CHU de Québec	
Lac-Saint-Jean-Est (CSSS de) <i>Alma</i>	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	
Sept-Îles (CSSS de)	
Chirurgie orthopédique / Orthopedic Surgery [60 mois]	
CHU de Québec	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Centre médical de l'Hétrière - Clin. de Physiothérapie PCN - Sainte-Foy - Clin. d'orthopédie infantile de Québec - Clin. Roy-Montminy - CSSS Alphonse-Desjardins <i>CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis</i> - Hôpital Jeffery Hale - Polyclinique de la Capitale
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec - IRDPQ	
Institut universitaire en santé mentale de Québec <i>CH Robert-Giffard</i>	
Nord de Lanaudière (CSSS du) <i>St-Charles-Borromée</i>	
Rimouski-Neigette (CSSS de)	
Valcartier (CS)	
Chirurgie thoracique / Thoracic Surgery [84 ou 96 mois]	Programme associé : Laval et Montréal
CHUM <i>Centre hospitalier de l'Université de Montréal</i>	
Institut de Cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
Chirurgie vasculaire / Vascular Surgery [60 mois]	
CHU de Québec	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	

Université Laval	Remarques
Dermatologie / Dermatology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 3 mois en dermatologie pédiatrique au CHU – Sainte-Justine
Centre dermatologique du Québec métropolitain	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Clin. De Vinci
CHU de Québec	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Gastroentérologie / Gastroenterology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour quatre (4) mois de formation au CHUM (Saint-Luc) : - 3 mois en hépatologie - 1 mois en nutrition
Alphonse-Desjardins (CSSS) <i>CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis</i>	
CHU de Québec	
Hématologie / Hematology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 2 mois en hématologie pédiatrique au CHU – Sainte-Justine
CHU de Québec	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>
Héma-Québec	
Rimouski-Neigette (CSSS de)	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Maladies infectieuses / Infectious Diseases [60 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) <i>CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis</i>	
CHU de Québec	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - CSSS de la Vieille-Capitale - Laboratoire de santé publique du Québec (intégré à l'Institut national de santé publique du Québec - INSPQ)
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	
Rimouski-Neigette (CSSS de)	
Médecine communautaire / Community Medicine [60 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) <i>CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis</i>	
Centre de coopération internationale en santé et développement - CCISD	
CHU de Québec	
MSSS - Direction générale de la santé publique - QC	
Rimouski-Neigette (CSSS de)	
Médecine d'urgence / Emergency Medicine [60 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) <i>CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis</i>	
Beauce (CSSS de)	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - CSSS des Etchemins
CHU de Québec	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	
Matapédia (CSSS de la) <i>CH d'Amqui</i>	
Rimouski-Neigette (CSSS de)	
Vieille-Capitale (CSSS de la) <i>Centre Anti-poison</i>	
Médecine de soins intensifs / Critical Care Medicine [60 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) <i>CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis</i>	
CHU de Québec	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	
Médecine interne / Internal Medicine [48 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) <i>CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis</i>	
Baie-des-Chaleurs (CSSS)	
Beauce (CSSS de)	
CHU de Québec	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - CSSS de la Vieille-Capitale
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	
Montmagny-L'Islet (CSSS de) <i>HD de Montmagny</i>	
Nord de Lanaudière (CSSS du) <i>St-Charles-Borromée</i>	
Rhumatologie / physiothérapie du Centre du Québec (Clinique de)	
Rivière-du-Loup (CSSS de) <i>CH rég. du Grand-Portage</i>	
Sept-Iles (CSSS de)	
Theford (CSSS de la région de)	
Médecine néonatale et périnatale / Neonatal-Perinatal Medicine [60 mois]	
CHU de Québec	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	

Université Laval	Remarques
Médecine physique et réadaptation / Physical Medicine and Rehabilitation [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 3 mois en réadaptation pédiatrique au CHU – Sainte-Justine
Alphonse-Desjardins (CSSS) CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis CHU de Québec	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre de psychiatrie
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec - IRDPQ Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec H. Laval	
Microbiologie médicale et infectiologie / Medical Microbiology and Infectious Diseases [60 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis CHU de Québec	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de la Vieille-Capitale - Laboratoire de santé publique du Québec (intégré à l'Institut national de santé publique du Québec - INSPQ)
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec H. Laval Rimouski-Neigette (CSSS de)	
Néphrologie / Nephrology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 3 mois en néphrologie pédiatrique au CHU – Sainte-Justine
Alphonse-Desjardins (CSSS) CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis CHU de Québec	
Neurochirurgie / Neurosurgery [72 mois]	
CHU de Québec	Postes pour résidents de chirurgie générale, orthopédique et ORL
Neurologie / Neurology [60 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis Charlevoix (CSSS de) CH de Baie-St-Paul CHU de Québec	
Institut de réadaptation et déficience physique de Québec - IRDPQ	
Obstétrique et gynécologie / Obstetrics and Gynecology [60 mois]	
CHU de Québec Iles (CSSS des) Montmagny-L'Islet (CSSS de) HD de Montmagny Sept-Iles (CSSS de) Trois-Rivières (CSSS de) Trois-Rivières (CH régional de)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. de gynécologie et d'obstétrique de Trois-Rivières
Oncologie gynécologique / Gynecologic Oncology [84 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis CHU de Québec	
Oncologie médicale / Medical Oncology [60 ou 72 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis Chicoutimi (CSSS de) CHU de Québec Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec H. Laval Michel-Sarrazin (Maison)	
Ophthalmologie / Ophthalmology [60 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis Centre oculaire de Québec (COQ) CHU de Québec	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec H. Laval
Domaine-du-Roy (CSSS) H-D Roberval	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. d'ophtalmologie Denis Plante et Brian Mathieu
Laser Visuel Gilles-Lafond (Centre) Ophtalmologie de la Cité (Centre d') Rimouski-Neigette (CSSS de)	
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale / Otolaryngology-Head and Neck Surgery [60 mois]	
CHU de Québec Domaine-du-Roy (CSSS) H-D Roberval	

Université Laval	Remarques
Pédiatrie / Pediatrics [48 mois]	
Baie-des-Chaleurs (CSSS)	
Beauce (CSSS de)	
CHU de Québec	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. de pédiatrie de Ste-Foy - CSSS de la Vieille-Capitale - Téléthon Enfant-Soleil
Clinique d'orthopédie infantile de Québec	
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec – IRDPQ	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec H. Laval	
Lac-Saint-Jean-Est (CSSS de) Alma	
Nord de Lanaudière (CSSS du) St-Charles-Borromée	
PEPS – Pavillon d'éducation physique et des sports – U. Laval	
Rimouski-Neigette (CSSS de)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. de pédiatrie de Rimouski enr.
Rivière-du-Loup (CSSS de) CH rég. du Grand-Portage	
Sept-Iles (CSSS de)	
Thetford (CSSS de la région de)	
Trois-Saumons (Camp) Camp des diabétiques	
Pneumologie / Respiriology [60 mois]	
CHU de Québec	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec H. Laval	
Psychiatrie / Psychiatry [60 mois]	Incluant : 24 mois (adultes) et 24 mois (pédopsychiatrie)
Alphonse-Desjardins (CSSS) CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de Beauce - CSSS de la région de Thetford
Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CR Ubald-Villeneuve)	
CHU de Québec	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) - Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches - Centre jeunesse de Québec - Centre jeunesse Chaudière-Appalaches - Clin. TSO – traumatismes liés au stress opérationnel - CSSS de la Vieille-Capitale
Détention de Québec (Centre de)	
Îles (CSSS des) CH de l'Archipel	
Institut national de santé publique de Québec - INSPQ	
Institut réadaptation en déficience physique de Québec - IRDPQ	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec H. Laval	
Institut universitaire en santé mentale de Québec CH Robert-Giffard	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre de traitement dans la communauté Le Benoît XV - Centre de traitement et réadaptation de Nemours - Centre psychanalytique de traitement pour jeunes adultes psychotiques «388» - Clin. Le Faubourg Saint-Jean - Clin. Notre-Dame des Victoires - Hôpital de jour de l'Est
Manicouagan (CSSS de) CH rég. de Baie-Comeau UMF Manicouagan	
Montmagny-L'Islet (CSSS de) HD de Montmagny	
Nord de Lanaudière (CSSS du) St-Charles-Borromée	
Rimouski-Neigette (CSSS de)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas St-Laurent - Centre jeunesse du Bas St-Laurent
Rivière-du-Loup (CSSS de) CH rég. du Grand-Portage	
Valcartier (CS)	
Radiologie diagnostique / Diagnostic Radiology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 4 mois en radiologie pédiatrique au CHU Sainte-Justine
Alphonse-Desjardins (CSSS) CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis	
Beauce (CSSS de)	
Capitale (Clinique de la)	
CHU de Québec	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec H. Laval	
Mailloux (Clinique)	
Nord de Lanaudière (CSSS du) St-Charles-Borromée	

Université Laval	Remarques
Radio-oncologie / Radiation Oncology [60 mois]	
CHU de Québec	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CHUS
Michel-Sarrazin (Maison)	
Rimouski-Neigette (CSSS de)	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Rhumatologie / Rheumatology [60 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) <i>CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis</i>	
CHU de Québec	
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec - IRDPQ	
Urologie / Urology [60 mois]	
Berger (Clinique d'urologie)	
CHU de Québec	
Îles (CSSS des) <i>CH de l'Archipel</i>	
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec – IRDPQ	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	

UNIVERSITÉ MCGILL

PROGRAMME ET ÉTABLISSEMENTS AGRÉÉS / PROGRAM AND INSTITUTIONS ACCREDITED

Université McGill	Remarques / Remarks
Médecine de famille / Family Medicine [24 mois/months]	
Milieu principal de formation / Principal site of training	
CUSM – Centre universitaire de santé de McGill MUHC – McGill University Health Centre <i>Royal Victoria/Général de Mtl/ Institut thoracique de Mtl/ Neurologique de Mtl/ Mtl pour enfants/H. Lachine</i>	
Gatineau (CSSS de) <i>CLSC/CHSLD Grande-Rivière /Hull / CHSLD La Pietà /CH Vallée de l'Outaouais Pierre-Janet (CH)</i> <u>UMF de Gatineau</u>	Formation en milieu « satellite » : - Centre de pédiatrie sociale de Gatineau - Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais (Centre Jellinek) - Centre de santé pour femmes Gaia - Centre des services de santé des Forces canadiennes - Ottawa - Clin. de dermatologie de Gatineau - Clin. de dermatologie de Hull - Clin. de maternité en médecine familiale - Clin. des femmes de l'Outaouais - Clin. des voyageurs internationaux - Clin. médicale Champlain - Clin. médicale de l'Île - Clin. médicale de Touraine - Clin. médicale du Plateau - Clin. médicale St-Alexandre - Clin. médicale Vieux-Aylmer - Clin. Neuro-Outaouais - Foyer du Bonheur - GMF Hull - La Maison Mathieu Froment-Savoie - Médecine familiale Montclair
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital) Centre de médecine familiale de Herzl	Formation en milieu « satellite » : - Jewish Eldercare Center / CHSLD juif de Montréal - Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (Centre Dollard-Cormier) - Centre sans rendez-vous Herzl CRIU - Clin. A – Clinique spécialisée en santé sexuelle (rue McGill) - Clin. à Deux Mains (Head & Hands) - Clin. médicale l'Actuel - Clin. Villa Maria Services (Outremont et Victoria) - La Maison Bleue (milieu de vie préventif à l'enfance) - La maison de naissance (CSSS de l'Ouest-de-l'Île) - West Island Rheumatology Clinic > Dr Balbina Russillo clinic > Dr Howard Cohen clinic > Dr Maureen Rappaport clinic
Jardins-Roussillon (CSSS) <i>H. Anna-Laberge/CLSC Châteauguay /CLSC Kateri</i> <u>UMF CSSS Jardins-Roussillon</u>	Formation en milieu « satellite » : - Clin. médicale Le Trait-d'Union - Delson - Clin. médicale Les Jardins - Châteauguay - Clin. médicale Mercier - Howard S. Billings Regional High School - Le Manoir Parent - Polyvalente Louis-Philippe-Paré
Queen Elizabeth Health Group <i>Reine Elizabeth (Complexe de santé)</i>	
Montagne (CSSS de la) <i>CLSC Côte-des-Neiges /Metro / Parc Extension/ Point de services Outremont</i> <u>UMF du CSSS de la Montagne</u>	Formation en milieu « satellite » : - Clin. A – Clinique spécialisée en santé sexuelle (rue McGill) - Clin. à Deux Mains (Head & Hands) - Clin. médicale l'Actuel - Clin. Villa Maria Services (Outremont et Victoria) - La Maison Bleue (milieu de vie préventif à l'enfance) - La maison de naissance (CSSS de l'Ouest-de-l'Île) - West Island Rheumatology Clinic

St. Mary (CH de) et Vallée-de-l'Or (CSSS de la) : voir page 13

Université McGill	Remarques / Remarks
Médecine de famille / Family medicine - Milieu principal (suite)	
St. Mary (CH de) Centre de médecine familiale de l'Hôpital St-Mary	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Clin. A – Clinique spécialisée en santé sexuelle (rue McGill) - Clin. à Deux Mains (Head & Hands) - Clin. de fertilité OVO - Clin. médicale l'Actuel - Clin. pédiatrique Aux petits soins - Concordia Student Health - La Maison Bleue (milieu de vie préventif à l'enfance) - Lev- Tov Residence - Rheumatology Clinic / Dr. Michael Stein & Dr. Jan Schulz - The Montreal Centre for Integrative Medicine (MCIM) - West Island Rheumatology Clinic
Vallée-de-l'Or (CSSS de la) UMF du CSSS de la Vallée-de-l'Or	<i>CH de Val d'Or</i> <u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Clin. des spécialités chirurgicales - Val d'Or - Clin. familiale des Pins - Clin. médicale l'Or et des Bois - Dispensaire du Lac Simon - Dispensaire du Lac Dozois - DPS : Centre de protection de la jeunesse - Maison de la Source Gabriel (soins palliatifs)
Autres milieux / Other sites	
Aux petits soins / Wee care (clin. pédiatrique)	
Aviation Medicine	
Baie James (Conseil Cri SSS de la) CH Chisasibi / Dispensaire de Waskaganish	
Collines (CSSS des) CH Gatineau Memorial de Wakefield	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Centre de médecine familiale Wakefield
Concordia Student Health (Concordia University)	
Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS de) H. LaSalle	
Haut-Saint-Laurent (CSSS du) H. Barrie Memorial d'Ormstown/ CH/CHSLD/CLSC de Huntingdon	
Hudson Medi Centre	
Huntingdon (centre médical de)	
Inuulitsivik (CS) Dispensaire Inukjuak /CLSC Puvirnituk	
Jewish Rehabilitation Hospital / H. juif de réadaptation	
Kateri Memorial (CH)	
La Pommerai (CSSS) H. Brome-Missisquoi-Perkins Clin. médicale Brome-Missisquoi-Perkins (Cowansville I) Cowansville Medical Clinic (Cowansville II)	
McGill Sports Medicine Clinic	
McGill Student Health Services	
Mistissini (Clinique)	
Mont-Sinaï (CH)	
Ouest-de-l'Île (CSSS de l')	<i>H. général du Lakeshore</i> <u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Centre médical Brunswick - Clin. médicale Médistat (Centre médical Pierrefonds) - Clin. médicale Stillview
Outaouais (Agence de la santé et des services sociaux de l')	<i>Gatineau</i>
Papineau (CSSS de)	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Centre de médecine familiale de Buckingham - Clin. de dermatologie de Hull - Clin. des voyageurs internationaux - Clin. médicale de Buckingham - Clin. Médico-dentaire de Masson-Angers
Pontiac (CSSS du)	<i>Pt de serv. Fort Coulonge / Otter Lake / H. Shawville</i> <u>Formation en milieu « satellite »</u> : - GMF du Pontiac
Rigaud (Centre de santé de)	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Centre d'hébergement Rigaud - Clin. Jeunesse (Collège Bourget)
Simulation Centre	
Suroît (CSSS du)	<i>Valleyfield</i> <u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Clin. Médival - Havre de Santé

Université McGill	Remarques / Remarks	
Médecine de famille / Family medicine		
Autres milieux / Other sites (suite)		
Témiscamingue (CSSS du)	Lac-Témiscamingue (CSSS du) Témiscaming-et-de-Kipawa (CSSS de)	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Clin. médicale Ville-Marie - Coop Santé TémiscaVie
Thurso (Clin. médicale)		
Tiny Tots (Centre médical)		2 sites : - 203 – 3400, rue du Marché, Dollard-des-Ormeaux - 6900, boul. Décarie, Côte-Saint-Luc
Trois-Lacs (Clinique médicale des urgences-santé (La Corporation d')	Vaudreuil-Dorion	
Vallée-de-la-Gatineau (CSSS de la)	Maniwaki	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Centre médical de Maniwaki - Kitigan Zibi Health & Social Services (KZHSS), Maniwaki
Vaudreuil-Soulanges (CSSS de)	Vaudreuil-Dorion	
Ville-Marie Breast (Clinic)		
West Island Palliative Care Residence (Kirkland)		

UNIVERSITÉ MCGILL

PROGRAMMES ET ÉTABLISSEMENTS AGRÉÉS / PROGRAMS AND INSTITUTIONS ACCREDITED

Université McGill	Remarques / Remarks
Anatomo-pathologie / Anatomical Pathology [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Médico-Légal (Institut)	
Montagne (CSSS de la)	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Anesthésiologie / Anesthesiology [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	
Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS de)	<i>H. LaSalle</i>
Gatineau (CSSS de)	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Shriners (CH)	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Suroît (CSSS du)	Valleyfield
Cardiologie / Cardiology [72 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - CSSS de Gatineau
Ouest-de-l'Île (CSSS de l')	<i>H. général du Lakeshore</i>
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Chirurgie cardiaque / Cardiac Surgery [72 mois/months]	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
Chirurgie générale / General Surgery [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - CSSS Dorval-Lachine-LaSalle <i>H. LaSalle</i>
Gatineau (CSSS de)	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Médecins Spécialistes Associés (Bureau) - Gatineau
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Haut St-Laurent (CSSS du)	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - CSSS du Suroît
Nord de Lanaudière (CSSS du)	St-Charles-Borromée
Ouest-de-l'Île (CSSS de l')	<i>H. général du Lakeshore</i>
Pontiac (CSSS du)	<i>Pt serv. Fort Coulonge / Otter Lake / H Shawville</i>
Shriners (CH)	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Vallée-de-l'Or (CSSS de la)	<i>CH de Val d'Or</i>
Westmount Square Clinics	
Chirurgie générale oncologique / General Surgical Oncology [84 mois/months]	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Ville-Marie Medical Center
Chirurgie générale pédiatrique / Pediatric General Surgery [84 mois/months]	
CUSM - MUHC	
Simulation Centre	
Chirurgie orthopédique / Orthopedic Surgery [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Centre de santé Inuulitsivik - Centre de santé Tulattavik de l'Ungava - CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle - McGill Sports medicine Clinic
Gatineau (CSSS de)	

Université McGill	Remarques / Remarks
Chirurgie orthopédique / Orthopedic Surgery (suite)	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS du Sud de Lanaudière - St. Mary's Outpatient Ortho Clinics <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>
Ouest-de-l'Île (CSSS de l')	<i>H. général du Lakeshore</i>
Shriners (CH)	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Concordia Sports Medicine Center
Chirurgie plastique / Plastic Surgery	
[60 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM – MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre de Chirurgie Plast. et Esth. de Mtl - Clin. médicale René Crépeau - CH Shriners - CSSS d'Achunsiac et Montréal-Nord - CSSS de l'Ouest-de-l'Île - CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle - CSSS Jardins-Roussillon - St. Mary (CH de) - The Westmount Inst. of Plastic Surgery - Victoria Park / medical spa - Westmount Cosmetic Surgery Inc. <i>H. Fleury</i> <i>H. général du Lakeshore</i> <i>H. LaSalle</i> <i>H. Anna-Laberge</i>
général Juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
Chirurgie vasculaire / Vascular Surgery	
[60 mois/months]	
CUSM - MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - The Institute for Laser and Vein Treatment - Dr. Richard Danylewicz
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
Dermatologie / Dermatology	
[60 mois/months]	Tronc Commun : 1 an de médecine interne ou péd. en R2
Aviation Medicine	
Baie James (Conseil Cri SSS de la)	Chisasibi
CUSM – MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Bureau des Dr Wang et Dr Carey - Bureau du Dr Alfred Balbul - Bureau du Dr Daniel Barolet - Bureau du Dr David Gratton - Clin. Dermalaser
Gatineau (CSSS de)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Médecins Spécialistes Associés (Bureau) - Gatineau
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Montagne (CSSS de la)	
Simulation Centre	
Endocrinologie et métabolisme / Endocrinology and Metabolism	
[60 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Santa Cabrini Ospedale (Hôpital) - Clinique MD Santé (Bureau du Dr Marie Diba Eid)
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Shriners (CH)	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Gastroentérologie / Gastroenterology	
[60 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Laval (CSSS de)	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Ouest-de-l'Île (CSSS de l')	<i>H. général du Lakeshore</i>
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Génétique médicale / Medical Genetics	
[60 mois/months]	R1 et R2 en médecine interne et pédiatrie (minimum 16 mois)
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Shriners (CH)	
Simulation Centre	

Université McGill	Remarques / Remarks
Hématologie / Hematology [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Hématologie/oncologie pédiatrique / Pediatric Hematology/Oncology [72 mois/months]	
CUSM - MUHC	
Simulation Centre	
Immunologie clinique et allergie / Clinical Immunology and Allergy [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
Clinique Médiavis (Dr Andrew David Moore - bureau)	
CUSM - MUHC	Bureau du Dr Jaime Del Carpio
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
Maladies infectieuses / Infectious Diseases [60 mois/months]	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Médecine communautaire / Community Medicine [60 mois/months]	Programme associé : McGill, Montréal et Sherbrooke
Aviation Medicine	
Baie James (Conseil Cri SSS de la) <i>Chisasibi /Waskaganish</i>	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS) + Direction de la santé publique	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS Jardins-Roussillon <i>H. Anna-Laberge/</i> <i>CLSC Châteauguay/CLSC Kateri</i> - CSSS Richelieu-Yamaska <i>H. Honoré-Mercier</i>
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS) – Clinique santé voyage	
CHUM - Dépt de médecine préventive et de santé publique	
CHUS - Dépt de santé publique affilié	
CUSM – MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital) - St. Mary (CH de)
Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale - CISTE 3650 Saint-Urbain, Montréal	
Haut-Saint-François (CSSS)	
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
IUGS (CSSS) - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke <i>CLSC de Sherbrooke</i>	
Jeanne-Mance (CSSS) <i>CLSC Faubourgs /Mt-Royal /St-Louis du Parc</i>	
Laurentides - Direction de santé publique	
Laval (CSSS de) + Direction de la santé publique <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Montagne (CSSS de la)	
Montréal (Centre jeunesse de la) Longueuil /Chambly /Saint-Hyacinthe	
Montréal - Direction de santé publique	
Outaouais - Direction de santé publique	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Rouyn-Noranda (CSSS) + Direction de la santé publique (Abitibi)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Simulation Centre	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Médecine d'urgence / Emergency Medicine [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
Baie James (Conseil Cri SSS de la) <i>Chisasibi /Waskaganish</i>	
Collines (CSSS des) <i>CH Gatineau Memorial de Wakefield</i>	
CUSM - MUHC	
Gatineau (CSSS de)	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	

Université McGill	Remarques / Remarks
Médecine d'urgence / Emergency Medicine (suite)	
Haut-Saint-Laurent (CSSS du) <i>H. Barrie Memorial d'Ormstown</i>	
Jardins-Roussillon (CSSS) <i>H. Anna Laberge</i>	
Les Eskers de l'Abitibi (CSSS) Amos	
McGill Sports Medicine Clinic	
Ouest-de-l'Île (CSSS de l') <i>H. général du Lakeshore</i>	
Papineau (CSSS de)	
Pontiac (CSSS du) <i>Pt serv. Fort Coulonge / Otter Lake / H Shawville</i>	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Suroît (CSSS du) Valleyfield	
urgences-santé (La Corporation d')	
Vallée-de-la-Gatineau (CSSS de la) Maniwaki	
Vaudreuil-Soulanges (CSSS de) Vaudreuil-Dorion	
Médecine d'urgence pédiatrique / Pediatric Emergency Medicine [60 mois/months]	
CUSM - MUHC	
Simulation Centre	
Médecine de l'adolescence / Adolescent Medicine [60 mois/months]	
CUSM - MUHC	
Dans La Rue	
Head and Hands	
Longueuil (Carrefour socio-médical jeunesse de) - maltraitance	
Portage : Centre résidentiel Lionel-Groulx	
Shawbridge (Centre de réadaptation adolescent(e)s)	
Simulation Centre	
Médecine de soins intensifs / Critical Care Medicine [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	
Gatineau (CSSS de)	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Ouest-de-l'Île (CSSS de l') <i>H. général du Lakeshore</i>	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Médecine interne / Internal Medicine [48 mois/months]	
Aviation Medicine	
Baie James (Conseil Cri SSS de la) Chisasibi	
CUSM - MUHC	
Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS de) <i>H. LaSalle</i>	
Gatineau (CSSS de)	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Îles (CSSS des)	
La Pommeraie (CSSS)	
Les Eskers de l'Abitibi (CSSS) Amos	
Manicouagan (CSSS de)	
Ouest-de-l'Île (CSSS de l') <i>H. général du Lakeshore</i>	
St. Mary (CH de)	
Simulation Centre	
Suroît (CSSS du)	
Médecine maternelle et foetale / Maternal-Fetal Medicine [84 mois/months]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 1 mois en médecine obstétricale et gynécologique (MOG)
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
Médecine néonatale et périnatale / Neonatal-Perinatal Medicine [60 mois/months]	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
Médecine nucléaire / Nuclear Medicine [60 ou/ou 72 mois/months]	Tronc Commun : 1 an de médecine interne
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	

Université McGill	Remarques / Remarks
Microbiologie médicale et infectiologie / Medical Microbiology and Infectious Diseases [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Institut national de santé publique du Québec - INSPQ	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Néphrologie / Nephrology [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
Baie James (Conseil Cri SSS de la) Chisasibi	
CUSM - MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de Gatineau
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
Neurochirurgie / Neurosurgery [72 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM – MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CH Shriners
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
Neurologie / Neurology [60 mois/months]	Tronc Commun : 1 an de médecine interne ou pédiatrie
Aviation Medicine	
CUSM – MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Queen Elizabeth Health Group Reine Elizabeth (Complexe de santé)	
Shriners (CH)	
Simulation Centre	
Obstétrique et gynécologie / Obstetrics and Gynecology [60 mois/months]	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> <i>Sacré-Cœur (CH) pour tous les milieux agréés en obstétrique et gynécologie à McGill</i>
Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSS d')	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	
Gatineau (CSSS de)	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Jardins-Roussillon (CSSS) H. Anna-Laberge	
La Pommeraie (CSSS)	
Rocher-Percé (CSSS du) Chandler	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. du 5300, ch. de la Côte-des-Neiges, bur 500 (Dr Hemmings, Dr Johnson, Dr Girard, Dr Hall)
Vallée-de-l'Or (CSSS de) CH de Val d'Or	
Oncologie gynécologique / Gynecologic Oncology [84 mois/months]	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
Oncologie médicale / Medical Oncology [60 ou/ou 72 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Ophthalmologie / Ophthalmology [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
Baie James (Conseil Cri SSS de la) Chisasibi	
CUSM – MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre de santé Tulattavik de l'Ungava - St. Mary (CH de)
Drummond Medical Centre (Drummond Eye Clinic)	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Gladstone Medical Centre	
Inuulitsivik (CS)	
Montreal Retina Institute	
Simulation Centre	

Université McGill	Remarques / Remarks	
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-facial / Otolaryngology-Head and Neck Surgery [60 mois/months]		
Aviation Medicine		
Baie James (Conseil Cri SSS de la)	Chisasibi	Résidents accompagnent les médecins dépanneurs
CUSM – MUHC		<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS du Sud-Ouest-Verdun <i>H. de Verdun</i> - Institut canadien de chirurgie esthétique - Inuulitsivik (CS) <i>Dispensaire Inukjuak /CLSC Puvirnituk</i> - Mark Samaha, MD & Assoc. - Tulattavik de l'Ungava (CS)
Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS de) général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)		<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Queen Elizabeth Health Group <i>Reine Elizabeth (Complexe de santé)</i>
Ouest-de-l'Île (CSSS de l')	<i>H. général du Lakeshore</i>	
Simulation Centre		
Pédiatrie / Pediatrics [48 mois/months]		
Baie James (Conseil Cri SSS de la)	Chisasibi	
CUSM – MUHC		<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Aviation Medicine - Batshaw (Centres de la jeunesse et de la famille) Centre de réadaptation : Dorval, Décarie, Laval, Prévost, Tupper - Carrefour socio-médical jeunesse du Grand Longueuil - Camp Amy Molson - Centre de Jeunesse de Montréal - Centre de réadaptation MAB-Mackay Rehabilitation Centre - Centre de réadaptation Marie-Enfant - Centre Jeunesse de la Montérégie <i>Longueuil</i> - Chez Pops - Clin. d'assistance aux enfants en difficulté - Clin. Toxicomanie Hôpital St. Luc (CHUM) - Côte-des-Neiges (Centre de loisirs) - Côte-des-Neiges (Centre de services préventifs à l'enfance (CSPE)) - Dispensaire diététique de Montréal - École orale de Montréal pour les sourds/Montreal Oral School for the Deaf - École Victor-Doré - Enfants de l'Espoir - Foster Child Clinic - Head and Hands - Hochelaga (Centre communautaire) - Interaction Famille - L'Anonyme - La Maison Bleue - La Maison des enfants de l'Île de Montréal - Mackay Center School - Mariam (Centre) - Mountain Sights Community Center - Petit Revdec - Pop Mobile du Chic Resto Pop - Regroupement Entre-mamans - Répit-Providence - St-Henri (CLSC) – clin. de troubles scolaires du Dr Pierre Martin - Tiny Tots (Centre médical)
Dr. Diane Munz (bureau)		
Dr. Ed Shahin (bureau)		
Dr. Paul Edward Rossy (bureau de Châteauguay)		
Dr. Pierre-Jacques Ricot (bureau)		
Dr. Shirley Blaichman and Dr. Emmett Francoeur (bureau)		
Gatineau (CSSS de) général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)		
Hillside Clinic (Dr. Kimea & Dr. Aronheim)		
Shriners (CH)		<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Camp Carowanis pour les enfants diabétiques
Simulation Centre		
Vallée-de-l'Or (CSSS de la)	<i>CH de Val d'Or</i>	
Pneumologie / Respiriology [60 mois/months]		
Aviation Medicine		
CUSM - MUHC		<i>Formation en milieu « satellite » :</i> Mont-Sinaï (CH)

Université McGill	Remarques / Remarks
Pneumologie / Respirology (suite)	
Gatineau (CSSS de)	
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> Mont-Sinaï (CH)
Ouest-de-l'Île (CSSS de l')	<i>H. général du Lakeshore</i>
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Psychiatrie / Psychiatry [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
Baie James (Conseil Cri SSS de la)	Chisasibi
Collines (CSSS des)	<i>CH Gatineau Memorial de Wakefield</i>
Cowansville Medical Clinic	<i>Cowansville II</i>
CUSM - MUHC	
Douglas (Hôpital)	
Gatineau (CSSS de)	<i>Pierre-Janet (CH)</i>
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Haut Saint-Laurent (CSSS du)	<i>H Barrie Memorial d'Ormstown / CH/CHSLD/CLSC de Huntingdon</i>
Huntingdon (Clinique médicale de)	
Inuulitsivik (CS)	<i>Dispensaire Inukjuak /CLSC Puvirnituq</i>
Knowlton (Clinique médicale)	
Montagne (CSSS de la)	
Ouest-de-l'Île (CSSS de l')	<i>H. général du Lakeshore</i>
Papineau (CSSS de)	
Pontiac (CSSS du)	<i>Pt serv Fort Coulonge / Otter Lake / H. Shawville</i>
Rigaud (Centre de santé de)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre d'hébergement Rigaud - Clin. Jeunesse du Collège Bourget
Rouyn-Noranda (CSSS)	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Suroît (CSSS du)	Valleyfield
Témiscamingue (CSSS du)	
Tulattavik de l'Ungava (CS)	
Vallée-de-la Gatineau (CSSS de la)	Maniwaki
Vallée-de-l'Or (CSSS de la)	<i>CH de Val d'Or</i>
Vaudreuil-Soulanges (CSSS de)	Vaudreuil-Dorion
Radiologie diagnostique / Diagnostic Radiology [60 mois/months]	Tronc Com : 6 mois méd. interne, 6 mois chir. générale
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
RADiMED West Island	Pointe-Claire
RADiMED Westmount Square	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	
Radio-oncologie / Radiation Oncology [60 mois/months]	
Aviation Medicine	
CUSM - MUHC	
Gatineau (CSSS de)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de l'Ouest-de-l'Île
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	<i>H. général du Lakeshore</i>
Simulation Centre	
Rhumatologie / Rheumatology [60 mois/months]	
Articulations / Kids on the move Camp	
Aviation Medicine	

CUSM – MUHC, général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital), Simulation Centre et Vallée-de-l'Or (CSSS de la) : voir page 22

Université McGill	Remarques / Remarks
Rhumatologie / Rheumatology (suite)	
CUSM – MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Aurores-Boréale (CSSS des) - Concordia Sports Medicine Center - Constance Lethbridge Rehabilitation Centre - CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle - CH Shriners - Les Eskers de l'Abitibi (CSSS) - Medi-Club Physiotherapy & Medical Wellness Centre (Paediatic Sport Medicine Clinic) - Rouyn-Noranda (CSSS) - Seaforth Medical Building (Bureau du Dr. Craig Watt) - West Island Rheumatology Clinic
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Hôpital Juif de réadaptation - Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal - Rheumatic Disease Center of Montreal - Seaforth Medical Building – Dr. Craig Watt's Office
Simulation Centre	
Vallée-de-l'Or (CSSS de la)	CH de Val d'Or
Urologie / Urology [60 mois/60 months]	
Aviation Medicine	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
CHUS	
CUSM – MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CH Shriners - CSSS d'Ahuentsic et Montréal-Nord - CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle - CSSS du Sud-Ouest-Verdun - Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal H. Fleury H. LaSalle
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Ouest-de-l'île (CSSS de l')	H. général du Lakeshore
Physimed Inc (Groupe Santé)	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
PROGRAMME ET ÉTABLISSEMENTS AGRÉÉS

Université de Montréal	Remarques
Médecine de famille / Family Medicine [24 mois]	
Milieu principal de formation	
Antoine-Labelle (CSSS d') <u>UMF Hautes-Laurentides</u>	<i>H. Mont-Laurier</i>
Aurores-Boréales (CSSS des) <u>UMF des Aurores-Boréales</u>	<i>CH de La Sarre CLSC des Aurores-Boréales</i> <i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CHSLD Macamic - Cité étudiante Polyno
Baie-des-Chaleurs (CSSS de la) <u>UMF Baie-des-Chaleurs</u>	<i>H Maria, CLSC Paspébiac</i> <i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin des Médecins New-Richmond - Clin. médicale La Vigie - Micmacs-Gesgapegiag Health Centre
Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (CSSS de) <i>CLSC Bordeaux-Cartierville /Notre-Dame-de-la-Merci</i> <u>UMF CLSC de Bordeaux-Cartierville</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Bureau Dr Jean Côté - Boisbriand - Centre d'urgence Salaberry - Centre jeunesse de Montréal (<i>Centre Rose Virginie Pelletier</i>) - Clin. Pas-à-Pas pédiatrie - Manoir Cartierville
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS) <u>UMF CLSC St-Hubert</u>	2 mois de périnatalogie <i>Formation en milieu « satellite » de l'UMF St-Hubert :</i> - Centre jeunesse de la Montérégie - Centre de périnatalité l'Autre Maison - Longueuil - CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
CHUM <u>UMF du CHUM</u>	Centre hospitalier de l'Université de Montréal <i>H-D de Montréal /H Notre-Dame /H Saint-Luc</i> <i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. de méd. fam. du sport du CHUM et de l'Univ. de Montréal – CEPSUM - Clin. du Quartier Latin - Clin. l'Actuel - Clin. TDAH de Montréal - Institut de psychiatrie du Québec
Énergie (CSSS de l') <u>UMF Shawinigan</u>	<i>CH du Centre-de-la-Mauricie</i> <i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre multiservice foyer de Sainte-Thècle (CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan) - Clin. Dr Maurice Lauzière - Shawinigan-Sud - Clin. médicale et GMF Les Grès - Clin. médicale et GMF de Shawinigan-Sud - Clin. médicale St-Marc - CLSC Saint-Tite (CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan) - Coopérative de Solidarité Santé de Sainte-Thècle - GMF de Grand-Mère (CSSS de l'Énergie)
Jeanne-Mance (CSSS) <u>UMF CLSC des Faubourgs</u>	<i>CLSC Faubourgs /Plateau Mt-Royal/ St-Louis du Parc</i> <i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale – CISTE (3650 Saint-Urbain, Montréal) - Urgence 640 - Boisbriand
Laval (CSSS de) <u>UMF Cité de la santé à Laval</u>	<i>CLSC/CHSLD du Marigot</i> <i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre de Rhumatologie de Laval - Urgence 640 - Boisbriand
Les Eskers de l'Abitibi (CSSS) <u>UMF Site Amos</u>	<i>Hôtel-Dieu d'Amos</i> <i>Formation en milieu « satellite »</i> - Centre de détention d'Amos - Centre de santé Pikogan
Maisonnette-Rosemont (Hôpital) <u>UMF Hôpital Maisonnette-Rosemont</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Camp Carowanis pour les enfants diabétiques

Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du), Sud de Lanaudière (CSSS du), Sud-Ouest-Verdun (CSSS du) et Trois-Rivières (CSSS de) : voir page 24

Université de Montréal	Remarques
Médecine de famille / Family medicine - Milieu principal (suite)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du) <u>UMF Hôpital Sacré-Cœur</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Bureau Dr Jean Côté – Boisbriand - Centre médical Louvain - Clin. d'urgence Salaberry - Clin. médicale Grenet - Clin. médicale Pas à Pas - CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord - Manoir Cartierville - Polyclinique 640 - Urgence – Boisbriand - Radiologie St-Martin et Bois-de-Boulogne <i>H. Fleury</i>
Sud de Lanaudière (CSSS du) <u>UMF CSSS du Sud de Lanaudière</u>	<i>H. Pierre-Le Gardeur</i>
Sud-Ouest-Verdun (CSSS du) <u>UMF de Verdun</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. l'Actuel - Clin. communautaire Pointe St-Charles - Clin. de médecine familiale de Verdun (GMF) - Clin. médicale de l'Ouest (GMF) - CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
- Trois-Rivières (CSSS de) <u>UMF du CH de Trois-Rivières</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre de santé des femmes de la Mauricie - Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Clin. de gynécologie de Trois-Rivières - CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska - La Maison Albatros de Trois-Rivières
Autres milieux	
Antipoison du Québec (Centre) (CSSS de la Vieille-Capitale)	
Argenteuil (CSSS d')	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - GMF d'Argenteuil (Polyclinique d'Argenteuil)
Baie James (CRSSS de la) Chibougamau	
Chomedey (Médicentre)	
Claude-Robillard (Complexe sportif)	
Concorde (Polyclinique médicale)	
Côte-de-Gaspé (CSSS de la) H-D Gaspé / Mer et Montagnes	
Domaine-du-Roy (CSSS) H-D Roberval	
Haut-Richelieu-Rouville (CSSS)	
Institut de Cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	
Institut universitaire en santé mentale de Montréal H. L.-H. Lafontaine	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du) H. St-Eustache	
Maria-Chapdelaine (CSSS) Dolbeau-Mistassini	
Nord de Lanaudière (CSSS du) St-Charles-Borromée	
Pierre-Boucher (CSSS) CLSC des Seigneuries	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. des cardiologues associés Pierre-Boucher - Clin. de gynécologie obstétrique
Pierre-De Saurel (CSSS) CSSS de Sorel-Tracy	
Port-Cartier (CSSS de) CLSC/CS des Sept Rivières	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Santa Cabrini Ospedale (Hôpital)	Stages de médecine d'urgence
Santé-voyage (Clinique) du CHUM	
Sept-Iles (CSSS de)	
Sommets (CSSS des) CH Laurentien - Ste-Agathe	
urgences-santé (La Corporation d')	
Victor-Gadbois (Maison)	

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
PROGRAMMES ET ÉTABLISSEMENTS AGRÉÉS

Université de Montréal	Remarques
Anatomo-pathologie / Anatomical Pathology [60 mois]	
CHUM	
Institut de cardiologie de Montréal	
Institut Médico-Légal	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Rimouski-Neigette (CSSS de)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Anesthésiologie / Anesthesiology [60 mois]	
Chicoutimi (CSSS de) <i>CH de la Sagamie</i>	- 3 mois de stages en médecine interne
CHUM	<u>Formation en milieu « satellite » :</u> - Centre Médical Multinova (Traitement de la douleur et soins périopératoires) - Clinique du sanctuaire
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du) <i>H. St-Eustache</i>	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Cardiologie / Cardiology [72 mois]	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
CHUM	
Gatineau (CSSS de)	
Haute-Yamaska (CSSS de la) <i>CH de Granby</i>	
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Les Eskers de l'Abitibi (CSSS) <i>H-D d'Amos</i>	
Lucie-Bruneau (Centre de réadaptation)	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Marie-Enfant (Centre de réadaptation)	
Nord de Lanaudière (CSSS du) <i>St-Charles-Borromée</i>	
Richelieu-Yamaska (CSSS) <i>H. Honoré-Mercier</i>	
Rouyn-Noranda (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Chirurgie cardiaque / Cardiac Surgery [72 mois]	
CHUM	
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du) <i>H. St-Eustache</i>	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sommets (CSSS des) <i>CH Laurentien - Ste-Agathe</i>	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	

Université de Montréal	Remarques
Chirurgie cardiaque / Cardiac Surgery (suite)	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Chirurgie générale / General Surgery [60 mois]	
Chicoutimi (CSSS de) <i>CH de la Sagamie</i>	
CHUM	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clinique Médicale Agatha
Institut de cardiologie de Montréal	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du) <i>H. St-Eustache</i>	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Santa Cabrini Ospedale (Hôpital)
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre Rockland MD
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sommets (CSSS des) <i>CH Laurentien - Ste-Agathe</i>	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Sud-Ouest-Verdun (CSSS du)	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Chirurgie générale pédiatrique / Pediatric General Surgery [84 mois]	
Sainte-Justine (CHU)	
Chirurgie orthopédique / Orthopedic Surgery [60 mois]	
CHUM	
Haut-Richelieu-Rouville (CSSS)	
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du) <i>H. St-Eustache</i>	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS du Coeur-de-l'Île <i>Petite Patrie /Villeray /Jean-Talon</i> - Santa Cabrini Ospedale (Hôpital)
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS du Coeur-de-l'Île <i>Petite Patrie /Villeray / Jean-Talon</i>
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS Jardins-Roussillon <i>H. Anna-Laberge</i>
Shriners (CH)	
Sommets (CSSS des) <i>CH Laurentien - Ste-Agathe</i>	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Chirurgie plastique / Plastic Surgery [60 mois]	
CHUM	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Caresses de Beauté - Centre médical St-Urbain - Centre Métropolitain de Chirurgie Plastique Inc. - Clin. de chirurgie esthétique Dr Hugo Ciaburro - Clin. de chirurgie esthétique Notre-Dame - Clin. de chirurgie esthétique St-Urbain - Clin. de chirurgie plastique de Montréal - CSSS de Chicoutimi <i>CH de la Sagamie</i> - Institut de chirurgie esthétique de Montréal - Institut de polychirurgie de Montréal - Santa Cabrini Ospedale (Hôpital) - Victoria Park et Centre de Laser - Villa Medica Inc. (Centre de réadaptation)
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du) <i>H. St-Eustache</i>	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. de Chirurgie Esthétique Carpe Diem - Clin. de Chirurgie Esthétique Dr Éric Bensimon - Clin. d'esthétique Dr Jean-Yves St-Laurent

Université de Montréal	Remarques
Chirurgie plastique / Plastic Surgery (suite)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS du du Coeur-de-l'Île <i>Petite Patrie /Villeray /Jean-Talon</i> - CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes <i>H. St-Eustache</i>
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sommets (CSSS des) <i>CH Laurentien - Ste-Agathe</i>	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Chirurgie thoracique / Thoracic Surgery [84 - 96 mois]	Programme associé : Laval et Montréal
CHUM	
Institut de Cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec <i>H. Laval</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
Chirurgie vasculaire / Vascular Surgery [60 mois]	
CHUM	
Institut de Cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du) <i>H. St-Eustache</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Dermatologie / Dermatology [60 mois]	
CHUM	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CHUS
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Endocrinologie et métabolisme / Endocrinology and Metabolism [60 mois]	
Camp Carowanis pour les enfants diabétiques	
CHUM - Bureaux privés des endocrinologues – Édifice Fides	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Bureau du Docteur Dominique Garrel - CSSS de Rouyn Noranda - CSSS de la Vallée-de-l'Or <i>CH de Val d'Or</i>
Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM)	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Procrea (clinique) - Montréal	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Rockland MD (Centre de chirurgie) – Docteur Pierre Garneau
Sainte-Justine (CHU)	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Gastroentérologie / Gastroenterology [60 mois]	
CHUM	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Sainte-Justine (CHU)	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Génétique médicale / Medical Genetics [60 mois]	
Chicoutimi (CSSS de)	
CHUM	
CHU de Québec	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Rimouski-Neigette (CSSS de)	
Rivière-des-Prairies (CSSS de)	

Université de Montréal	Remarques
Génétique médicale / Medical Genetics (suite)	
Sainte-Justine (CHU)	
Shriners (CH)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Hématologie / Hematology	
[60 mois]	
CHUM	
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Hématologie/oncologie pédiatrique / Pediatric Hematology/Oncology	
[72 mois]	
CHUM	
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
Immunologie clinique et allergie / Clinical Immunology and Allergy	
[60 mois]	
Boucherville (Centre médical)	
Centre ORL de Montréal	
CHUM	
CHU de Québec	
Clinique médicale 1851 Montréal	
Concorde (Polyclinique médicale)	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	
Midi Club (Clinique médicale) - Montréal	
Pierre-Boucher (CSSS et Clinique médicale)	
Plateau Mont-Royal (Clinique médicale du)	
Quartier Latin (Clinique médicale du) Montréal	
Richelieu (Clinique médicale du)	
Saint-Eustache (Polyclinique)	
Sainte-Justine (CHU)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Maladies infectieuses / Infectious Diseases	
[60 mois]	
CHUM	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. du Quartier Latin - Clin. l'Actuel
Laboratoire de santé publique du Québec	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Médecine communautaire / Community Medicine	Programme associé : McGill, Montréal et Sherbrooke
[60 mois]	
Aviation Medicine	
Baie James (Conseil Cri SSS de la) <i>Chisasibi /Waskaganish</i>	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS) + Direction de la santé publique	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS Jardins-Roussillon <i>H. Anna-Laberge / CLSC Châteauguay / CLSC Kateri H. Honoré-Mercier</i> - CSSS Richelieu-Yamaska
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS) – Clinique santé voyage	
CHUM - Dépt de médecine préventive et de santé publique	
CHUS - Dépt de santé publique affilié	
CUSM – MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de la Montagne - général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital) - St. Mary (CH de)
Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale - CISTE 3650 Saint-Urbain, Montréal	
Haut-Saint-François (CSSS)	
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
IUGS (CSSS) - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	
Jeanne-Mance (CSSS) <i>CLSC Faubourgs /Mt-Royal /St-Louis du Parc</i>	
Laurentides - Direction de santé publique	
Laval (CSSS de) + Direction de la santé publique <i>Cité de la santé /Marigot</i>	

Université de Montréal	Remarques
Médecine communautaire / Community Medicine (suite)	
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de la Pointe-de-l'Île
Montréal - Direction de santé publique	
Outaouais - Direction de santé publique	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Rouyn-Noranda (CSSS) + Direction de la santé publique (Abitibi)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Simulation Centre	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Médecine d'urgence / Emergency Medicine	
[60 mois]	
Anti-Poison du Québec (Centre)	
CHUM	
Direction de la santé publique - Montréal	
Domaine-du-Roy (CSSS) <i>H-D Roberval</i>	
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	
Institut universitaire en santé mentale de Montréal <i>H. L.-H. Lafontaine</i>	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du) <i>H. St-Eustache</i>	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la Santé /CLSC Marigot</i>	
Les Eskers de l'Abitibi (CSSS) <i>H-D d'Amos</i>	
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Urgence 640, Boisbriand
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sept-Îles (CSSS de)	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Sud-Ouest-Verdun (CSSS du)	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Médecine d'urgence pédiatrique / Pediatric Emergency Medicine	
[60 mois]	
Antipoison du Québec (Centre) <i>(CSSS de la Vieille-Capitale)</i>	
CHUM	
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Médecine de l'adolescence / Adolescent Medicine	
[60 mois]	
Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire . <i>Équipe santé enfance jeunesse (ESEJ) Nord/Est/Sud/Ouest</i> . <i>Service de santé en milieu de réadaptation :</i> - <i>Centre Dominique Savio</i> - <i>Centre Rose Virginie Pelletier</i> - <i>Centre Mont-St-Antoine</i>	
Jeanne-Mance (CSSS) <i>CLSC Faubourgs /Mt-Royal /St-Louis du Parc</i>	
Sainte-Justine (CHU) . Douglas Hospital . Head and Hands . Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw – Centre de Réadaptation : Campus Dorval /Campus Décarie / Campus Laval /Campus Prévost /Campus Tupper . McGill Sports Medicine Clinic . McGill Student Health Services . Portage Programme Mère-Enfant . Portage Residential Drug . Treatment Center-Beaconsfield / Sainte-Justine (CHU)	

Université de Montréal	Remarques
Médecine de soins intensifs / Critical Care Medicine [60 mois]	Affiliation interuniversitaire entre l'U. de Sherbrooke et Montréal pour : - 1 mois en soins intensifs médicaux et chirurgicaux -HSC de Montréal
CHUM	
Institut de Cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Médecine du travail / Occupational Medicine [60 mois]	
Centre de toxicologie du Québec	
CHUM	
Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale - CISTE 3650 Saint-Urbain, Montréal	
Commission de la santé et de la sécurité au travail	
Commission des lésions professionnelles	
CUSM - MUHC	
Direction de la santé publique de Montréal	
Diverses entreprises	
Institut en santé et sécurité du travail du Québec	
Institut national de santé publique du Québec - INSPQ	
Institut Raymond-Dewar	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	
Médecine interne / Internal Medicine [48 mois]	voir Anesthésiologie : - 3 mois de stages en médecine interne au CSSS Chicoutimi
Antoine-Labelle (CSSS d') <i>H. Mont-Laurier</i>	
Baie-des-Chaleurs (CSSS de la) <i>H. Maria, CLSC Paspébiac</i>	
Chicoutimi (CSSS de) <i>CH de la Sagamie</i>	
CHUM	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. du Quartier Latin - Clin. l'Actuel
Drummond (CSSS) <i>H. Ste-Croix de Drummondville</i>	
Énergie (CSSS de l') <i>CH du Centre-de-la-Mauricie</i>	
Haute-Yamaska (CSSS de la) <i>CH de Granby</i>	
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Jonquière (CSSS de)	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du) <i>H. St-Eustache</i>	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS) <i>CLSC des Seigneuries</i>	
Rouyn-Noranda (CSSS de)	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS des Sommets <i>CH Laurentien - Ste-Agathe</i> - Polyclinique de St-Jérôme
Sainte-Justine (CHU)	
Sept-Îles (CSSS de)	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Médecine maternelle et fœtale / Maternal-Fetal Medicine [84 mois]	
Sainte-Justine (CHU)	
Médecine néonatale et périnatale / Neonatal-Perinatal Medicine [60 mois]	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Sainte-Justine (CHU)	
Médecine nucléaire / Nuclear Medicine [60 ou 72 mois]	
CHUM	
Institut de cardiologie de Montréal	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Coeur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	

Université de Montréal	Remarques
Médecine physique et réadaptation / Physical Medicine and Rehabilitation [60 mois]	
Association régionale pour le loisir des personnes handicapées de l'île de Montréal (L')	
CHUM	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. de physiothérapie CDN - Clin. de physiothérapie et de médecine du sport de Montréal - Institut de physiothérapie du Québec
CUSM - MUHC	
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Villa Médica (Centre de réadaptation)
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé de Laval</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Mitis (CSSS de la) <i>H. de Mont-Joli</i>	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre de réadaptation Lucie-Bruneau - École Victor-Doré
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Microbiologie médicale et infectiologie / Medical Microbiology and Infectious Diseases [60 mois]	
CHUM	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. du Quartier Latin - Clin. l'Actuel
Institut de cardiologie de Montréal	
Institut national de santé publique du Québec - INSPQ	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Néphrologie / Nephrology [60 mois]	
CHUM	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS du Suroît <i>CH du Suroît</i>
Institut de cardiologie de Montréal	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud-Ouest-Verdun (CSSS du)	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Neurochirurgie / Neurosurgery [72 mois]	
CHUM	
Institut de cardiologie de Montréal	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du) <i>H. St-Eustache</i>	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sommets (CSSS des) <i>CH Laurentien - Ste-Agathe</i>	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	

Université de Montréal	Remarques
Neurologie / Neurology [60 mois]	
Chicoutimi (CSSS de) <i>CH de la Sagamie</i>	
CHUM	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Centre de traitement neurologique
Clinique privée 3875	
Institut de cardiologie de Montréal	
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Rimouski-Neigette (CSSS de) <i>CH rég de Rimouski</i>	
Rouyn-Noranda (CSSS de)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Neuropathologie / Neuropathology [60 mois]	
CHUM	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Sainte-Justine (CHU)	
Obstétrique et gynécologie / Obstetrics and Gynecology [60 mois]	
Argenteuil (CSSS d')	
Aurores-Boréales (CSSS des) <i>CH de La Sarre</i>	
CHUM	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - CSSS Jeanne-Mance CLSC Faubourgs /Mt-Royal /St-Louis du Parc - Santa Cabrini Ospedale (Hôpital)
Institut de cardiologie de Montréal	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Les Eskers de l'Abitibi (CSSS) <i>Hôtel-Dieu d'Amos</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Hôpital Santa Cabrini Ospedale
Nord de Lanaudière (CSSS du) <i>St-Charles-Borromée</i>	
OVO (Clinique de fertilité)	- stage d'une semaine pour les résidents du programme - stage de 12 mois pour les « moniteurs » en endocrino-gynécologie de la reproduction et de l'infertilité
Pierre-Boucher (CSSS)	
Pierre-de-Saurel (CSSS) <i>CSSS de Sorel-Tracy</i>	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Oncologie gynécologique / Gynecologic Oncology [84 mois]	
Chicoutimi (CSSS de)	
CHUM	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Oncologie médicale / Medical Oncology [60 ou 72 mois]	
CHUM	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Institut du cancer de Montréal - CSSS Pierre-Boucher
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Ophthalmologie / Ophthalmology [60 mois]	
CHUM	
Institut de cardiologie de Montréal	
Institut Nazareth et Louis-Braille - INLB	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Polyclinique 640 - Boisbriand

Université de Montréal	Remarques
Ophthalmologie / Ophthalmology (suite)	
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. d'ophtalmologie Bellevue (4135, rue de Rouen) - CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord <i>H. Fleury</i>
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	Institut de l'œil des Laurentides - Boisbriand
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du)	<i>H. Pierre-Le Gardeur</i>
Trois-Rivières (CSSS de)	<i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>
urgences-santé (La Corporation d')	
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale / Otolaryngology-Head and Neck Surgery [60 mois]	
CHUM	
Institut de cardiologie de Montréal	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du)	<i>H. St-Eustache</i>
Laval (CSSS de)	<i>Cité de la santé /Marigot</i>
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sommets (CSSS des)	<i>CH Laurentien - Ste-Agathe</i>
Sud de Lanaudière (CSSS du)	<i>H. Pierre-Le Gardeur</i>
Trois-Rivières (CSSS de)	<i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Pédiatrie / Pediatrics [48 mois]	
Assistance d'enfants en difficulté - AED	
Centre de réadaptation pour adolescents - Shawbridge	
Centre de Services Préventifs à l'Enfance - CSPE	
Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire . <i>Équipe santé enfance jeunesse (ESEJ) Nord/Est/Sud/Ouest</i> . <i>Service de santé en milieu de réadaptation :</i> - <i>Centre Dominique Savio</i> - <i>Centre Rose Virginie Pelletier</i> - <i>Centre Mont-St-Antoine</i>	
Centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent	
Centre Portage (toxicomanie : secteur jeunes, Montréal)	
CHUM	
Chicoutimi (CSSS de)	<i>CH de la Sagamie</i>
Cœur de l'Île (CSSS du)	<i>CLSC de La Petite-Patrie</i>
Institut de cardiologie de Montréal	
Institut Nazareth et Louis-Braille	
Institut Raymond-Dewar	
Jeanne Mance (CSSS)	<i>CLSC Faubourgs /Mt-Royal /St-Louis du Parc</i>
Laval (CSSS de)	<i>Cité de la santé /Marigot</i>
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Rouyn-Noranda (CSSS de)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre jeunesse de Montréal – Site Cité des Prairies - CLSC Montréal-Nord (CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord) - Dr George Heath Mandich (bureau)
Sud de Lanaudière (CSSS du)	<i>H. Pierre-Le Gardeur</i>
Trois-Rivières (CSSS de)	<i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Pneumologie / Respiriology [60 mois]	
CHUM	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du)	<i>H. St-Eustache</i>
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sept-Iles (CSSS de)	
Trois-Rivières (CSSS de)	<i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	

Université de Montréal	Remarques
Psychiatrie / Psychiatry [60 mois]	
Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSS d')	<i>H. Fleury</i>
Antoine-Labelle (CSSS d')	<i>H. Mont-Laurier</i>
Argenteuil (CSSS d')	
Aurores-Boréales (CSSS des)	<i>CH de La Sarre</i>
Chicoutimi (CSSS de)	
CHUM	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Inulitsivik - Inukjuak/Nunavik (Centre de santé) - Jeanne-Mance (CSSS) CLSC Faubourgs /Mt-Royal /St-Louis du Parc - NeuroSciences (Expertise)
Côte-de-Gaspé (CSSS de la)	<i>H-D Gaspé /Mer et Montagnes</i>
Énergie (CSSS de l')	<i>CH du Centre-de-la-Mauricie</i>
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Institut Philippe-Pinel	
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	<i>H. L.-H. Lafontaine</i>
Jonquière (CSSS de)	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du)	<i>H. St-Eustache</i>
Laval (CSSS de)	<i>Cité de la santé /Marigot</i>
Les Eskers de l'Abitibi (CSSS)	<i>H-D d'Amos</i>
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Nord de Lanaudière (CSSS du)	<i>St-Charles-Borromée</i>
Pierre-Boucher (CSSS)	
Pierre-De Saurel (CSSS)	<i>CSSS de Sorel-Tracy</i>
Richelieu-Yamaska (CSSS)	<i>H. Honoré-Mercier</i>
Rivière-des-Prairies (Hôpital)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sept-Iles (CSSS de)	
Sommets (CSSS des)	<i>CH Laurentien - Ste-Agathe</i>
Sud de Lanaudière (CSSS du)	<i>H. Pierre-Le Gardeur</i>
Sud-Ouest-Verdun (CSSS du)	
Trois-Rivières (CSSS de)	<i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>
urgences-santé (La Corporation d')	
Vallée-de-l'Or (CSSS de la)	<i>CH Malartic</i>
Radiologie diagnostique / Diagnostic Radiology [60 mois]	
CHUM	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Clinique Varad
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Laval (CSSS de)	<i>Cité de la santé /Marigot</i>
Léger et Associés (Clinique) - Montréal	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Radiologie Bois-de-Boulogne (Montréal) - Radiologie St-Martin (Laval)
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du)	<i>H. Pierre-Le Gardeur</i>
Trois-Rivières (CSSS de)	<i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	
Radio-oncologie / Radiation Oncology [60 mois]	
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
CHUM	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - CSSS du Sud-Ouest-Verdun - CSSS Jardins-Roussillon <i>H. Anna-Laberge</i>
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Laval (CSSS de)	<i>Cité de la santé /Marigot</i>
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sud de Lanaudière (CSSS du)	<i>H. Pierre-Le Gardeur</i>

Université de Montréal	Remarques
Radio-oncologie / Radiation Oncology (suite) [60 mois]	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Rhumatologie / Rheumatology [60 mois]	
CHUM	
Institut de rhumatologie de Montréal	
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	
Sainte-Justine (CHU)	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
urgences-santé (La Corporation d')	
Urologie / Urology [60 mois]	
Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSS d') <i>H. Fleury</i>	
CHUM	
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	
Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS du) <i>H. St-Eustache</i>	
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	
Maisonneuve-Rosemont (Hôpital)	
OVO (Clinique de fertilité)	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Procrea (clinique) - Montréal	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Sommets (CSSS des) <i>CH Laurentien - Ste-Agathe</i>	
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	
urgences-santé (La Corporation d')	

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
PROGRAMME ET ÉTABLISSEMENTS AGRÉÉS

Université de Sherbrooke	Remarques
Médecine de famille / Family Medicine [24 mois]	
Milieu principal de formation	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS) <u>UMF Charles LeMoyne (GMF)</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre montréalais de réadaptation (CMR) - Clin. Neuro Rive-Sud - Clin. de santé voyage du CSSS Champlain-Charles-Le Moyne - GMF La Cigogne - Greenfield Park - Médecins du monde – Projet Montréal
Chicoutimi (CSSS de) <u>UMF Chicoutimi</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre des collectivités amérindiennes d'Obedjiwan et de Mashteuistsh - Centre de santé de Chibougamau - Clin. de dermatologie – 644 Jacques-Cartier Est - CSSS Cléophas-Claveau - CSSS de Jonquière - CSSS Domaine-du-Roy - CSSS Maria-Chapdelaine <i>H. de La Baie H. de Jonquière (Carrefour santé) H-D Roberval H. Dolbeau-Mistassini</i>
IUGS (CSSS-) Institut univ. de gériatrie de Sherbrooke CLSC de Sherbrooke /CLSC King Est et Speid GMF Des Deux-Rives/ Pavillon Argyll/ Pavillon d'Youville CLSC Camirand <u>UMF Estrie</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. médicale Belvédère - Sherbrooke - GMF Des Grandes-Fourches - Clin. médecine et sport
Lac Saint-Jean-Est (CSSS de) <u>UMF Alma</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre des collectivités amérindiennes d'Obedjiwan et de Mashteuistsh - Clin. médicale rurale de Ste-Monique - CSSS de Jonquière - CSSS Domaine-du-Roy - CSSS Maria-Chapdelaine - GMF Lac-Saint-Jean-Est (Clinique de médecine générale d'Alma) <i>H. de Jonquière (Carrefour santé) H-D Roberval H. Dolbeau-Mistassini</i>
La Pommerai (CSSS) <u>UMF Cowansville</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre médical Cowansville - Centre de santé Sutton - La Maison Au Diapason
Régie rég. de la santé Beauséjour <u>UMF de Moncton</u>	<i>H. rég. Dr-Georges-L.-Dumont / Centre de santé de Dieppe</i>
Richelieu-Yamaska (CSSS) CLSC Saint-Hyacinthe-Gauthier Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-St-Hyacinthe CLSC-CHSLD Des Patriotes à Beloeil /CH Honoré-Mercier <u>UMF Richelieu-Yamaska</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. de réadaptation Universelle - Clin. musculo-squelettique de Longueuil - GMF Rive et Montagne/ Clin. médicale de la Rive (Soins aux enfants et aux adolescents) <i>Saint-Hyacinthe Otterburn Park</i>
Rouyn-Noranda (CSSS) <u>UMF Rouyn-Noranda (UMF Horizon)</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. médicale du Cuivre - Clin. médicale Fleur de Lys - GMF Rouyn-Noranda - Huskies de Rouyn-Noranda - LHJMQ - La Maison de soins palliatifs de Rouyn-Noranda <i>Rouyn-Noranda</i>
<u>UMF Drummondville</u>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre Jeunesse, pavillon Laforest - Centre de réadaptation en dépendance Domrémy - Centre de réadaptation InterVal - Centre de thérapie sportive Sport-Médecin - Centre Marcel-Dionne - Clin. médicale de la Marconi - Drummond (CSSS) – Mission CLSC
<u>UMF Jacques-Cartier</u>	

Université de Sherbrooke	Remarques
Autres milieux	
Arthabaska-et-de-l'Érable (CSSS d') GMF des Bois Francs . Clin. de médecine familiale d'Arthabaska . Clin. méd. Grand Boulevard . Clin. méd. de Kingsey Falls . Clin. méd. Notre-Dame inc. . Clin. méd. de Plessisville . Clin. méd. de Warwick	<i>H-D d'Arthabaska</i>
CHUS	<i>Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke H. Fleurimont / Hôtel-Dieu</i>
Drummondville (Centre de santé – GMF)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. de planification des naissances - CHUS
du Granit (CSSS)	<i>Lac-Mégantic</i>
Estrie (Centre de réadaptation en dépendance et santé mentale) Centre Jean-Patrice-Chaisson / Maison Saint-Georges	
Fusion (CM)	<i>Saint-Hyacinthe</i>
Granby (Centre de médecine familiale de - GMF)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre médical Robinson - Clin. de dermatologie - Granby - Haute-Yamasaka (CSSS de la)
Haut-Richelieu-Rouville (CSSS)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. de pédiatrie de St-Jean
Jonquière (Clinique de médecine familiale - GMF)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de Jonquière
Memphré (clinique médicale)	
Memphrémagog (CSSS de)	<i>CH de Magog</i>
Régie régionale de la Santé 4	<i>Hôpital régional d'Edmundston</i>
Régie de la santé Acadie-Bathurst	<i>H. de Tracadie-Sheila/ H. régional Chaleur/ H. de l'Enfant-Jésus de Caraquet/ H. et CS communautaire de Lamèque</i>
Régie de la Santé du Restigouche	<i>H. régional de Campbellton</i>
Trois-Rivières (CSSS de)	<i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
PROGRAMMES ET ÉTABLISSEMENTS AGRÉÉS

Université de Sherbrooke	Remarques
Anatomo-pathologie / Anatomical Pathology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'université McGill pour douze (12) mois de formation comprenant : - 2 périodes en pathologie judiciaire (Institut médico-légal de Mtl), - 2 périodes en pathologie pédiatrique et cytogénétique (CUSM - HME), - 2 périodes en pathologie moléculaire (CUSM – H. Royal-Victoria), - 2 périodes en pathologie pulmonaire et thoracique (CUSM - HGM), - 2 périodes de pathologie des os et des tissus mous (CUSM - HGM), - 2 périodes de pathologie pancréatique et hépatique (H Gén Juif SMBD). Affiliation interuniversitaire avec les universités Laval, McGill ou Montréal pour huit (8) mois de formation comprenant : - 2 mois en pathologie judiciaire (Institut médico-légal de Mtl), - 4 mois en pathologie pédiatrique et cytogénétique (CHU Sainte-Justine ou CUSM – HME), - 2 mois en dermatopathologie
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
CHUS	
Anesthésiologie / Anesthesiology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 3 mois en anesthésiologie pédiatrique (CHU-Sainte-Justine)
Arthabaska-et-de-l'Érable (CSSS d') <i>H-D d'Arthabaska</i>	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
Chicoutimi (CSSS de) <i>CH de la Sagamie</i>	
CHUS	
Cardiologie / Cardiology [72 mois]	Affiliation interuniversitaire avec les universités Laval ou Montréal pour huit (8) mois de formation, comprenant : - 2 mois en cardiologie pédiatrique, - 6 mois en électrophysiologie et cardiopathie congénitale.
Chicoutimi (CSSS de) <i>CH de la Sagamie</i>	
CHUS	
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.	
Chirurgie générale / General Surgery [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 2 mois de formation en chirurgie pédiatrique (CHU Sainte-Justine) - 1 mois de formation en chirurgie hépatobiliaire (H, Saint-Luc)
Arthabaska-et-de-l'Érable (CSSS d') <i>H-D d'Arthabaska</i>	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
CHUS	
Drummond (CSSS) <i>H. Ste-Croix de Drummondville</i>	
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.	
Haute-Yamaska (CSSS de la) <i>CH Granby</i>	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Clin. médicale Robinson
Chicoutimi (CSSS de) <i>CH de la Sagamie</i>	
Chirurgie orthopédique / Orthopedic Surgery [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour cinq (5) mois de formation, comprenant : - 2 mois en orthopédie pédiatrique (au CHU Sainte-Justine), - 2 mois en oncologie orthopédique (HMR), 1 mois en réadaptation (Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal) Affiliation interuniversitaire avec l'Université McGill pour trois (3) mois de formation, comprenant : - 1 mois en orthopédie pédiatrique avec U. McGill au Shriners (CH) - 2 mois en orthopédie oncologique (CUSM - HGM)
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
Chicoutimi (CSSS de) <i>CH de la Sagamie</i>	
CHUS	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - Clin. méd. sportive de l'Université Bishop et de l'Université de Sherbrooke - CSSS de Memphrémagog
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.	
Endocrinologie et métabolisme / Endocrinology and Metabolism [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 1 mois en endocrinologie pédiatrique (au CHU Sainte-Justine)
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
CHUS	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - CSSS de Chicoutimi <i>CH de la Sagamie</i>
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.	

Université de Sherbrooke	Remarques
Gastroentérologie / Gastroenterology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour quatre (4) mois de formation, comprenant : - 4 mois en hépatologie (CHUM – H St-Luc)
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
CHUS	
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.	
Richelieu-Yamaska (CSSS)	
Nord de Lanaudière (CSSS du) Centre hospitalier régional de Lanaudière Sud de Lanaudière (CSSS du) H. Pierre-Le Gardeur Trois-Rivière (CSSS de)	
Hématologie / Hematology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour quatre (4) mois de formation, comprenant : - 2 mois en allogreffe médullaire (HMR); - 1 mois en hématologie-oncologie et - 1 mois en hématologie-oncologie pédiatrique.
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
CHUS	
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.	
Maladies infectieuses / Infectious Diseases [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec les universités McGill et de Montréal pour cinq (5) mois de formation, comprenant : - 2 mois en infectiologie pédiatrique, au CUSM - HME et au CHU Sainte-Justine; - 2 mois en infectiologie adulte (greffe), au CUSM - H Royal Victoria; - 1 mois de parasitologie (au Centre de Parasitologie et médecine tropicale du CUSM – HGM).
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
Chicoutimi (CSSS de) CH de la Sagamie	
CHUS	
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.	
Institut national de santé publique du Québec - INSPQ - Laboratoire de santé publique du Québec	
Médecine communautaire / Community Medicine [60 mois]	Programme associé : McGill, Montréal et Sherbrooke
Aviation Medicine	
Baie James (Conseil Cri SSS de la) Chisasibi /Waskaganish	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS) – Clinique santé voyage	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS) + Direction de la santé publique	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - CSSS Jardins-Roussillon H. Anna-Laberge / CLSC Châteauguay /CLSC Kateri - CSSS Richelieu-Yamaska H. Honoré-Mercier
CHUM - Dépt de médecine préventive et de santé publique	
CHUS - Dépt de santé publique affilié	
CUSM – MUHC	<u>Formation en milieu « satellite »</u> : - CSSS de la Montagne - général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital) - St. Mary (CH de)
Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale - CISTE 3650 Saint-Urbain, Montréal	
Haut-Saint-François (CSSS)	
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	
IUGS (CSSS) - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke CLSC de Sherbrooke	
Jeanne-Mance (CSSS) CLSC Faubourgs /Mt-Royal /St-Louis du Parc	
Laurentides - Direction de santé publique	
Laval (CSSS de) + Direction de la santé publique Cité de la santé /Marigot	
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	
Monterégie (Centre jeunesse de la) Longueuil /Chambly /Saint-Hyacinthe	
Montréal- Direction de santé publique	
Outaouais - Direction de santé publique	
Pierre-Boucher (CSSS)	
Rouyn-Noranda (CSSS) + Direction de la santé publique (Abitibi)	
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	
Saint-Jérôme (CSSS de)	
Sainte-Justine (CHU)	
Simulation Centre	
Sud de Lanaudière (CSSS du) H. Pierre-Le Gardeur	
Trois-Rivières (CSSS de) Trois-Rivières (CH régional de)	
urgences-santé (La Corporation d')	

Université de Sherbrooke	Remarques	
Médecine interne / Internal Medicine [48 mois]		
Arthabaska-et-de-l'Érable (CSSS d')	<i>H-D d'Arthabaska</i>	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)		
Chicoutimi (CSSS de)	<i>CH de la Sagamie</i>	(médecine interne tronc commun et dermatologie)
CHUS		<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de Memphrémagog <i>CH de Magog</i>
Drummond (CSSS)	<i>H. Ste-Croix de Drummondville</i>	
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.		
IUGS (CSSS-) Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	<i>CLSC de Sherbrooke</i>	
Régie régionale de la Santé 4, Edmundston, N.-B.		
Médecine nucléaire / Nuclear medicine [60 ou 72 mois]		Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 2 mois en médecine nucléaire pédiatrique
CHUS		Stages de radio-oncologie agréés par le programme de médecine nucléaire
Trois-Rivières (CSSS de)	<i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Microbiologie médicale et infectiologie / Medical Microbiology and Infectious Diseases [60 mois]		Affiliation interuniversitaire avec les universités McGill et de Montréal pour cinq (5) mois de formation, comprenant : - 2 mois en infectiologie pédiatrique, au CUSM-HME et au CHU Sainte-Justine; - 2 mois en infectiologie adulte (greffe), au CUSM – H Royal Victoria; - 1 mois de parasitologie (au Centre de Parasitologie et médecine tropicale du CUSM – HGM).
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)		
Chicoutimi (CSSS de)	<i>CH de la Sagamie</i>	
CHUS		
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.		
Institut national de santé publique du Québec - INSPQ - Laboratoire de santé publique du Québec		
Néphrologie / Nephrology [60 mois]		
Chicoutimi (CSSS de)	<i>CH de la Sagamie</i>	
CHUS		<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de Memphrémagog <i>CH de Magog</i> - CSSS du Granit <i>CH de Lac-Mégantic</i>
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.		
Neurochirurgie / Neurosurgery [72 mois]		Affiliation interuniversitaire avec les universités McGill ou Montréal pour neuf (9) mois de formation, comprenant : - 3 mois en neurochirurgie pédiatrique (CHU Sainte-Justine ou au CUSM-HME); - 4 mois en neurochirurgie de la colonne, de l'épilepsie et des nerfs périphériques, (Institut neurologique de Montréal); - 2 mois en neurochirurgie endovasculaire au CHUM – HND).
Chicoutimi (CSSS de)	<i>CH de la Sagamie</i>	
CHUS		
Trois-Rivières (CSSS de)	<i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Neurologie / Neurology [60 mois]		
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)		<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. Neuro Rive-Sud
Chicoutimi (CSSS de)	<i>CH de la Sagamie</i>	
CHUS		
Obstétrique et gynécologie / Obstetrics and Gynecology [60 mois]		
Arthabaska-et-de-l'Érable (CSSS d')	<i>H-D d'Arthabaska</i>	
Chicoutimi (CSSS de)	<i>CH de la Sagamie</i>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. de gynécologie du Saguenay - Clin. méd. du Fjord - CS de Chibougamau (CRSSS de la Baie-James) - CSSS Domaine-du-Roy <i>H-D Roberval</i>
CHUS		
Drummond (CSSS)	<i>H. Ste-Croix de Drummondville</i>	
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.		
Haute-Yamaska (CSSS)	<i>CH Granby</i>	
Jonquière (CSSS de)		
Manicouagan (CSSS de)	<i>H. Le Royer</i>	
Procrea (clinique) - Montréal		Stage en endocrino-fertilité et en échographie

Université de Sherbrooke	Remarques
Oncologie médicale / Medical Oncology [60 ou 72 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour deux (2) mois de formation au CHUM - HND, comprenant : - 1 mois en neuro-oncologie; - 1 mois en gyneco-oncologie; - 1 mois en radio-oncologie. Affiliation interuniversitaire avec l'Université McGill pour : - 1 mois en sarcome et mélanome au CUSM – HGM
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS Pierre-Boucher
CHUS	
Ophthalmologie / Ophthalmology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 4 mois en ophthalmologie pédiatrique.
Chicoutimi (CSSS de) <i>CH de la Sagamie</i>	
CHUS	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de la région de Thetford <i>H. de Thetford Mines</i> - CSSS du Granit <i>Lac-Mégantic</i>
Dr Michel Giunta (Clinique médicale)	
Lasik MD (Clinique) - Montréal	
Lasik MD (Clinique) - Sherbrooke	
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale / Otolaryngology-Head and Neck Surgery [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 2 mois en neuro-otologie; - 2 mois en ORL pédiatrique au CHU Sainte-Justine.
CHUS	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre auditif King - Clin. médicale Rock-Forest - CSSS de Memphrémagog <i>CH de Magog</i>
Drummond (CSSS) <i>H. Ste-Croix de Drummondville</i>	
Pédiatrie / Pediatrics [48 mois]	Affiliation interuniversitaire avec les universités McGill ou Montréal pour 4 à 6 mois de formation.
Arthabaska-et-de-l'Érable (CSSS d')	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. pédiatrique Laurier
Chicoutimi (CSSS de) <i>CH de la Sagamie</i>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clinique de Pédiatrie du Saguenay Enr. - Clinique des maladies neuromusculaires du CSSS de Jonquière
CHUS	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. pédiatrique 24 juin - CSSS-IUGS <i>CLSC de Sherbrooke</i>
Georges-L-Dumont (CH), Moncton, N.-B. <i>CS Dieppe</i>	
Richelieu-Yamaska (CSSS) <i>H. Honoré-Mercier</i>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. pédiatrique Maskoutaine
Trois-Rivières (CSSS de) <i>Trois-Rivières (CH régional de)</i>	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Clin. de pédiatrie de Trois-Rivières
Pneumologie / Respiriology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université Laval pour : - 1 mois en soins intensifs médicaux - Institut Universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) <i>Hôpital Laval</i> Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 2 mois en greffe et bronchoscopie d'intervention (CHUM – HND); - 1 mois en radiologie thoracique (CHUM – HSL ou HD de Montréal); - 1 mois en soins intensifs (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal).
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
Chicoutimi (CSSS de) <i>CH de la Sagamie</i>	
CHUS	
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.	
Psychiatrie / Psychiatry [60 mois]	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
CHUS	
Drummond (CSSS) <i>H. Ste-Croix de Drummondville</i>	
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.	
IUGS (CSSS-) Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke <i>CLSC de Sherbrooke</i>	
Medico-Légale (Clinique)	

Université de Sherbrooke	Remarques
Radiologie diagnostique / Diagnostic Radiology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour : - 3 mois en radiologie pédiatrique au CHU Sainte-Justine Affiliation interuniversitaire avec l'Université McGill pour : - 1 mois en radiologie pédiatrique au au CUSM-HME
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - Centre d'imagerie médicale Résoscan CLM
CHUS	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de Drummondville <i>H. Ste-Croix de Drummondville</i>
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.	
Rhumatologie / Rheumatology [60 mois]	Affiliation interuniversitaire avec l'Université McGill pour au minimum : - 1 mois en rhumatologie pédiatrique Affiliation interuniversitaire avec l'Université de Montréal pour au minimum : - 1 mois en médecine physique et réadaptation
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
Chicoutimi (CSSS de)	<i>CH de la Sagamie</i>
CHUS	
Georges-L.-Dumont (CH), Moncton, N.-B.	
Rhumatologie du Centre de la Mauricie (Clin.) - Trois-Rivières	
Urologie / Urology [36 mois]	ENTENTE INTER-UNIVERSITAIRE : McGill [24 mois]
Aviation Medicine	
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	
CHUS	
CUSM – MUHC	<i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CH Shriners - CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord <i>H. Fleury</i> - CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle <i>H. LaSalle</i> - CSSS du Sud-Ouest-Verdun - Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	
Ouest-de-l'île (CSSS de l')	<i>H. général du Lakeshore</i>
Physimed Inc (Groupe Santé)	
Simulation Centre	
St. Mary (CH de)	

PROGRAMMES RÉSEAU - NETWORK PROGRAMS

UNIVERSITÉS LAVAL, MCGILL, DE MONTRÉAL ET DE SHERBROOKE
PROGRAMMES ET ÉTABLISSEMENTS AGRÉÉS

Programme réseau – Network Programs	Remarques
Biochimie médicale / Medical Biochemistry [60 mois]	Direction du programme à l'Université Laval
Aviation Medicine	U. McGill
Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	U. Sherb
CHU de Québec	U. Laval
CHUM	U. Mtl
CHUS	U. Sherb <i>Formation en milieu « satellite » :</i> - CSSS de Memphrémagog - CSSS de la MRC-de-Coaticook - CSSS des Sources - CSSS du Granit - CSSS du Val-Saint-François
CUSM - MUHC	U. McGill
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	U. McGill
Institut de cardiologie de Montréal et le Centre Épic	U. Mtl
Laval (CSSS de) <i>Cité de la santé /Marigot</i>	U. Mtl
Maisonnette-Rosemont (Hôpital)	U. Mtl
Sacré-Cœur de Montréal (Hôpital du)	U. Mtl
Sainte-Justine (CHU)	U. Mtl
St. Mary (CH de)	U. McGill
Sud de Lanaudière (CSSS du) <i>H. Pierre-Le Gardeur</i>	U. Mtl
Gériatrie / Geriatric Medicine [60 mois]	
Alphonse-Desjardins (CSSS) <i>CHAU - Hôtel-Dieu de Lévis</i>	U. Laval
Arthabaska-et-de-l'Érable (CSSS d') <i>H-D d'Arthabaska</i>	U. Sherb
Aviation Medicine	U. McGill
Cavendish (CSSS) <i>H. Catherine-Booth H. Richardson</i>	U. McGill
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : - La Pietà - Bon séjour - Foyer du Bonheur - Renaissance	U. McGill U. McGill U. McGill U. McGill
CHU de Québec	U. Laval
CHUM	U. Mtl
CHUS	U. Sherb
CUSM - MUHC	U. McGill
Donald Berman Maimonides Geriatric Centre	U. McGill
Gatineau (CSSS de) <i>H. de Hull (UCDG)</i>	U. McGill
général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital)	U. McGill
Georges L. Dumont (CH), Moncton, N.-B.	U. Sherb
Hôpital Sainte-Anne	U. McGill
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	U. Mtl
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	U. Mtl
Institut universitaire en santé mentale de Montréal <i>H. L.-H. Lafontaine</i>	U. Mtl
Institut universitaire en santé mentale Douglas / Douglas Mental Health University Institute	U. McGill
IUGS (CSSS-) IUGS : Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke <i>CLSC de Sherbrooke</i>	U. Sherb
Jewish Rehabilitation Hospital / H. juif de réadaptation	U. McGill
Ouest-de-l'île (CSSS de l') <i>H. général du Lakeshore</i>	U. McGill
St. Mary (CH de)	U. McGill

Politique - Stages hors Québec

La faculté accepte que les résidents, à partir de la troisième année pour les spécialités et de la deuxième pour la médecine familiale incluant les formations complémentaires, puissent effectuer jusqu'à trois mois de stage hors Québec

1. La demande doit parvenir à la vice-doyenne 90 jours avant le début du stage hors Québec.
2. Le stage en milieu non agréé hors Québec, doit préalablement avoir été approuvé par le directeur du programme et la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales de la faculté et il doit répondre aux critères suivants avec documents écrits requis :
 - a. Le nom et les coordonnées du superviseur clairement désigné pour le stage;
 - b. Les objectifs de la formation sont clairement définis et compris;
 - c. Le système d'évaluation en cours de formation est bien défini et l'évaluation du résident repose sur les objectifs de formation du stage optionnel.
3. Le vice-décanat aux études médicales postdoctorales devra faire parvenir le « Formulaire de demande de stage en milieu non agréé au Québec ou hors Québec » à la Direction des études médicales du Collège des médecins du Québec au moins 60 jours avant le début du stage.

IMPORTANT: ASSURANCE RESPONSABILITE:

4. Le résident devra s'assurer d'une couverture d'assurance appropriée. Le résident doit consulter le site Internet de la Fédération des médecins résidents du Québec, à l'adresse : www.fmrq.qc.ca pour de l'information supplémentaire concernant les assurances responsabilités.

Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, mars 2012

Calendrier des périodes de stages

	2010-2011	2011-2012	2012-2013
1	1er juillet au 1er août	1er juillet au 31 juillet	1er juillet au 29 juillet
2	2 août au 29 août	1er août au 28 août	30 juillet au 26 août
3	30 août au 26 septembre	29 août au 25 septembre	27 août au 23 septembre
4	27 septembre au 24 octobre	26 septembre au 23 octobre	24 septembre au 21 octobre
5	25 octobre au 21 novembre	24 octobre au 20 novembre	22 octobre au 18 novembre
6	22 novembre au 19 décembre	21 novembre au 18 décembre	19 novembre au 16 décembre
7	20 décembre au 16 janvier	19 décembre au 15 janvier	17 décembre au 13 janvier
8	17 janvier au 13 février	16 janvier au 12 février	14 janvier au 10 février
9	14 février au 13 mars	13 février au 11 mars	11 février au 10 mars
10	14 mars au 10 avril	12 mars au 8 avril	11 mars au 7 avril
11	11 avril au 8 mai	9 avril au 6 mai	8 avril au 5 mai
12	9 mai au 5 juin	7 mai au 3 juin	6 mai au 2 juin
13	6 juin au 30 juin	4 juin au 30 juin	3 juin au 30 juin
	2013-2014	2014-2015	2015-2016
1	1er juillet au 28 juillet	1er juillet au 27 juillet	1er juillet au 26 juillet
2	29 juillet au 25 août	28 juillet au 24 août	27 juillet au 23 août
3	26 août au 22 septembre	25 août au 21 septembre	24 août au 20 septembre
4	23 septembre au 20 octobre	22 septembre au 19 octobre	21 septembre au 18 octobre
5	21 octobre au 17 novembre	20 octobre au 16 novembre	19 octobre au 15 novembre
6	18 novembre au 15 décembre	17 novembre au 14 décembre	16 novembre au 13 décembre
7	16 décembre au 12 janvier	15 décembre au 11 janvier	14 décembre au 10 janvier
8	13 janvier au 9 février	12 janvier au 8 février	11 janvier au 7 février
9	10 février au 9 mars	9 février au 8 mars	8 février au 6 mars
10	10 mars au 6 avril	9 mars au 5 avril	7 mars au 3 avril
11	7 avril au 4 mai	6 avril au 3 mai	4 avril au 1er mai
12	5 mai au 1er juin	4 mai au 31 mai	2 mai au 29 mai
13	2 juin au 30 juin	1er juin au 30 juin	30 mai au 30 juin

	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1	1er juillet au 31 juillet	1er juillet au 30 juillet	1er juillet au 29 juillet
2	1er août au 28 août	31 juillet au 27 août	30 juillet au 26 août
3	29 août au 25 septembre	28 août au 24 septembre	27 août au 23 septembre
4	26 septembre au 23 octobre	25 septembre au 22 octobre	24 septembre au 21 octobre
5	24 octobre au 20 novembre	23 octobre au 19 novembre	22 octobre au 18 novembre
6	21 novembre au 18 décembre	20 novembre au 17 décembre	19 novembre au 16 décembre
7	19 décembre au 15 janvier	18 décembre au 14 janvier	17 décembre au 13 janvier
8	16 janvier au 12 février	15 janvier au 11 février	14 janvier au 10 février
9	13 février au 12 mars	12 février au 11 mars	11 février au 10 mars
10	13 mars au 9 avril	12 mars au 8 avril	11 mars au 7 avril
11	10 avril au 7 mai	9 avril au 6 mai	8 avril au 5 mai
12	8 mai au 4 juin	7 mai au 3 juin	6 mai au 2 juin
13	5 juin au 30 juin	4 juin au 30 juin	3 juin au 30 juin
	2019-20	2020-21	2021-22
1	1er juillet au 28 juillet	1er juillet au 26 juillet	1er juillet au 1er août
2	29 juillet au 25 août	27 juillet au 23 août	2 août au 29 août
3	26 août au 22 septembre	24 août au 20 septembre	30 août au 26 septembre
4	23 septembre au 20 octobre	21 septembre au 18 octobre	27 septembre au 24 octobre
5	21 octobre au 17 novembre	19 octobre au 15 novembre	25 octobre au 21 novembre
6	18 novembre au 15 décembre	16 novembre au 13 décembre	22 novembre au 19 décembre
7	16 décembre au 12 janvier	14 décembre au 10 janvier	20 décembre au 16 janvier
8	13 janvier au 9 février	11 janvier au 7 février	17 janvier au 13 février
9	10 février au 8 mars	8 février au 7 mars	14 février au 13 mars
10	9 mars au 5 avril	8 mars au 4 avril	14 mars au 10 avril
11	6 avril au 3 mai	5 avril au 2 mai	11 avril au 8 mai
12	4 mai au 31 mai	3 mai au 30 mai	9 mai au 5 juin
13	1er juin au 30 juin	31 mai au 30 juin	6 juin au 30 juin

	2022-23	2023-24	2024-25
1	1er juillet au 31 juillet	1er juillet au 30 juillet	1er juillet au 28 juillet
2	1er août au 28 août	31 juillet au 27 août	29 juillet au 25 août
3	29 août au 25 septembre	28 août au 24 septembre	26 août au 22 septembre
4	26 septembre au 23 octobre	25 septembre au 22 octobre	23 septembre au 20 octobre
5	24 octobre au 20 novembre	23 octobre au 19 novembre	21 octobre au 17 novembre
6	21 novembre au 18 décembre	20 novembre au 17 décembre	18 novembre au 15 décembre
7	19 décembre au 15 janvier	18 décembre au 14 janvier	16 décembre au 12 janvier
8	16 janvier au 12 février	15 janvier au 11 février	13 janvier au 9 février
9	13 février au 12 mars	12 février au 10 mars	10 février au 9 mars
10	13 mars au 9 avril	11 mars au 7 avril	10 mars au 6 avril
11	10 avril au 7 mai	8 avril au 5 mai	7 avril au 4 mai
12	8 mai au 4 juin	6 mai au 2 juin	5 mai au 1er juin
13	5 juin au 30 juin	3 juin au 30 juin	2 juin au 30 juin
	2025-26	2026-27	2027-28
1	1er juillet au 27 juillet	1er juillet au 26 juillet	1er juillet au 1er août
2	28 juillet au 24 août	27 juillet au 23 août	2 août au 29 août
3	25 août au 21 septembre	24 août au 20 septembre	30 août au 26 septembre
4	22 septembre au 19 octobre	21 septembre au 18 octobre	27 septembre au 24 octobre
5	20 octobre au 16 novembre	19 octobre au 15 novembre	25 octobre au 21 novembre
6	17 novembre au 14 décembre	16 novembre au 13 décembre	22 novembre au 19 décembre
7	15 décembre au 11 janvier	14 décembre au 10 janvier	20 décembre au 16 janvier
8	12 janvier au 8 février	11 janvier au 7 février	17 janvier au 13 février
9	9 février au 8 mars	8 février au 7 mars	14 février au 12 mars
10	9 mars au 5 avril	8 mars au 4 avril	13 mars au 9 avril
11	6 avril au 3 mai	5 avril au 2 mai	10 avril au 7 mai
12	4 mai au 31 mai	3 mai au 30 mai	8 mai au 4 juin
13	1er juin au 30 juin	31 mai au 30 juin	5 juin au 30 juin

	2028-29	2029-30
1	1er juillet au 30 juillet	1er juillet au 29 juillet
2	31 juillet au 27 août	30 juillet au 26 août
3	28 août au 24 septembre	27 août au 23 septembre
4	25 septembre au 22 octobre	24 septembre au 21 octobre
5	23 octobre au 19 novembre	22 octobre au 18 novembre
6	20 novembre au 17 décembre	19 novembre au 16 décembre
7	18 décembre au 14 janvier	17 décembre au 13 janvier
8	15 janvier au 11 février	14 janvier au 10 février
9	12 février au 11 mars	11 février au 10 mars
10	12 mars au 8 avril	11 mars au 7 avril
11	9 avril au 6 mai	8 avril au 5 mai
12	7 mai au 3 juin	6 mai au 2 juin
13	4 juin au 30 juin	3 juin au 30 juin

DEMANDE DE STAGE EN MILIEU NON AGRÉÉ



Collège des médecins du Québec
Direction des études médicales
2170 boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : 514-933-4441
Télécopieur : 514-933-5167

CANDIDAT

No résident : R- _____ Nom : _____ Prénom : _____
Niveau : R1 R2 R3 R4 R5 R6 R7 R8
Université : Laval McGill Montréal Sherbrooke
Programme : _____

MILIEU D'ACCUEIL (MILIEU NON AGRÉÉ)

Nom du milieu (université, établissement ou autre) : _____
Stage : _____
Date de début : _____ Date de fin : _____

STAGE

Objectifs du stage :

Une description du stage et des objectifs spécifiques a été déposée au bureau des études médicales postdoctorales de l'Université (Note : documents disponibles sur demande de la Direction des études médicales du CMQ) Oui Non

Il s'agit d'un stage hors Québec et à titre de responsables universitaires, nous confirmons que ce stage est peu ou pas disponible au Québec Oui Non Non applicable

Commentaires :

Nombre de mois de stages déjà faits dans un milieu non agréé à l'exclusion de ceux visés par cette demande : _____

APPROBATION DU STAGE PAR LE PROGRAMME ET LA FACULTÉ

Signature : _____ Date : _____
Direction du programme

Signature : _____ Date : _____
Vice-doyen

À L'USAGE DU CMQ

Stage peu ou pas disponible au Québec Oui Non Non applicable

Approuvé Refusé
Signature : _____ Date : _____
Direction des études médicales

**LA FICHE D'ÉVALUATION ÉLECTRONIQUE
GUIDE DES DIRECTEURS DE PROGRAMME**

Description

Application web permettant la gestion des évaluations des stages à la résidence :

- Évaluation en ligne des stages
- Préparation des comités d'évaluation
- Accès par les résidents à leurs évaluations et fiches complémentaires

Personnes concernées :

- Directeurs de programme
- Membres du comité d'évaluation
- Résidents
- Secrétaires (hospitalière)
- TGDE (Université)
- Évaluateurs
- Responsables de l'évaluation

Interface visuelle

- Facile et simple à naviguer
- Indicateurs visuels
- Possibilité de connaître le statut d'une évaluation en un coup d'œil (signatures)
- Permet de voir les dossiers «problèmes»
- Possibilité d'effectuer des tris

Processus

1. Un courriel est transmis aux secrétaires désignées à cette fin dans les établissements 2 à 3 semaines avant la fin de la période d'évaluation
2. La secrétaire imprime et distribue les fiches aux évaluateurs
3. Les évaluateurs complètent l'évaluation (format papier)
4. Le responsable de stage compile les fiches des différents évaluateurs, si nécessaire
5. Le résultat de l'évaluation et le nom du responsable sont saisis en ligne par la secrétaire (le responsable n'a pas à signer la fiche électronique)
6. La secrétaire imprime l'évaluation et la remet au responsable de stage
7. Le responsable de stage discute de l'évaluation avec le résident

8. Le résident appose sa signature électronique (en présence de la secrétaire, si le stage n'est pas terminé)
9. Le directeur de programme planifie le comité d'évaluation
10. Les membres du comité d'évaluation prennent connaissance des dossiers via le site web, avant la réunion
11. Le Comité d'évaluation du programme étudie les dossiers et le président du Comité, le directeur du programme ou la TGDE saisit la décision finale
12. Le président du comité d'évaluation appose sa signature électronique.

Signatures

- Pour signer, le résident doit posséder son UNIP de l'Université de Montréal (www.etudes.umontreal.ca/dossier/unip.html)
- Les résidents des universités autres que l'UdeM ne peuvent apposer leur signature électronique car ils n'ont pas accès au UNIP de l'UdeM
- Le résident ne peut pas signer si le nom de l'évaluateur n'a pas été saisi
- Le résident peut signer en présence de la secrétaire ou accéder au système via le site web pour signer plus tard
- L'évaluation n'est disponible qu'à partir du lendemain de la période d'évaluation
- Un courriel est transmis aux résidents indiquant que leur fiche doit être signée (adresse @umontreal.ca obligatoire pour tous les résidents de l'UdeM)

Ententes interuniversitaires

- Signature électronique du résident impossible
- La secrétaire doit :
 - imprimer la fiche d'évaluation une fois les données saisies
 - la faire signer par le résident
 - la transmettre à l'université par courrier

Stages dans d'autres milieux

- Seul l'établissement principal peut saisir le résultat de l'évaluation
- Milieux satellites: envoyer l'évaluation par fax au centre principal
- Milieux en région (certains) et non agréés : conserver la méthode actuelle

Autres particularités

- Une fois que le résident a apposé sa signature électronique sur la fiche, elle n'est plus modifiable
- Tous les critères obligatoires doivent être saisis sinon impossible de sauvegarder
- Assure que l'évaluation est complète
- Possibilité d'avoir une fiche d'évaluation personnalisée pour un stage donné

Le Comité d'évaluation

- Possibilité de planifier les comités d'évaluations
- Sélection des dossiers par le président du comité
- Sélection par le directeur de programme ou le président du comité d'évaluation des membres qui auront accès au système
 - Professeurs
 - Résident
- Courriels transmis aux membres pour leur transmettre les détails sur le comité
- Possibilité d'ajouter sur la fiche électronique des commentaires qui pourront entre autres, servir au procès-verbal

Soutien technique

En cas de problème, n'hésitez pas à écrire à :

soutien-dev@meddir.umontreal.ca

GUIDE UTILISATEUR

(Directeur de programme)

Système d'Évaluation de Stage en Résidence
(SESR)

Dernière modification
2007-03-27

Table des matières

Introduction.....	3
Accès à l'application.....	4
Page d'accueil.....	5
<i>Pour continuer</i>	5
Liste des évaluations.....	6
<i>Procédure d'impression :</i>	6
Fiche d'évaluation.....	7
Recherche par résident.....	9
<i>Procédure de recherche :</i>	9
Définition des réunions.....	10
<i>Ajout/Modification d'une réunion :</i>	11
Visualisation des réunions.....	12
Membres du comité.....	13
<i>Procédure d'ajout de membres :</i>	13

Introduction

Ce document est destiné aux directeurs de programme et a pour objectif d'expliquer les différentes fonctionnalités du Système d'évaluation de stage en résidence (SESR) de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il s'agit d'un portail qui permet de faire la gestion des évaluations de stage des résidents. En tant que directeur, il est possible d'attribuer les résultats aux évaluations et d'apposer la signature du comité d'évaluation. De plus, il permet de faire la gestion des membres et des réunions du comité de programme.

Les pages qui suivent présentent des exemples et des détails sur l'utilisation des plusieurs options offertes par l'application.

Accès à l'application

Pour pouvoir accéder à l'application, vous devez avoir un compte d'utilisateur de l'Université de Montréal. Si vous n'en possédez pas, demandez à l'unité avec laquelle vous collaborez de vous créer un compte d'invité.

Pour accéder l'application « SESR », vous n'avez qu'à effectuer les étapes suivantes :

1. Ouvrir votre fureteur.
2. Par votre fureteur vous pourrez accéder à l'application directement via l'adresse URL: <https://www.portailmed.umontreal.ca/sesr>
3. Une demande d'authentification apparaîtra, similaire à la figure ci-bas.
4. Inscrivez votre code d'identification de l'Université de Montréal ainsi que votre UNIP (i.e. : mot de passe).

The screenshot shows the authentication page for the 'Mon portail UdeM' application. At the top, there is a navigation bar with links for 'Répertoires', 'Facultés', 'Bibliothèques', 'Plan campus', 'Sites A-Z', and 'Mon portail UdeM'. The University of Montreal logo is on the left, and a search bar is on the right. The main heading is 'Authentification'. Below this, there are two input fields: 'Code d'identification' and 'UNIP / mot de passe'. The 'Code d'identification' field has a placeholder text: 'Entrez votre code permanent, votre numéro d'employé ou votre code d'accès (login) DGTIC.'. The 'UNIP / mot de passe' field has a placeholder text: 'Entrez votre UNIP ou votre mot de passe SIM. Détails >>>'. A 'Valider' button is located below the second field. To the right of the input fields, there are links for 'Sécurité dans un lieu public', 'Politique de confidentialité', and 'UNIP' with sub-links 'Obtenir', 'Oublié', and 'Modifier'. A red 'Attention!' message is displayed: 'Veuillez fermer toutes les fenêtres du fureteur à la fin de votre session de travail afin d'assurer la confidentialité de votre dossier personnel.'. At the bottom, there is a navigation menu with links: 'À propos de Mon portail UdeM', 'Mode d'utilisation', 'Questions et réponses', 'Commentaires et suggestions', and 'Aide'. A footer note states: 'Ce site fonctionne avec les fureteurs MS Explorer (version 6.0 +), Netscape (version 6.0 +) et Firefox sur Windows, et avec le fureteur Firefox sur Mac OS. Notez que "Mon portail UdeM" ne fonctionne pas avec le fureteur Safari.'

Page d'accueil

Après la connexion, vous êtes redirigé vers la page d'accueil (figure1). Elle vous permet de choisir l'année à consulter et s'il y a lieu, un programme.

Utilisateur : VotreLogin | Rôle : Directeur de programme | Programme : Radiologie Diagnostique | Année : 2006 - 2007 | [Accueil](#) | [Quitter](#)

Université de Montréal Faculté de médecine
SESR : Système d'Évaluation de Stages à la Résidence

SESR

Bienvenue sur le SESR, VotreNom, VotrePrenom.
Bonne visite.

Choisissez l'année active : 2006 - 2007 ▼

Pour toutes questions, suggestions et commentaires, n'hésitez pas à vous adresser aux webmasters.
Ce site est idéalement vue dans une résolution 1024 X 768 pixels et plus.

(Figure 1)

Pour continuer

1. Sélectionner un programme (s'il y a lieu)
2. Sélectionner l'année à consulter.
3. Appuyez sur « Continuer »

La barre d'état

Dans le haut de la page, il y a deux hyperliens. Le premier vous permet de revenir à l'accueil et le second de quitter le système. De plus, il y a certaines informations relatives à votre profil, soit :

- L'année en cour
- Votre login
- Votre rôle
- Votre programme

Liste des évaluations

Cette page permet de visualiser, la liste des évaluations de stage ayant lieu dans vos établissements (figure2). Une légende vous indique la signification des images présentes dans la page.

Évaluations **Comité d'évaluation**

Liste des évaluations

Liste
Rechercher

Légende :

- ✓ : Les crochets indiquent si l'évaluateur (É), le résident (R) et/ou le comité (C) ont signé l'évaluation.
- ✓ : Les crochets jaunes indiquent que l'évaluation a été remplie, mais que l'évaluateur n'a pas encore signé.
- ✓ : Les crochets bleus indiquent qu'une réunion du comité est prévue pour l'évaluation.
- 🚩 : Les drapeaux rouges sont levés quand une note inférieure et/ou insuffisante a été attribuée dans cette évaluation.
- 📄 : Vous pouvez cocher les cases pour sélectionner les évaluations à imprimer.
- 🔍 : Cliquez sur le dossier pour consulter une évaluation plus en détails.
- 🏠 : Un dossier bleu indique que le résident provient d'une autre université, il ne peut pas signer électroniquement l'évaluation.

Établissement : Tous **A**

Filtre d'échéances : Aucun filtre

Établissement	Stage	Nom, Prénom	Code permanent	Date de début	Date de fin	Programme d'attache	Programme receveur	É	R	C	🚩	📄	🏠
CHU SAINTE-JUSTINE	ALLRCL	Abdallah, Amer	ABDA14087004	2007-02-12 (1)	2006-11-19 (5)	Radiologie Diagnostique	Médecine - Allergie	✓	✓	✓	🚩	📄	🏠
CHU SAINTE-JUSTINE	ALLCON	Abbasi Baharanchi, Gholamreza	ABBG21035906	2007-02-12 (1)	2006-12-17 (6)	Radiologie Diagnostique	Médecine - Allergie	✓	✓	✓		📄	🏠
CHU SAINTE-JUSTINE	ALLCON	ALAILY, HANA	ALAH05516101	2007-02-12 (1)	2007-01-14 (7)	Radiologie Diagnostique	Médecine - Allergie	✓				📄	🏠
HOPITAL NOTRE-DAME DU CHUM	RADRES	Trudel, Jean Sébastien	TRUJ04127008	2002-07-01 (1)	2007-02-14 (10)	Radiologie Diagnostique	Radiologie Diagnostique	✓	✓	✓	🚩	📄	🏠
CHU SAINTE-JUSTINE	PDTAMB	Weidner, Marie-France	WEIM14627204	2002-11-18 (6)	2007-02-14 (10)	Radiologie Diagnostique	Pédiatrie - Tronc Commun					📄	🏠

Cochez les cases des évaluations désirées et cliquez ensuite sur le bouton pour imprimer.

Imprimer

(figure2)

A → Des listes déroulantes permettent de filtrer les évaluations par établissement et/ou par échéance afin de faciliter la recherche.

B → Il est possible de consulter la liste de toutes les évaluations d'un résident en sélectionnant son code permanent dans la liste.

C → La liste comprend aussi l'état de l'évaluation.

- ✓ (Vert): L'évaluateur (É), résident (R), comité (C) a signé l'évaluation.
- ✓ (Jaune): L'évaluation est remplie, mais n'est pas signée.
- ✓ (Bleu): Une réunion du comité est prévue pour cette évaluation.
- 🚩 : Une note inférieure et/ou insuffisante a été attribuée à l'évaluation.

D → Pour imprimer et consulter des évaluations :

- 📄 : Sélectionner l'évaluation pour l'impression
- 🏠 (Jaune): Permet de consulter une évaluation.
- 🏠 (Bleu): Indique un résident qui provient d'une autre université, il ne peut signer l'évaluation.

Procédure d'impression :

1. Sélectionner les évaluations désirées en cochant les cases de la colonne (📄)
2. Appuyer sur « Imprimer »
3. Un fichier PDF est généré avec les évaluations sélectionnées

Fiche d'évaluation

SESR - Évaluations - Évaluation Fermer X

Code permanent : ABD414087004 **Matricule :** V8K6 **Émise le :** 2006-09-08
Nom : Abdallah **Prénom(s) :** Amer **Niveau :** R0
Programme : Radiologie **Option :** Radiologie Diagnostique **Année du programme :** 3
Stage : Rech.clinique En Allerg.-imm. **Période 1-5 du :** 2007-02-12 au 2006-11-19
Département : Médecine **Date de réunion du comité :** 2007-07-31

Hôpital(aux) : CENTRE HOSPITALIER UNIVERSTAIRA SAINTE-JUSTINE 88980 CANADA INC. HOPITAL NOTRE-DAME DU CHUM

Maîtrise des compétences				Commentaires	
No	Nom	N/A	Dépasse		
Professionalisme					
1	Sens des responsabilités		○	<p>Article 119 du code de déontologie du Collège des médecins du Québec : Le médecin doit signaler au Collège tout médecin, étudiant, résident ou moniteur en médecine ou toute personne autorisée à exercer la médecine qu'il croit inapte à l'exercice, incompetent, malhonnête ou ayant posé des actes en contrevenant des dispositions du Code des professions, de la Loi médicale ou des règlements adoptés en vertu de ceux-ci. Le médecin doit en outre chercher à venir en aide à un collègue présentant un problème de santé susceptible de porter atteinte à la qualité de son exercice.</p> <p>N.B. Dans les cas de manque à l'éthique, d'abus d'alcool, d'usage de drogues ou de problèmes de santé psychique ou physique, vous êtes tenu d'adresser un rapport confidentiel au secrétaire du Collège des médecins du Québec, au vice-doyen aux études médicales postdoctorales, au directeur de programme et au directeur des services professionnels du centre hospitalier.</p> <p>Points forts, améliorations souhaitées :</p>	
2	Respect et honnêteté dans ses rapports professionnels		○		
3	Empathie envers ses patients	○			
4	Capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique		○		
5	Capacité d'autocritique		○		
Expertise					
6	Connaissances cliniques		○		
7	Connaissances fondamentales		○		
8	Anamnèse organisée, dirigée et pertinente		○		
9	Maîtrise des gestes d'examen physique appropriés		○		
10	Formulation du problème à partir des données cliniques et paracliniques	○			
11	Élaboration d'hypothèse diagnostique appropriées		○		
12	Formulation et justification des conduites à tenir		○		
13	Élaboration d'un plan de suivi approprié	○			
14	Identification et prise en charge des urgences		○		
15	Habilités techniques	○			
16	Compréhension de l'image (nature, formation)		○		
17	Habilités de détection	○			
18	Interprétation des images et diagnostic différentiel		○		
19	Synthèse (radiologique/clinique)	○			
Communication					
20	Habilités de communication : patients, familles, professionnels de la santé		○		
21	Documentation écrite utile et pertinente (rapports de procédures)	○			
Collaboration					
22	Consultation efficace et collaboration avec les autres équipes médicales		○		
23	Collaborations constructives lors du travail interdisciplinaire		○		
Gestion					
24	Organisation du travail clinique		○		
25	Utilisation judicieuse des ressources dans les soins de ses patients	○			
Promotion de la santé					
26	Intégration des concepts de médecine préventive aux conduites à tenir	○			
27	Capacité d'enseignement au patient des principes de promotion de la santé		○		
Érudition					
28	Motivation et autonomie à lire, questionner et apprendre		○		
29	Capacité d'évaluation critique de la littérature et des enseignements		○		
30	Contribution académique et à l'enseignement		○		
Absences					
31	Nombre de jours d'absences	1			

Comité d'évaluation du programme

Décision :

Succès

Échec

Reprise

Inférieure aux attentes

Exclusion

_____ 2007-03-26
 (Signature) (AAAA-MM-JJ)
 (Date)

Ajouter une note

A

B

Évaluation complétée par :
 NomDuResponsable 2007-02-13
 (Signature) (AAAA-MM-JJ)
 (Date)

Résident :

J'ai pris connaissance de cette fiche

J'en ai discuté avec l'évaluateur D'accord

Je n'en ai pas discuté avec l'évaluateur Pas d'accord

Signature : _____ (AAAA-MM-JJ)
 (Date)

* Le résident qui souhaite contester un échec de stage doit en faire la demande par écrit au vice-doyen aux études médicales postdoctorales, dans les 10 (dix) jours suivant la prise de connaissance de cet échec.

Sauvegarder Imprimer

(figure3)

A → Lorsque vous consultez une évaluation (figure3) vous pouvez saisir le résultat et apposer la signature du comité. Si le comité n'a pas prévu de réunion pour l'évaluation, il ne sera pas permis de saisir ces informations.

B → Vous pouvez ajouter des notes au dossier du résident (figure4) pour effectuer un suivi de stage.

The screenshot shows a web application window titled "Dossier du Résident" with a "Fermer X" button in the top right corner. Below the title bar, a blue message states "La note à été ajouté avec succès". Underneath, it says "Dossier de stage de : HANA ALAILY". A table with two columns, "Date" and "Note", lists several entries. Each row has a red minus button in the right margin. Below the table is a large empty text input field with a vertical scrollbar on the right, and a button labeled "Ajouter la note au dossier" centered below it.

Date	Note	
2007-03-26 12:26:22	Entrez une note	⊖
2007-03-26 12:26:47	On entre d'autres notes pour faire un suivit du stage du résident.	⊖
2007-03-26 12:27:29	Note	⊖
2007-03-26 12:27:40	Note 2	⊖
2007-03-26 12:27:47	Note 3	⊖

(figure4)

Il suffit de saisir la note dans le champ de texte et d'appuyer sur le bouton : « Ajouter la note au dossier ».

Lorsqu'on ajoute une note, la date et l'heure de l'ajout sont enregistrées.

Les boutons ⊖ permettent de supprimer les notes.

Recherche par résident

Cette section permet de retrouver facilement les évaluations d'un résident à l'aide de son *Nom*, son *Prénom* ou de son *Code permanent*. Pour visionner les évaluations du résident, appuyez sur le crochet (✓). (figure5)

The screenshot shows a web interface for searching residents. At the top, there are tabs for 'Évaluations' and 'Comité d'évaluation'. Below them is a search bar with the text 'Recherche d'évaluations par résident'. A search input field contains 'élisabeth' and a 'Rechercher' button is next to it. Below the search bar, a table lists 14 residents with columns for 'Nom', 'Prénom', and 'Code Permanent'. Each row has a blue checkmark in the rightmost column, indicating that evaluations are available for that resident. The total number of results is 14.

Nom	Prénom	Code Permanent	✓
AZUELOS	ELISABETH	AZUE15546609	✓
Boileau	Élisabeth	BOIE11538100	✓
CHENIER	ELISABETH	CHEE05516909	✓
Côté	Élisabeth	COTE20557403	✓
Crisdi	Élisabeth	CRIE19577306	✓
HARTON	ELISABETH	HARE24626804	✓
KNAFO	ELISABETH	KNAE24566500	✓
KOUNDE	ELISABETH	KOUE24595305	✓
Lajoie	Élisabeth	LAJE27547402	✓
Lamarre	Élisabeth	LAME03557908	✓
Ledoux	Élisabeth	LEDE29517300	✓
Ling	Élisabeth	LINE03527204	✓
ROBITAILLE	ELISABETH	ROBE26536508	✓
Tanguay	Élisabeth	TANE07568206	✓

Total de 14 résultats.

(figure5)

Procédure de recherche :

1. Saisir le critère de recherche dans le champ de texte
2. Appuyer sur « Rechercher »
3. Sélectionner le résident

Définition des réunions

Dans cette page (figure6a), il est possible de déterminer le contenu ainsi que la date des réunions du comité de programme. Une note peut aussi être associée aux réunions afin d'expliquer certains détails à retenir sur la rencontre.

Évaluations Comité d'évaluation

Définition du contenu

Définir contenu

Visualiser contenu Membres

Légende :

- ✓ : Les crochets indiquent si le résident (R) a signé l'évaluation.
- 🚩 : Les drapeaux rouges sont levés quand une note inférieure et/ou insuffisante a été attribué dans cette évaluation.
- 📁 : Cliquez sur le dossier pour consulter une évaluation plus en détails.
- 👤 : Un dossier bleu indique que le résident provient d'une autre université, il ne peut pas signer électroniquement l'évaluation.
- ⚠️ : La colonne permet d'indiquer un avertissement sur cette évaluation, pour lui porter une attention particulière.
- ☑️ : Vous pouvez sélectionner des évaluations à l'aide de la case à cocher pour ensuite les ajouter à une réunion en cliquant sur le bouton.

Saisir une date de réunion ou sélectionner une date de réunion existante : 2006-08-08 **A**

Évaluations associées à cette réunion

Nom, Prénom	Code permanent	Établissement	Stage
Gorgos, Andrei-Bogdan	GORA02037703	CHU SAINTE-JUSTINE	RADPDT

B

Nom, Prénom	Code permanent	Établissement	Stage	Programme d'attache	Programme receveur	Date de début	Date de fin	R	🚩	📁	⚠️	☑️
ALAILY, HANA	ALAH05516101	CHU SAINTE-JUSTINE	ALLCON	Radiologie Diagnostique	Médecine - Allergie	2007-02-12 (1)	2007-01-14 (7)					
Morin, Louis-Philippe	MORL04117408	INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTREAL	ANRCCA	Radiologie Diagnostique	Anesthésiologie	2007-01-10 (10)	2007-02-14 (10)					

C

Ajout d'une note

Notes :

Ajouter les évaluations à la réunion

(figure6a)

A → La liste déroulante permet de sélectionner une réunion déjà existante ou de saisir la date d'une nouvelle réunion. Si une date est sélectionnée, une liste apparaît contenant les évaluations qui seront traitées lors de la réunion en question.

B → Pour sélectionner des évaluations :

- ⚠️ : Sélectionner l'évaluation en y ajoutant un avertissement.
- ☑️ : Sélectionner l'évaluation.

C → Lorsque les évaluations désirées ont été sélectionnées et que la date de la réunion a été déterminée (ou saisie), vous pouvez ajouter une note (facultatif) et appuyer sur le bouton du bas pour sauvegarder la réunion.

Lorsque vous enregistrez une nouvelle réunion ou que vous modifiez une réunion existante, une demande de confirmation est affichée. La fenêtre de confirmation contient la liste des membres du comité (figure6a). Si la modification est confirmée, un courriel sera envoyé à tous les membres pour les aviser de la date de la réunion.

Réunion des membres du comité Fermer X

Les membres du comité de programme recevront un courriel leur indiquant la date de cette réunions.

Membres :

Nom, Prénom	Courriel
Simoneau, Roger	
Gutkowska, Jolanta	
Audet, Pascale	
Azar, Rani	
Brain, Marie-Laure	
Piché, Nelson	
Tremblay, Pierre	
Louis, Vallee	louis-philippe.vallee@umontreal.ca

Confirmer l'enregistrement de cette réunion ?

(figure6b)

Ajout/Modification d'une réunion :

1. Saisir ou choisir la date dans la liste déroulante.
2. Sélectionner les évaluations qui feront l'objet de la rencontre.
3. Saisir une note (facultatif)
4. Appuyer sur le bouton « Ajouter les évaluations » ou « Créer la réunion »
5. Confirmer pour l'envoi de courriel aux membres du comité

Visualisation des réunions

Cette page (figure7) permet de visualiser le contenu des réunions du comité de programme. Elle sert à ajouter certains commentaires à la réunion ou à enlever des évaluations à la réunion.

The screenshot shows a web interface for 'Évaluations' (Evaluations) under the 'Comité d'évaluation' (Evaluation Committee) tab. On the left, there is a sidebar with options: 'Définir contenu', 'Visualiser contenu', and 'Membres'. The main area contains a 'Légende' (Legend) with five items explaining icons: a green checkmark for signatures, a red flag for low scores, a yellow warning triangle for attention, a blue folder for details, and a red minus sign for removal. Below the legend is a dropdown menu for 'Dates de réunions' (Meeting dates) set to '2006-08-08', marked with a red 'A'. The main content is a table with columns: 'Nom, Prénom', 'Code permanent', 'Établissement', 'Stage', 'R', 'C', and a set of action icons marked with a red 'B'. The table lists three evaluations. Below the table is a 'Notes' field with a text area and a 'Supprimer la réunion' (Delete meeting) button marked with a red 'C', and a 'Mettre à jour' (Update) button.

Nom, Prénom	Code permanent	Établissement	Stage	R	C	Icons
ALAILY, HANA	ALAH05516101	CHU SAINTE-JUSTINE	ALLCON			[Red Flag] [Yellow Warning] [Blue Folder] [Red Minus]
Gorgos, Andrei-Bogdan	GORA02037703	CHU SAINTE-JUSTINE	RADPDT	✓		[Red Flag] [Yellow Warning] [Blue Folder] [Red Minus]
Trudel, Jean Sébastien	TRUJ04127008	HOPITAL NOTRE-DAME DU CHUM	RADRES		✓	[Red Flag] [Yellow Warning] [Blue Folder] [Red Minus]

(figure7)

A → La liste déroulante permet de sélectionner la date de la réunion que l'on désire consulter. Une fois la date choisie, la liste des évaluations ainsi que la note associée à la réunion sont affichées.

B → Les informations affichées sont sensiblement les mêmes que lorsque l'on consulte la liste des évaluations. Les options supplémentaires sont :

- 🚩 : Ajouter un avertissement à l'évaluation.
- 🚫 (Rouge): Enlever l'évaluation de la réunion.
- 🗑️ (Gris) : L'évaluation a été signée par le comité, elle ne peut pas être enlevée.

C → Si les notes sur la réunion ont été modifiées, les changements seront sauvegardés en appuyant sur le bouton « Mettre à jour ». Un autre bouton vous permet aussi de supprimer la réunion.

Membres du comité

Dans cette section, il est possible de déterminer les membres du comité d'évaluation de votre programme. Elle contient la liste de tous les enseignants et tous les résidents du programme. La liste de située à droite affiche le président et les membres qui forment le comité.

The screenshot shows a web interface for 'Radiologie Diagnostique - Membres'. It features three columns: 'Enseignants', 'Résidents', and 'Comité'. Each column has a table with names and checkboxes. The 'Comité' column is highlighted with a red box and contains a green right-pointing arrow icon above the first row (Tremblay, Pierre) and a red left-pointing arrow icon above the second row (Audet, Pascale).


Enseignants		Résidents		Comité	
Nom, Prénom		Nom, Prénom		Nom, Prénom	
Azar, Antoine	<input type="checkbox"/>	AAD, IMAD	<input type="checkbox"/>	Tremblay, Pierre	<input checked="" type="checkbox"/>
Bachand, Robert	<input type="checkbox"/>	Abaub, Ahmed	<input type="checkbox"/>	Audet, Pascale	<input type="checkbox"/>
Beaunoyer, Mona	<input type="checkbox"/>	ABBA HAMIDOU, AMINA	<input type="checkbox"/>	Azar, Rani	<input type="checkbox"/>
Boileau, Paul André	<input type="checkbox"/>	ABBASI, ABDUL HAFEEZ	<input type="checkbox"/>	Brain, Marie-Laure	<input type="checkbox"/>
Boulay, Léo	<input type="checkbox"/>	Abbasi Baharanchi, Gholamreza	<input type="checkbox"/>	Gutkowska, Jolanta	<input type="checkbox"/>
Bovo, Michel	<input type="checkbox"/>	Abd Elmoneim, Hazem	<input type="checkbox"/>	Piché, Nelson	<input type="checkbox"/>
Breault, Annie	<input type="checkbox"/>	Abdallah, Amer	<input type="checkbox"/>	Simoneau, Roger	<input type="checkbox"/>
Cadieux, Roger	<input type="checkbox"/>	Abdel-Baki, Amal	<input type="checkbox"/>		
Carmona, Euridice	<input type="checkbox"/>	Abdelnour, Dona	<input type="checkbox"/>		
Cartier, André	<input type="checkbox"/>	Abel, Julie	<input type="checkbox"/>		

Procédure d'ajout de membres :


1. Sélectionnez (cases à cocher) les noms des enseignants et/ou des résidents à ajouter.
2. Appuyer sur la flèche du haut (→)
3. Les nouveaux membres sont maintenant ajoutés au comité.

Dans la liste des membres, le président est le premier de la liste. Vous pouvez sélectionner les membres et appuyer sur la flèche du bas (←) pour les retirer du comité.

Signification des symboles :

 : Pour indiquer le membre comme président du comité.

 : Indique le président du comité.

 : Ajouter les enseignants/résidents au comité.

 : Retirer les membres du comité.

ÉVALUATIONS ÉLECTRONIQUES : SIGNATURE DU RÉSIDENT

Pour signer une évaluation en présence de la secrétaire hospitalière, tous les résidents de l'université de Montréal doivent connaître leur UNIP.

Qu'est-ce que le UNIP?

Le UNIP est un numéro d'identification personnel qui sert à effectuer des transactions électroniques, sur un serveur sécurisé, notamment en ce qui a trait à l'admission, le dossier ou l'inscription d'un étudiant.

Comment obtenir un UNIP?

1. Le Registrariat attribue un UNIP provisoire au candidat qui a complété une demande d'admission en ligne, à la personne admise dans un programme ou à celle qui s'inscrit à des cours en tant qu'étudiant libre.
2. L'UNIP est acheminé au candidat par la poste ou par courriel si une adresse électronique a été fournie lors de la demande d'admission.

Dans le cas où le résident a oublié son UNIP, il faut qu'il consulte la page suivante :

<https://identification.umontreal.ca/MDP/AutoAttributionMDP.aspx>

Pour plus d'informations sur l'UNIP consulter la page :

<http://www.etudes.umontreal.ca/dossier/unip.html>

Comment le résident appose-t-il sa signature?

1. Accéder à l'application SESR : <https://www.portailmed.umontreal.ca/SESR>
2. Accéder à l'évaluation concernée
3. Demander au résident de:

Résident :

J'ai pris connaissance de cette fiche

J'en ai discuté avec l'évaluateur

Je n'en ai pas discuté avec l'évaluateur

D'accord

Pas d'accord

SECTION 1

Mot de passe (UNIP) :

2007-04-01
(AAAA-MM-JJ)
.....(Date).....

SECTION 2

* Le résident qui souhaite contester un échec de stage doit en faire la demande par écrit au vice-doyen aux études médicales postdoctorales, dans les 10 (dix) jours suivant la prise de connaissance de cet échec.

Sauvegarder Imprimer

SOUMETTRE

- a. Saisir les informations de la section 1
- b. Saisir son UNIP dans la section 2
- c. Soumettre sa signature en cliquant sur le bouton *Sauvegarder*

Pour rediriger votre adresse courriel

1. Allez sur le site de l'Université : <http://www.umontreal.ca/> et sélectionnez « Mon portail UdeM » en haut à droite
2. Entrez votre code d'identification et votre UNIP
3. Sélectionnez « Profil DGTIC » à gauche dans le deuxième carré à partir du bas
4. Entrez à nouveau votre code d'identification et votre UNIP
5. Sélectionnez « Courriel »
6. À la rubrique « Acheminement du courriel », cochez : « [Une adresse de courriel personnelle que vous avez déjà ailleurs:](#) » et entrez votre adresse courriel préférée.
7. Cliquez sur « Enregistrez votre choix »
8. Fermez la fenêtre et quittez votre portail en sélectionnant « Quitter » en haut à droite puis « Fermer » pour fermer votre navigateur en toute sécurité.
9. Pour vérifier si tout est en ordre, envoyez-vous un courriel d'essai à votre adresse @umontreal.ca et vous devriez le recevoir à l'adresse préférée que vous avez indiqué.

Vous ne connaissez pas votre UNIP?

Pour les professeurs ayant un statut universitaire

Il faut faire une demande à l'adresse suivante :
<http://www.drh.umontreal.ca/nouv/unip.html>

N.B. : Pour faire cette demande, vous devez connaître votre numéro d'employé (matricule) de l'université.

Pour les résidents

Consulter le site web du Guichet étudiant :
<http://www.etudes.umontreal.ca/dossier/unipPerte.html>

Code permanent
Nom
Programme
Stage
Hôpital

Matricule
Prénom(s)
Option
Période du
Département

Émise le
Niveau
Année du
au

MAÎTRISE DES COMPÉTENCES

	(verso) N/A ou non évaluée*	Conforme aux attentes*	Inférieure aux attentes*	Insuffisante*
1. Professionnalisme : Le résident est un professionnel				
1- Sens des responsabilités				
2- Respect et honnêteté dans ses rapports professionnels				
3- Empathie envers ses patients				
4- Capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique				
5- Capacité d'autocritique				
2. Expertise : Le résident est un clinicien compétent et efficace				
6- Connaissances des sciences fondamentales				
7- Connaissances des sciences cliniques				
8- Recueil des données, organisation et pertinence				
9- Maîtrise des gestes d'examen physique appropriés				
10- Interprétation des données				
11- Décisions appropriées				
12- Application de la méthode clinique centrée sur le patient				
13- Organisation du travail				
14- Efficacité dans les cas d'urgence et aigus				
15- Efficacité dans les cas chroniques et indifférenciés				
16- Habiletés techniques				
17- Garde spécifique				
18-				
19-				
20-				
21-				
3. Le résident est une ressource pour ses patients : le résident est érudit				
22- Continuité des soins				
23- Curiosité scientifique et autonomie dans l'apprentissage				
24- Connaissance & application des principes de l'éval. critique de la littérature				
25- Contribution académique				
26- Contribution à l'enseignement				
27- Discipline et ponctualité				
4. Relation médecin-patient, essence de la médecine familiale: le résident est un bon communicateur				
28- Habiletés de communication				
29- Documentation écrite utile et pertinente				
5. Médecine familiale est communautaire : résident promoteur santé, gestionnaire et collaborateur				
30- Utilisation appropriée des ressources				
31- Habiletés au travail interdisciplinaire				
32- Intégration des concepts de médecine préventive				
Autres				
31-				
32-				
33-				
34-				

35- Inscrivez le nombre de jours d'absences (motivés ET non motivés, excluant les vacances, les jours fériés et lendemains de garde)

Évaluation complétée par :

(S.V.P. en caractère d'imprimerie) _____ (Signature) _____ Date _____

RÉSIDENT : J'ai pris connaissance de cette fiche J'en ai discuté avec le(s) évaluateur(s)
 Je n'en ai pas discuté D'accord Pas d'accord

(Signature) _____ Date _____

Le résident qui souhaite contester un échec de stage doit en faire la demande par écrit au vice-doyen aux études médicales postdoctorales, dans les quinze (15) jours suivant la prise de connaissance de cet échec.

COMMENTAIRES

Article 119 du Code de déontologie du Collège des médecins du Québec : Le médecin doit signaler au Collège tout médecin, étudiant, résident ou moniteur en médecine ou toute personne autorisée à exercer la médecine qu'il croit inapte à l'exercice, incompetent, malhonnête ou ayant posé ses actes en contravention des dispositions du Code des professions, de la Loi médicale ou des règlements adoptés en vertu de ceux-ci. Le médecin doit en outre chercher à venir en aide à un collègue présentant un problème de santé susceptible de porter atteinte à la qualité de son exercice.

N.B. Dans les cas de manque à l'éthique, d'abus d'alcool, d'usage de drogues ou de problèmes de santé psychique ou physique, vous êtes tenu d'adresser un rapport confidentiel au secrétaire du Collège des médecins du Québec, au vice-doyen aux études médicales postdoctorales, au directeur de programme et au directeur des services professionnels du centre hospitalier.

Points forts, améliorations souhaitées :
(Si espace insuffisant, complétez au verso ou par note annexée, qui doivent être également signées par le résident).

Connaissance du français insuffisante

Espace réservé à la Faculté

COMITÉ D'ÉVALUATION DU PROGRAMME

Recommandation : Succès Inférieur aux attentes
 Échec Reprise Exclusion

(Signature) _____ Date _____

Évaluation complétée par

Date

Signature du résident

Date

EXPLICATIONS DES COTES

N/A ou non évaluée : Sera utilisée de façon exceptionnelle dans les situations de stages qui ne permettent pas l'évaluation d'un critère.



: Critères devant obligatoirement être évalués.

Dépasse les attentes : L'étudiant doit être en mesure de démontrer de façon constante une performance bien au-delà des attentes de son niveau de formation, à l'intérieur du stage en cause, par rapport au critère mentionné.

Conforme aux attentes : L'étudiant doit répondre aux exigences spécifiques du stage par rapport au critère mentionné.

Inférieure aux attentes : L'étudiant doit démontrer une faiblesse par rapport au critère mentionné, ce qui le situe en dessous de la performance attendue pour un résident de son niveau.

Insuffisante : Le résident doit démontrer de sérieuses lacunes persistantes par rapport au critère mentionné.

1- Professionnalisme : Le résident est un professionnel

1- *Sens des responsabilités*
Le résident s'acquitte de façon complète des tâches qui lui sont assignées en fonction de son degré de compétence et d'autonomie. Plus spécifiquement, le résident termine son travail et ne s'en décharge pas indûment sur ses autres collègues ou sur ses superviseurs. De plus, dans le contexte de soins continus, il assume les retours d'appels de ses patients, le suivi de labos normaux, et utilise la possibilité de voir un patient en "surplus" dans un contexte de détérioration rapide de son état de santé.

2- *Respect et honnêteté dans ses rapports professionnelles*
Le résident est respectueux dans ses contacts quotidiens autant avec le personnel dérical (secrétaire, archiviste) que professionnel, leur donne crédit pour leur contribution, et ainsi engage leur collaboration.

3- *Empathie envers ses patients*

4- *Capacité d'appliquer les principes éthiques en éthique en clinique*
Le résident démontre son sens moral en se conformant au Code de déontologie dans son comportement et ses décisions médicales. Le résident manifeste un sens aigu de responsabilité, d'altruisme, de dévouement et d'intégrité. Le résident intègre dans la prise de décision clinique les principes de bioéthique pertinents.

5- *Capacité d'autocritique*

2- Expertise : Le résident est un clinicien compétent et efficace

6- *Connaissance des sciences fondamentales*
Le résident possède les connaissances des sciences dites fondamentales (anatomie, immunologie, ...).

7- *Connaissances des sciences cliniques*
Le résident possède les connaissances qui lui permettent d'élaborer un diagnostic différentiel, d'établir un plan de traitement, et de préciser le pronostic (sémiologie, investigation).

8- *Recueil des données, organisation et pertinence*
Le résident recueille toutes les données pertinentes aux problèmes du patient : anamnèse biologique et psychosociale, examen physique et autres sources d'informations pertinentes (laboratoires, radiologie, rapports de consultations, famille, ...).
De plus, le résident démontre déjà à cette étape une organisation de ces données, dans un schéma permettant d'élaborer des hypothèses diagnostiques ("illness script").

9- *Maîtrise des gestes d'examen physique appropriés*
Le résident exécute avec précision les gestes de l'examen physique, de façon appropriée à son recueil des données et ses hypothèses diagnostiques. Il est sensible à la pudeur du patient et ses examens sont faits avec respect et tact.

10- *Interprétation des données*
Le résident interprète les renseignements cliniques et paracliniques et les utilise pour établir le diagnostic différentiel des problèmes du patient. De plus, le résident priorise les problèmes selon leur sévérité, leur urgence, les possibilités thérapeutiques.

11- *Décisions appropriées*
Ce critère juge de la capacité du résident à établir de façon juste un plan d'investigation, de traitement et de suivi adapté à la condition du patient. Le résident doit aussi démontrer une compréhension des besoins du patient et des facteurs pouvant influencer l'observance et affecter la conduite (rapport coût-bénéfice). Finalement, ce critère implique que le résident connaisse ses propres limites d'intervention.

12- *Application de la méthode clinique centrée sur le patient*
Le résident applique efficacement la méthode clinique centrée sur le patient pour bâtir une alliance thérapeutique de qualité.
Une bonne relation se reconnaît chez le résident qui se préoccupe de la souffrance et des malaises du patient et qui intègre la perspective du patient - il démontre une volonté de protéger les intérêts du patient (met de côté ses intérêts personnels) - il associe le patient à la démarche clinique - il accepte de dénouer les impasses de la communication avec le patient - il respecte les valeurs personnelles du patient et démontre de l'ouverture face aux différentes cultures - il expose ses réflexions cliniques pour une décision partagée.

13- *Organisation du travail*
Le résident intègre sa démarche de clinicien peu importe son cadre de travail (v.g. bureau, sans rendez-vous, MAD), de façon efficiente en fonction des problèmes rencontrés et du temps alloué à sa rencontre avec le patient.

14- *Efficacité dans les cas d'urgence et aigus*
Le résident juge rapidement de la situation, établit d'emblée et rapidement les priorités et applique les procédés qui conviennent selon les protocoles scientifiquement reconnus.

15- *Efficacité dans les cas chroniques et indifférenciés*
Le résident prend en charge les cas chroniques de façon continue, en interdisciplinarité au besoin. Du point de vue des cas indifférenciés, il tolère l'incertitude de diagnostic, dose l'investigation et assure le suivi en dépit des résultats pas toujours probants.

16- *Habiletés techniques*
Le résident connaît bien les indications/contre-indications des actes techniques qu'il pose et obtient un consentement éclairé du patient. Lors de la procédure elle-même, il l'exécute avec précision des mouvements, maîtrise des instruments et des appareils et le temps opératoire est minimal pour diminuer les risques d'infection. En fin de procédure, il explique les conseils et les précautions à prendre ainsi que le soin des plaies.

17- *Garde spécifique*
Si une garde est spécifique au stage effectué, des incidents critiques négatifs pourraient amener un échec sur ce critère après investigation appropriée.

3- Le résident est une ressource pour ses patients : le résident est érudit

22- *Continuité des soins*
Le résident est responsable envers son groupe de patients et celui de son milieu de stage (UMF) et autres et en assure le suivi en collaboration avec l'équipe, dans les divers contextes de soins (bureau, hôpital, domicile, hébergement, etc).

23- *Cuniosité scientifique et autonomie dans l'apprentissage*
Le résident démontre de l'autonomie pour compléter ses connaissances et de l'assiduité dans la préparation et la participation aux activités scientifiques prévues à l'horaire de ses stages (journal club, réunions scientifiques).

24- *Connaissances et application de l'analyse critique de la littérature*
Le résident analyse de façon critique la littérature. Il est capable d'appliquer les nouvelles connaissances de façon appropriée et selon les contextes de soins dans le respect des choix des patients.

25- *Contribution académique (travail d'érudition et évaluation de la qualité de l'acte médical)*
Le résident réalise un travail d'érudition et/ou de recherche. Il fait une présentation écrite et orale de ses travaux. Il complète une évaluation de la qualité de l'acte médical selon les critères établis par les organismes d'évaluation.

26- *Contribution à l'enseignement*
Le résident contribue à l'apprentissage de ses collègues dans leur travail clinique et académique dans le respect de ses pairs.

27- *Discipline et ponctualité*
Le résident remplit sa tâche correctement en toute occasion, est ponctuel et disponible, averti d'avance lorsqu'il lui est impossible de respecter un horaire convenu et respecte les règles établies (eg : respect des individus, matériel - propreté des lieux, rangement des instruments, fonctionnement de l'unité).

4- La relation médecin-patient est l'essence de la médecine familiale : le résident est un bon communicateur

28- *Habiletés de communication*
Le résident établit une communication interactive, structurée et efficace avec le patient dans la perspective de recueillir et de transmettre des informations pertinentes. Le résident démontre une capacité d'écoute, de facilitation, d'empathie et de soutien dans ses communications verbales et non-verbales avec le patient. Le résident transmet de l'information organisée, précise, et sans ambiguïté au patient tout en évitant le jargon médical. Le résident respecte les valeurs personnelles et culturelles du patient et il tient compte de ses propres valeurs et attitudes dans sa communication avec le patient.

29- *Documentation écrite utile et pertinente (tenue de dossier, rédaction de résumés, de formulaires)*

5- La médecine familiale est communautaire : Le résident est un promoteur de la santé, un gestionnaire et un collaborateur

30- *Utilisation appropriée des ressources*
Le résident utilise de façon judicieuse et rationnelle les ressources nécessaires pour le bien-être du patient, en évaluant leur efficacité et leur efficience. Il coordonne efficacement les soins du patient en collaboration avec les autres professionnels de la santé et les organismes communautaires. Il réfère le patient à une ressource secondaire ou tertiaire lorsque ses compétences sont dépassées.

31- *Habilité au travail interdisciplinaire*
Le résident reconnaît l'importance de travailler avec d'autres disciplines médicales, paramédicales et sociales afin de mieux répondre aux besoins globaux du patient. Il respecte et valorise les compétences et les opinions des autres professionnels de la santé et travaille en étroite collaboration avec eux.

32- *Intégration des concepts de médecine préventive*
Le résident connaît et intègre les mesures préventives dans l'examen médical périodique du patient. Le résident transmet de l'information pertinente dans la perspective d'éduquer le patient et de promouvoir les habitudes saines de vie. Le résident développe aussi une perspective communautaire de la santé et il participe aux programmes de prévention pour une population définie (par exemple : le dépistage du cancer du sein).

Liste des critères déterminants et normaux

Critères déterminants

- 1 Sens des responsabilités (Professionnalisme)
- 2 Respect et honnêteté dans ses rapports professionnels (Professionnalisme)
- 3 Empathie envers ses patients (Professionnalisme)
- 4 Capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique (Professionnalisme)
- 5 Capacité d'autocritique (Professionnalisme)
- 20 Habiletés de communication : patients, familles, professionnels de la santé (Communication)
- 28 Motivation et autonomie à lire, questionner et apprendre (Érudition)

Critères normaux

- 6 Connaissances cliniques (Expertise)
- 7 Connaissances fondamentales (Expertise)
- 8 Anamnèse organisée, dirigée et pertinente (Expertise)
- 9 Maîtrise des gestes d'examen physique appropriés (Expertise)
- 10 Formulation du problème à partir des données cliniques et para cliniques (Expertise)
- 11 Élaboration d'hypothèses diagnostiques appropriées (Expertise)
- 12 Formulation et justification des conduites à tenir (Expertise)
- 13 Élaboration d'un plan de suivi approprié (Expertise)
- 14 Identification et prise en charge des urgences (Expertise)
- 15 Habiletés techniques (Expertise)
- 21 Documentation écrite utile et pertinente (rapports et procédures) (Communication)
- 22 Consultation efficace et collaboration avec les autres équipes médicales (Collaboration)
- 23 Collaboration constructive lors du travail interdisciplinaire (Collaboration)
- 24 Organisation du travail clinique (Gestion)
- 25 Utilisation judicieuse des ressources dans les soins de ses patients (Gestion)
- 26 Intégration des concepts de médecine préventive aux conduites à tenir (Promotion de la santé)
- 27 Capacité d'enseignement au patient des principes de promotion de la santé (Promotion de la santé)
- 29 Capacité d'évaluation critique de la littérature et de ses enseignements (Érudition)
- 30 Contribution académique et à l'enseignement (Érudition)

Résidents juniors :

Critères déterminants :

Une seule note « Insuffisant » entraîne un échec de stage.

Critères normaux :

Trois notes « Insuffisant » entraînent un échec de stage.

Somme des notes « Inférieur aux attentes » et « Insuffisant » :

Si l'une ou l'autre de ces deux notes se retrouvent dans 6 catégories ou plus, il y a échec de stage. Si le nombre de catégories évaluées lors d'un stage est ≤ 18 , le nombre de catégories où l'on retrouve ces notes ne devra pas dépasser 25% de ce nombre.

Résidents séniors :

Critères déterminants :

Une seule note « Insuffisant » entraîne un échec de stage.

Critères normaux :

Deux notes « Insuffisant » entraînent un échec de stage.

Somme des notes « Inférieur aux attentes » et « Insuffisant » :

Si l'une ou l'autre de ces deux notes se retrouvent dans 5 catégories ou plus, il y a échec de stage. Si le nombre de catégories évaluées lors d'un stage est ≤ 18 , le nombre de catégories où l'on retrouve ces notes ne devra pas dépasser 20% de ce nombre.

ATTENTION

À la demande du bureau d'évaluation, et afin d'assurer le suivi de la phase d'implantation, tous les dossiers où l'application des critères pose problème aux comités d'évaluation des programmes (cas limites d'échec) seront présentés au vice-doyen, pour discussion, AVANT que la décision finale ne soit prise.

Guide d'interprétation de l'article 11.5 c) du Règlement des études médicales postdoctorales

L'article 11.5 c) du Règlement des études médicales postdoctorales prévoit que « Pour qu'un stage soit valide, le résident doit y avoir été présent pendant au moins les trois quarts de sa durée. Dans le cas contraire, le comité d'évaluation décide si ce stage doit être ultérieurement complété ou repris en entier. »

Critères de validité d'un stage

Un stage ne peut être considéré valide que si le résident a été présent au moins 75% des jours ouvrables. On doit donc considérer qu'un stage d'une durée d'une période (4 semaines, ou 20 jours ouvrables) est valide seulement si le résident a été présent dans son stage pendant 15 jours ou plus. Lorsqu'un stage, pour des raisons organisationnelles (congés fériés¹, par exemple), offre moins de 20 jours ouvrables, la règle du 75% s'applique sur le nombre réel de jours ouvrables.

Dans le décompte des jours de stage, les « lendemains de garde » ne sont pas comptabilisés comme des absences, incluant ceux qui découlent d'une garde de fin de semaine mais les reprises de congés fériés accumulés en sont. Les activités de formation organisées par le programme ou la Faculté de médecine ne constituent pas non plus des absences.

Afin de s'assurer d'atteindre les objectifs de son stage, le résident devrait s'abstenir de prendre des vacances durant une période qui comporte plus d'un jour de congé férié. Dans le doute, il doit obtenir l'accord de son directeur de programme avant de demander ses vacances.

Prolongation de formation

De façon générale, le résident qui s'absente doit prolonger sa formation d'une durée au moins équivalente à son absence.

Les absences qui nécessitent une prolongation de formation incluent, notamment mais pas exclusivement :

- Les congés parentaux, de maternité, de paternité ou d'adoption, incluant ceux où la résidente ou le résident est admissible au Régime québécois

¹ Pour les stages d'urgence, les congés fériés sont considérés comme des jours ouvrables

d'assurance parentale ou au Régime d'assurance-emploi, les congés spéciaux prévus à l'entente collective et les congés de paternité sans solde;

- Les congés sans solde

Les absences qui ne nécessitent généralement pas de prolongation de formation, à condition que le résident ait été présent dans son stage au moins 75% des jours ouvrables, incluent :

- Les congés fériés;
- Les congés de maladie;
- Les congés suite à un décès;
- Les congés pour mariage ou union civile, excluant les congés sans solde;
- Les vacances annuelles;
- Le congé de paternité rémunéré de 5 jours;
- Les congés pour étude rémunérés selon l'entente collective des résidents;
- La participation à des congrès médicaux ou scientifiques;
- La participation à des sessions de formation autorisées par le programme.

Dans tous les cas, la durée de l'absence ne doit pas dépasser celle permise dans l'entente collective des résidents.

Nonobstant ce qui précède, le comité d'évaluation du programme peut en tout temps exiger une prolongation de formation conformément à l'article 11.12 du Règlement des études médicales postdoctorales.

Exemples pratiques

Exemple # 1

Stage d'une période (20 jours), 1 congé férié durant cette période. Une semaine de vacances (5 jours ouvrables), autre que celle du congé férié.

$20 - 1 = 19$ jours ouvrables

$19 - 5 = 14/19 = 74\%$ Le stage est valide (même s'il manque 1%)

Exemple # 2

Stage d'une période (20 jours), 6 congés fériés durant cette période (période des Fêtes) + 1 semaine de vacances (5 jours ouvrables).

$20 - 6 = 14$ jours ouvrables

$14 - 5 = 9 / 14 = 64 \%$ Le stage n'est pas valide.

Exemple # 3

Stage de 2 périodes (40 jours), 6 congés fériés + 9 jours de vacances

$$40 - 6 = 34$$

$34 - 9 = 25 / 34 = 74 \%$ Le stage est valide.

Exemple # 4

Au cours d'un stage de 3 périodes pendant lesquels il y a 2 congés fériés, le résident prend 3 semaines de vacances et doit s'absenter 2 jours pour maladie.

$$20 \times 3 = 60 \text{ jours} - 2 \text{ fériés} = 58 \text{ jours ouvrables}$$

3 semaines de vacances x 5 jours ouvrables = 15 jours de vacances + 2 congés de maladie = 17 jours d'absence

$58 - 17 / 58 = 41 / 58 = 71 \%$ Le stage n'est pas valide, il manque 2 jours pour que le stage soit valide. Le comité d'évaluation du programme doit décider :

- 1) Si le résident doit reprendre son stage
- 2) Si le résident doit compléter son stage

Exemple # 5

Au cours d'un stage de 3 périodes, un résident prend un congé de paternité rémunéré de 5 jours, plus un congé sans solde de 10 jours ouvrables. Il aura été absent 15 jours/60 jours ouvrable et donc présent 75% du temps mais son stage ne sera pas valide et devra soit être prolongé de 10 jours, ou bien repris, selon la décision du comité d'évaluation de son programme.

Exemple # 6

Au cours d'un stage d'une période comprenant un congé férié, un résident reprend ce congé férié et prend une semaine de vacances.

$$20 - 1 = 19 \text{ jours ouvrables}$$

5 jours d'absence + 1 reprise de congé férié = 6 jours d'absence

$19 - 6 / 19 = 68 \%$ Le stage n'est pas valide.

Exemple # 7

Au cours d'un stage d'une période un résident reprend un congé férié reporté d'un autre stage et prend une semaine de vacances.

20 jours ouvrables

5 jours d'absence + 1 reprise de congé férié = 6 jours d'absence

$20 - 6 / 20 = 70 \%$ Le stage n'es pas valide.

Exemple particulier : stage d'urgence d'un résident en médecine familiale

Stage d'urgence d'une période, 1 semaine de vacances

Normalement : 18 quarts de travail

Le stage devrait comporter $18 \times 75\% = 14$ quarts de travail

Mais le résident est aussi tenu de faire 3 demi-journées de clinique = 1.5 jours

On pourra donc lui imposer $14 - 1.5$ quarts de travail = 12 quarts de travail

Cet exemple ne s'applique qu'au programme de médecine familiale pour permettre aux résidents de faire leur clinique de suivi de clientèle. *Il ne s'applique pas aux demi-journées académiques des résidents des autres programmes.*

*Adopté par le Comité des études médicales postdoctorales le 1^{er} octobre 2008.
Ce guide est d'application immédiate et remplace tout autre document semblable antérieur à celui-ci.*

▪ **Politique relative à la validité des stages**

ATTENDU QU'il y a lieu d'établir une politique relative à la validité des stages pour harmoniser les positions des divers organismes tout en assurant une certaine flexibilité;

ATTENDU QUE des circonstances particulières peuvent justifier des absences durant les stages;

ATTENDU QU'il y a lieu de minimiser les délais de promotion;

Il est résolu,

- céma 08-03**
- 1. d'abroger la résolution CAE-CEM 98-25 concernant la politique relative à la validité des stages et aux absences en cours de formation;**
 - 2. de considérer qu'un stage est valide si le résident y a été présent pendant au moins 75% de sa durée;**
 - 3. de laisser à la faculté de médecine le soin de recommander, exceptionnellement, qu'un stage qui ne répond pas à cette règle soit considéré valide.**

La secrétaire du comité,

Anne-Marie MacLellan,

PAR COURRIEL

Le _____ (jour date mois année)

Docteur _____

Adresse postale

Ville (Province) CODE POSTAL

Adresse courriel

Objet : Comité d'évaluation du programme de _____

Docteur,

Le Comité d'évaluation du programme de _____ a été avisé que _____ (*mettre ici les faits reprochés, avec le plus de précision possible, incluant les dates*).

En conséquence, le Comité d'évaluation du programme, tel que prévu au deuxième alinéa de l'article 11.12 du *Règlement des études médicales postdoctorales* aimerait vous rencontrer afin d'entendre vos observations sur ces événements.

Vous êtes donc convoqué devant ce Comité lors de sa réunion prévue aux date, heure et lieu suivants :

DATE : _____ (jour date mois année)

HEURE : _____

LIEU : _____

Vous trouverez ci-joint copie des documents qui seront en possession des membres du Comité lors de cette rencontre. (*mettre seulement si le Comité utilisera des documents comme des lettres, fiches d'évaluation, etc. et, le cas échéant, s'assurer que le résident les recevra au moins 10 jours avant la rencontre*).

En outre, je vous informe que si vous ne vous présentez pas devant le Comité d'évaluation à l'heure et à la date précédemment indiqués, sans motif valable, le Comité fera une recommandation en votre absence relativement à ces événements, pouvant aller jusqu'à votre exclusion du programme.

Je vous prierais, sur réception de la présente, de confirmer votre présence à _____, soit par courriel à l'adresse _____ ou par téléphone au numéro _____.

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

SIGNATURE

Directeur du programme de _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

PAR COURRIEL

Le _____ (jour date mois année)

Docteur _____
Adresse postale
Ville (Province) CODE POSTAL
Adresse courriel

Objet : Comité d'évaluation du programme de _____

Docteur,

Le Comité d'évaluation du programme de _____ aimerait vous rencontrer afin d'entendre vos observations relativement à l'évaluation de votre stage de _____ effectué à _____, du _____ au _____.

Vous êtes donc convoqué devant ce Comité lors de la réunion prévue aux date, heure et lieu suivants :

DATE : _____ (jour date mois année)

HEURE : _____

LIEU : _____

Vous trouverez ci-joint copie des documents que les membres du Comité considéreront en regard de cette évaluation.

En outre, je vous informe que si vous ne vous présentez pas devant le Comité d'évaluation à l'heure et à la date précédemment indiqués, sans motif valable, le Comité fera une recommandation en votre absence quant à votre évaluation.

Je vous prierais, sur réception de la présente, de confirmer votre présence à _____, soit par courriel à l'adresse _____ ou par téléphone au numéro _____.

Veillez agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

SIGNATURE

Directeur du programme de _____
Téléphone : _____
Courriel : _____

PAR COURRIEL

Le _____ (jour date mois année)

Docteur _____
Adresse postale
Ville (Province) CODE POSTAL
Adresse courriel

Objet : Comité d'évaluation du programme de _____

Docteur,

Le Comité d'évaluation du programme de _____ a l'intention de recommander votre exclusion du programme.

Vous êtes donc convoqué afin de venir présenter vos observations devant ce Comité lors de la réunion prévue aux date, heure et lieu suivants :

DATE : _____ (jour date mois année)

HEURE : _____

LIEU : _____

Vous trouverez ci-joint copie des documents que les membres du Comité considéreront lors de l'étude de votre dossier.

En outre, je vous informe que si vous ne vous présentez pas devant le Comité d'évaluation à l'heure et à la date précédemment indiqués, sans motif valable, le Comité fera une recommandation en votre absence quant à votre exclusion du programme.

Je vous prierais, sur réception de la présente, de confirmer votre présence à _____, soit par courriel à l'adresse _____ ou par téléphone au numéro _____.

Veillez agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

SIGNATURE

Directeur du programme de _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Politique - Stages à temps partiel et exemptions de gardes

Dans certaines circonstances, pour des raisons de santé ou suite à une absence prolongée, il peut être souhaitable qu'un résident effectue, à son retour en formation, un stage non contributoire. Le stage non contributoire est un stage qui s'effectue à temps plein, sur les heures régulières de travail durant la semaine avec exemption de gardes et d'évaluation.

Les conditions suivantes doivent alors être remplies :

- Le stage doit être justifié par un certificat médical ;
- Une seule période de stage non contributoire avec exemption de gardes peut être accordée ; la vice-doyenne pourra, exceptionnellement accorder une deuxième période;
- Le directeur de programme doit obtenir l'approbation de la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales avant de permettre un tel stage;
- Ce stage est considéré comme non contributoire, et doit par conséquent être repris ultérieurement ;
- Aucune fiche d'évaluation électronique n'est générée pour ce stage.

Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, mars 2012

FICHES D'ÉVALUATION ET FICHE D'ÉVALUATION TERMINALE

1) FICHES D'ÉVALUATION

Dans le but de standardiser le contenu des dossiers qu'elle tient pour les résidents et les moniteurs inscrits dans un programme de formation postdoctorale au Québec, et pour répondre aux exigences réglementaires, la Direction des études médicales du Collège des médecins du Québec demande que lui soit dorénavant envoyée **une seule** fiche d'évaluation par période de 12 mois – ou, le cas échéant, pour la période couverte par la carte de stage – pour chaque résident en formation et pour chaque moniteur en stage de perfectionnement.

Contenu de la fiche d'évaluation

- La fiche doit contenir de l'information sur la réussite ou l'échec des stages effectués durant les 12 mois précédents et confirmer, le cas échéant, la promotion à l'année de formation suivante;
- En cas d'échec, la fiche doit préciser les raisons de cet échec et les interventions envisagées (ajoutez lettre si nécessaire);
- La fiche d'évaluation de fin d'année (ou, le cas échéant, de fin de stage) doit constituer un résumé de tous les rapports de stages rédigés pour un résident ou pour un moniteur durant l'année. Elle doit témoigner de la progression du résident ou moniteur et de l'atteinte des objectifs. Elle doit également inclure des commentaires sur les forces du résident et les points à améliorer;
- Pour les résidents et les moniteurs en spécialité, la fiche doit faire état du niveau d'atteinte des compétences CANMEDS ;

La fiche d'évaluation annuelle doit être complétée et signée par le directeur de programme, discutée avec le résident ou moniteur et signée par ce dernier, et contresignée par le vice-doyen, avant d'être acheminée au CMQ.

2) FICHE D'ÉVALUATION TERMINALE (FET)

Une fiche d'évaluation terminale est requise pour confirmer que le résident a complété sa formation et qu'il possède les connaissances ainsi que les aptitudes et les attitudes requises pour exercer de façon autonome.

Pour les spécialités dont l'examen est harmonisé avec le CRMCC et dans le but d'éviter une duplication de travail par le directeur de programme, le CMQ accepte que l'université lui envoie copie de la « Fiche d'évaluation en fin de formation » (FEFF) du CRMCC des candidats identifiés par le CMQ.

Code permanent

Matricule

Émise le

Nom

Prénom(s)

Niveau

Programme

Option

Année du programme

Stage

Période du

au

Hôpital

Département

	Stages	Nb de périodes	Succès	Échec
1			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Promotion à l'année de formation suivante : oui non (En cas d'échec, préciser raisons et interventions envisagées)

Résumé des rapports de stages, progression, forces et faiblesses :

(suite au verso)

RÉSIDENT : J'ai pris connaissance de cette fiche
 J'en ai discuté avec mon directeur de programme

(Signature) Date

DIRECTEUR DE PROGRAMME : VICE DOYEN :

(Signature) Date (Signature) Date

Résumé des rapports de stages, progression, forces et faiblesses (suite)

(Signature du résident)

Date

CanMEDS

MAÎTRISE DES COMPÉTENCES

	(verso)	N/A ou non évaluée*	Dépasse les attentes*	Conforme aux attentes*	Inférieure aux attentes*	Insuffisante*
1. Professionnalisme : Le résident est un professionnel						
1- Sens des responsabilités						
2- Respect et honnêteté dans ses rapports professionnels						
3- Empathie envers ses patients						
4- Capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique						
5- Capacité d'autocritique						
2. Expertise : Le résident est un clinicien compétent et efficace						
6- Connaissances des sciences fondamentales						
7- Connaissances des sciences cliniques						
8- Recueil des données, organisation et pertinence						
9- Maîtrise des gestes d'examen physique appropriés						
10- Interprétation des données						
11- Décisions appropriées						
12- Application de la méthode clinique centrée sur le patient						
13- Organisation du travail						
14- Efficacité dans les cas d'urgence et aigus						
15- Efficacité dans les cas chroniques et indifférenciés						
16- Habiletés techniques						
17- Garde spécifique						
18-						
19-						
20-						
3. Le résident est une ressource pour ses patients : le résident est érudit						
22- Continuité des soins						
23- Curiosité scientifique et autonomie dans l'apprentissage						
24- Connaissance & application des principes de l'éval. critique de la littérature						
25- Contribution académique						
26- Contribution à l'enseignement						
27- Discipline et ponctualité						
4. Relation médecin-patient, essence de la médecine familiale: le résident est un bon communicateur						
28- Habiletés de communication						
29- Documentation écrite utile et pertinente						
5. Médecine familiale est communautaire : résident promoteur santé, gestionnaire et collaborateur						
30- Utilisation appropriée des ressources						
31- Habiletés au travail interdisciplinaire						
32- Intégration des concepts de médecine préventive						
Autres						
31-						
32-						
33-						

Code permanent

Matricule

Émise le

Nom

Prénom(s)

Niveau

Programme

Option

Année du programme

Stage

Période du

au

Hôpital

Département

	Stages	Nb de périodes	Succès	Échec
1			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Promotion à l'année de formation suivante : oui non (En cas d'échec, préciser raisons et interventions envisagées)

Résumé des rapports de stages, progression, forces et faiblesses :

(suite au verso)

RÉSIDENT : J'ai pris connaissance de cette fiche
 J'en ai discuté avec mon directeur de programme

(Signature) Date

DIRECTEUR DE PROGRAMME :

VICE DOYEN :

(Signature) Date

(Signature) Date

Résumé des rapports de stages, progression, forces et faiblesses (suite)

(Signature du résident)

Date

CanMEDS

MAÎTRISE DES COMPÉTENCES

		Insuffisante*			
		Inférieure aux attentes*			
		Conforme aux attentes*			
		Dépasse les attentes*			
		N/A ou non évaluée*			
		*(verso)			
Professionnalisme					
	1- Sens des responsabilités	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2- Respect et honnêteté dans ses rapports professionnels	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3- Empathie envers ses patients	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4- Capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5- Capacité d'autocritique	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expertise					
	6- Connaissances cliniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	7- Connaissances fondamentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	8- Anamnèse organisée, dirigée et pertinente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	9- Maîtrise des gestes d'examen physique appropriés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	10- Formulation du problème à partir des données cliniques et paracliniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	11- Élaboration d'hypothèses diagnostiques appropriées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	12- Formulation et justification des conduites à tenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	13- Élaboration d'un plan de suivi approprié	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	14- Identification et prise en charge des urgences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	15- Habiletés techniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres critères	16-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	17-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	18-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	19-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Communication					
	20- Habiletés de communication : patients, familles, professionnels de la santé	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	21- Documentation écrite utile et pertinente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaboration					
	22- Consultation efficace et collaboration avec les autres équipes médicales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	23- Collaboration constructive lors du travail interdisciplinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestion					
	24- Organisation du travail clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	25- Utilisation judicieuse des ressources dans les soins de ses patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promotion de la santé					
	26- Intégration des concepts de médecine préventive aux conduites à tenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	27- Capacité d'enseignement au patient des principes de promotion de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Érudition					
	28- Motivation et autonomie à lire, questionner et apprendre	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	29- Capacité d'évaluation critique de la littérature et de ses enseignements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	30- Contribution académique et à l'enseignement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres					
	31-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	32-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	33-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	34-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Procédure – Comité d'évaluation de programme

COMPOSITION

Le Comité d'évaluation est constitué de professeurs de la Faculté désignés par le directeur de programme et selon les programmes d'un représentant des résidents, élu ou désigné par ses pairs (sauf si il y a un seul résident dans le programme ou s'il s'agit d'un comité périphérique restreint pour les gros programmes).

MANDAT

Le Comité d'évaluation du programme a pour mandat d'établir les critères et les modalités de l'évaluation et de se prononcer sur l'évaluation de chacun des résidents. Il fait des recommandations au doyen ou à l'autorité compétente concernant la reprise d'un ou plusieurs stages, ou d'une année de formation par un résident, sa promotion ou son exclusion.

Le Comité d'évaluation se prononce sur chaque évaluation de stage et accorde une mention globale de « succès », « échec » ou « inférieur aux attentes » qui sera inscrite au dossier du résident. Dans sa décision, le Comité d'évaluation tient compte de la fiche d'appréciation de stage ainsi que de toute autre forme d'évaluation faite en cours de stage.

DÉCISIONS ET RECOMMANDATION

Quatre verdicts peuvent être rendus dans le dossier d'un résident par le Comité d'évaluation, Ainsi, ce dernier :

- a. décide d'autoriser le résident à poursuivre sa formation dans son programme de résidence;
- b. décide d'autoriser le résident à poursuivre sa formation, mais sous certaines conditions¹;
- c. décide d'imposer au résident la reprise d'un ou plusieurs stages;
- d. recommande l'exclusion du résident de son programme de formation.

MENTION « SUCCÈS »

Pour obtenir la mention « succès », le résident doit avoir complété au moins les trois quarts de son stage.

¹ Les conditions de poursuite de la formation sont déterminées par le Comité d'évaluation. Ce peut être, par exemple, la mise en place de mesures d'aide pédagogique (plan de remédiation), la transmission d'un certificat médical attestant de l'aptitude au travail, la mise en place d'un suivi par le Programme du suivi administratif du Collège des médecins du Québec.

MENTION « STAGE INVALIDE »

Dans le cas où le résident n'a pas complété 75 % de son stage, le stage est considéré invalide et le Comité d'évaluation doit décider si ce stage doit être ultérieurement complété ou repris en entier.

- *Absences: congé de maladie, de maternité, de paternité, pour études, pour congrès.*
- *Non-comptabilisées: cours obligatoires du programme ou de la faculté, examens, participation à des comités à visée pédagogique.*

MENTION « ÉCHEC » OU « INFÉRIEUR AUX ATTENTES »

La mention « échec » ou « inférieur aux attentes » constitue une évaluation de stage défavorable. Le résident qui obtient une mention « échec » à la suite d'un stage, est tenu de le reprendre, selon les modalités que le Comité d'évaluation détermine.

Le Comité d'évaluation peut également décider qu'il y a reprise de stage, si le résident a obtenu la mention globale « inférieur aux attentes ».

Si la fiche d'évaluation standard de l'Université de Montréal est utilisée, le Comité devrait tenir compte des critères déterminants² dans l'attribution de la mention globale. Une seule mention « insuffisant » à l'un ou l'autre de ces critères peut entraîner un échec de stage. Si une fiche d'évaluation spécifique est utilisée, le Comité d'évaluation doit se prononcer sur les critères jugés déterminants.

Tout résident qui a une *évaluation défavorable* devrait être rencontré par le Comité d'évaluation afin d'y être entendu. Le Comité se prononcera par la suite définitivement sur la mention globale qui sera inscrite dans l'évaluation de stage.

Droit d'appel (à remettre au résident) :

En cas d'échec ou inférieur aux attentes, si vous vous estimez lésé et que vous êtes en mesure de présenter des faits nouveaux de nature à modifier cette décision vous pouvez soumettre une demande de révision, écrite et motivée à la doyenne ou à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales, dans les dix jours ouvrables suivant la rencontre avec le Comité d'évaluation où la mention globale vous a été communiquée.

RECOMMANDATION D'EXCLUSION DU PROGRAMME

Une recommandation d'exclusion du programme à l'endroit d'un résident peut être formulée par le Comité dans les cas suivants :

² Les sept critères déterminants sont les suivants : sens des responsabilités, respect et honnêteté dans ses rapports professionnels, empathie envers ses patients, capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique, capacité d'autocritique, habiletés de communication : patients, familles et professionnels de la santé, motivation à lire, questionner et apprendre.

- a. le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un stage; dans l'application de cette règle, la reprise du stage consécutive à l'attribution de la mention « inférieur aux attentes » n'est pas comptabilisée;
- b. le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un cours obligatoire, d'un cours à option ou d'un cours au choix
- c. le résident obtient une mention « échec » à un 2e stage au cours de sa formation postdoctorale³;
- d. le résident obtient une mention « échec » à un 2e cours obligatoire au cours de sa formation postdoctorale;
- e. l'évaluation globale du résident est jugée insatisfaisante par le comité d'évaluation;
- f. la progression du résident est jugée insatisfaisante par le comité d'évaluation;
- g. le résident refuse de se soumettre aux conditions entourant une reprise de stage;
- h. le résident ne répond pas à une exigence spécifiée dans les dispositions réglementaires propres au programme;
- i. le résident n'a pas rempli toutes les exigences du programme au terme de sa scolarité;
- j. l'état de santé du résident est incompatible avec la poursuite de son programme de résidence; à cette fin, le doyen ou l'autorité compétente peut exiger au besoin que le résident se soumette à un examen médical par un médecin qu'il désigne;
- k. le résident a une connaissance insuffisante du français.

Si le résident était absent de la réunion du Comité d'évaluation au cours de laquelle les membres ont formulé une recommandation d'exclusion, ce dernier doit être rencontré avant que le Comité ne se prononce définitivement sur son exclusion. L'avis de convocation à cette rencontre doit être transmis par écrit au résident, en indiquant la date, l'heure et le lieu de la rencontre au cours de laquelle il sera entendu.

Lorsqu'il communique au résident une recommandation d'exclusion, le directeur de programme devrait toujours l'aviser qu'il peut se prévaloir d'un droit d'appel conformément à l'article 13.2 du Règlement des études médicales postdoctorales.

³ Les deux échecs ne doivent pas nécessairement survenir dans la même année de formation mais pendant toute la formation postdoctorale.

Une copie de la recommandation d'exclusion formulée par le Comité d'évaluation doit être transmise sans délai au vice doyen aux études médicales postdoctorales, sous la forme:

- a. d'une fiche d'évaluation complémentaire, ou;
- b. d'un extrait du procès-verbal de la réunion.

Le rapport complémentaire⁴ doit être complété et signé par le directeur du programme et le résident impliqué, que ce dernier soit en accord ou non avec la recommandation formulée par le Comité d'évaluation dans son dossier.

Le résident qui souhaite en appeler d'une recommandation d'exclusion doit en faire lui-même la demande par écrit au doyen dans les délais prévus au Règlement des études médicales postdoctorales.

Si le résident est exclu, sur recommandation du Comité d'évaluation, le vice-doyen des études médicales postdoctorales peut retirer le résident de son programme jusqu'à ce qu'il se soit prévalu, le cas échéant, de son droit de révision et qu'une décision finale ait été rendue.

Le 14 janvier 2014

Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales le 05 février

Sources : Règlement des études médicales postdoctorales
Guide du résident

⁴ Le rapport complémentaire peut contenir un extrait du procès-verbal de la réunion du Comité d'évaluation au cours de laquelle la recommandation d'exclusion a été formulée par les membres.

PROCÈS-VERBAL de la Xième réunion du Comité d'évaluation du programme de _____ de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal qui a eu lieu le _____ (jour date mois année) à _____ (édifice - lieu, avec adresse et local), sous la présidence de _____.

Étaient présents :

Prénom NOM	Titre, organisme
Prénom NOM	Titre, organisme
Prénom NOM	Titre, organisme
Prénom NOM	Titre, organisme
Prénom NOM	Titre, organisme

(par ordre alphabétique de nom de famille)

S'étaient excusés :

Prénom NOM	Titre, organisme
Prénom NOM	Titre, organisme
Prénom NOM	Titre, organisme
Prénom NOM	Titre, organisme

(par ordre alphabétique de nom de famille)

NOTE : Dans la rédaction du procès-verbal des réunions du Comité d'évaluation du programme, il convient de garder à l'esprit que tous les écrits sont susceptibles d'être transmis au Comité de révision s'il y a appel par le résident d'une décision rendue par le Comité, tel que le prévoit le Règlement des études médicales postdoctorales. Il convient donc d'éviter toute formulation subjective. Il convient également de ne pas mentionner le nom de d'autres résidents dans le rapport qui est fait de l'évaluation d'un résident en particulier.

1. Lecture et adoption de l'ordre du jour

Il est demandé d'ajouter les éléments suivants à l'ordre du jour proposé :

- 1.
- 2.

RÉSOLUTION : L'ordre du jour, tel que modifié (proposé), est adopté à l'unanimité.

L'ordre du jour ainsi adopté est reproduit à l'annexe 1 du présent procès-verbal.

2. Adoption du procès-verbal de la réunion du _____ (jour mois année)

Il est demandé d'apporter les corrections suivantes au projet de procès-verbal :

RÉSOLUTION : Le procès-verbal, tel que modifié (proposé), est adopté à l'unanimité.

3. Affaires découlant de la dernière réunion

3.1 Sujet 1

3.2 Sujet 2

3.3 Sujet 3

4. Révision des fiches d'évaluation

4.1 Résident 1

4.2 Résident 2

4.3 Résident 3

NOTES : À la fin de chaque stage, le résident reçoit une évaluation écrite. Cette évaluation est consignée sur une fiche d'appréciation de stage clinique.

L'évaluation écrite est préparée par le responsable de stage ou par un des professeurs ayant supervisé le résident au cours de son stage ou segment de stage, et est communiquée au résident. Le cas échéant, cette évaluation est réputée refléter l'opinion de la majorité des professeurs ayant travaillé avec le résident

5. Révision des autres formes d'évaluation (examens oraux, écrits, miroir, ECOS, etc.)

5.1 Résident 1

5.2 Résident 2

5.3 Résident 3

6. Plans de remédiation (acteurs, objectifs, responsabilités, échéanciers, etc.)

6.1 Résident 1

6.2 Résident 2

6.3 Résident 3

NOTE : Joindre en annexe (voir exemple annexe 2) tous les plans de remédiation signés par les parties impliquées en prenant soin de distinguer les plans de remédiation de chacun des résidents concernés.

7. Varia

7.1 Varia 1

7.2 Varia 2

7.3 Varia 3

8. Prochaines réunions

Il est rappelé aux membres les dates des réunions à venir, pour l'année _____, du Comité d'évaluation du programme de _____ :

DATES

Jour date mois année

Jour date mois année

Jour date mois année

LIEU

identification du lieu

identification du lieu

identification du lieu

9. Levée de l'assemblée

L'assemblée est levée à _____ (heure).

ORDRE DU JOUR de la Xième réunion du Comité d'évaluation du programme de _____ de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal qui a eu lieu le _____ (jour date mois année) à _____ (édifice - lieu, avec adresse et local), sous la présidence de _____.

1. Lecture et adoption de l'ordre du jour
2. Adoption du procès-verbal de la réunion du _____ (jour mois année)
3. Affaires découlant de la dernière réunion
 - 3.1 Sujet 1
 - 3.2 Sujet 2
 - 3.3 Sujet 3
4. Révision des fiches d'évaluation
 - 4.1 Résident 1
 - 4.2 Résident 2
 - 4.3 Résident 3
5. Révision des autres formes d'évaluation (examens oraux, écrits, miroir, ECOS, etc.)
 - 5.1 Résident 1
 - 5.2 Résident 2
 - 5.3 Résident 3
6. Plans de remédiation (acteurs, objectifs, responsabilités, échéanciers, etc.)
 - 6.1 Résident 1
 - 6.2 Résident 2
 - 6.3 Résident 3
7. Varia
 - 7.1 Varia 1
 - 7.2 Varia 2
 - 7.3 Varia 3
8. Prochaines réunions
9. Levée de l'assemblée

PLANS DE RÉMÉDIATION déposés lors de la Xième réunion du Comité d'évaluation du programme de _____ de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal qui a eu lieu le _____ (jour date mois année) à _____ (édifice - lieu, avec adresse et local), sous la présidence de _____.

PLAN DE RÉMÉDIATION RÉSIDENT 1

PLAN DE RÉMÉDIATION RÉSIDENT 2

PLAN DE RÉMÉDIATION RÉSIDENT 3

MODÈLE – LETTRE DE CONVOCATION destinée aux résidents qui seront entendus par les membres du Comité d'évaluation du programme dans le cas d'une recommandation d'exclusion.

**PAR COURRIEL
POSTE PRIORITAIRE**

Le _____ (jour date mois année)

Docteur _____
Adresse postale
Ville (Province) CODE POSTAL
Adresse courriel

Objet : Comité d'évaluation du programme de _____

Docteur,

Le Comité d'évaluation du programme de _____ a l'intention de recommander votre exclusion du programme.

Vous êtes donc convoqué afin de venir présenter vos observations devant ce Comité lors de la réunion prévue aux date, heure et lieu suivants :

DATE : _____ (jour date mois année)

HEURE : _____

LIEU : _____

Vous trouverez ci-joint copie des documents que les membres du Comité considéreront lors de l'étude de votre dossier.

En outre, je vous informe que si vous ne vous présentez pas devant le Comité d'évaluation à l'heure et à la date précédemment indiqués, sans motif valable, le Comité fera une recommandation en votre absence quant à votre exclusion du programme.

Je vous prierais, sur réception de la présente, de confirmer votre présence à _____, soit par courriel à l'adresse _____ ou par téléphone au numéro _____.

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

SIGNATURE

Directeur du programme de _____
Téléphone : _____
Courriel : _____

Procédure – Comité de révision

Le Comité de révision relève du doyen de la Faculté de médecine. Ce Comité est constitué de :

- a. huit professeurs nommés par le Conseil de la Faculté, dont l'un agit comme président;
- b. d'un résident en fin de formation, élu ou nommé par ses pairs.

Trois membres, dont le résident, forment le quorum du Comité.

Le Comité de révision a pour mandat d'étudier les demandes de révision des évaluations ainsi que les recommandations d'exclusion.

A. APPEL D'UN ÉCHEC DE STAGE

- a) Dispositions du *Règlement des études médicales postdoctorales* (article 11.7)

Le *Règlement des études médicales postdoctorales* prévoit qu'en cas d'échec, le résident qui s'estime lésé et est en mesure de présenter des faits nouveaux de nature à modifier cette décision, peut soumettre une demande de révision, écrite et motivée, au doyen ou à l'autorité compétente, dans les dix jours ouvrables suivant la date où le résultat de l'évaluation lui a été communiqué.

1. Demande recevable

Si le doyen ou l'autorité compétente juge la demande recevable, il en saisit le Comité de révision. Le Comité de révision, après avoir donné au résident l'opportunité de se faire entendre, peut recommander au doyen ou à l'autorité compétente de maintenir la mention globale d'échec, ou la transformer en mention « inférieur aux attentes » ou « succès ». Le doyen ou l'autorité compétente informe le résident par écrit de sa décision. La décision du doyen ou de l'autorité compétente est sans appel.

2. Demande rejetée

Si le doyen ou l'autorité compétente rejette la demande de révision, il doit le faire par écrit et avec motifs à l'appui et ce, dans les 10 jours ouvrables suivant la date de réception de la demande. Ce refus est sans appel.

b) Procédure administrative

Lorsque la demande est jugée recevable, la suite des procédures administratives se déroule comme suit :

1. Le résident doit recevoir, dans un délai de 10 jours ouvrable, une lettre de la doyenne lui signifiant que sa demande sera entendue par le Comité de révision.

La lettre est acheminée par courriel au résident à son adresse courriel de l'Université de Montréal, (avec preuve de transmission).

2. Selon l'agenda prévu des prochaines réunions du Comité de révision, une date est fixée pour entendre la demande de révision du résident.

Avant de convoquer le résident, la tenue de la rencontre est confirmée par courriel aux membres.

L'ordre du jour de ces réunions est aménagé en fonction du nombre de dossiers qui seront entendus. Normalement, un maximum de trois demandes sont entendues au cours de la même réunion. Un calendrier annuel de réunion est planifié en début d'année académique pour faciliter l'organisation de ces rencontres. Une réunion est confirmée lorsque le quorum est atteint (3 membres du Comité de révision et le résident). (Règlement art. 3.7)

3. Le dossier du résident est soumis aux membres du Comité de révision et il est constitué des éléments suivants :

- i. toutes les évaluations de stage complétées depuis l'entrée en résidence jusqu'au stage faisant l'objet d'une demande de révision pour échec de stage;
- ii. tous les extraits de procès-verbaux du Comité d'évaluation qui concerne ce résident;
- iii. les plans de remédiation et autres évaluations, de même que l'ensemble des communications officielles avec le résident;
- iv. la demande de révision adressée par le résident et la réponse de la doyenne à celle-ci.

Il convient de s'assurer que les extraits de procès-verbaux et correspondance déposés au dossier du résident ne font pas mention de situations concernant d'autres résidents.

Après vérification détaillée des fiches d'évaluation du résident, on s'assure que tous les éléments auxquels il est

fait référence dans ces évaluations sont déposés au dossier.

4. Lorsque le dossier est jugé complet, il est numérisé et paginé. Les documents doivent être disposés dans l'ordre suivant : (1) fiche du résident, (2) fiches d'évaluation, (3) extraits de procès-verbaux, (4) correspondance et (5) autres documents pertinents.
5. Aviser le résident par courriel (à son adresse courriel de l'Université de Montréal, avec preuve de transmission), dans un délai de 10 jours ouvrables avant son audition devant les membres du Comité de révision, de la date et de l'heure où il sera entendu et spécifier qu'à défaut de se présenter, sans motif valable¹, une décision sera rendue en son absence.

À cette convocation officielle est joint le dossier du résident. Si un avocat a été désigné au dossier, une copie du dossier lui est également transmise par courriel, avec preuve de transmission. Copie de la convocation du résident et de son dossier sont également transmis par courrier interne au directeur du programme et aux membres du Comité de révision qui seront présents à la réunion.

Il est à noter que le résident doit recevoir copie de tout document qui est soumis aux membres du comité. Si exceptionnellement un document est ajouté et transmis aux membres du Comité de révision après la convocation, le document doit également être transmis au résident.

Le résident, pour sa part, est invité à transmettre les éléments additionnels qu'il juge pertinent à sa défense au plus tard 48 heures avant son audition devant le Comité de révision. Le cas échéant, ces documents sont transmis par le résident (ou son avocat le cas échéant) à l'adjointe à la vice-doyenne EMPD qui s'assure de les faire suivre au directeur du programme et aux membres du Comité de révision.

6. Au moment de l'audition, les membres du Comité de révision prennent connaissance de l'ensemble du dossier et entendent le témoignage du résident et du directeur du programme. n présence du résident.

¹ On entend par motif valable, un motif indépendant de la volonté de l'étudiant, tel que la force majeure, le cas fortuit ou une maladie attestée par un certificat médical.

Le résident peut être accompagné de la personne de son choix². Toutefois, cette personne n'a pas droit de parole devant le Comité.

À l'issue de l'audition, les membres délibèrent en l'absence du directeur du programme, du résident et de son accompagnateur. Avant de formuler leur recommandation à l'intention du doyen, les membres du Comité de révision considèrent le respect de la procédure d'évaluation, les mesures de médiation et d'encadrement pédagogique et les différents critères d'évaluation obtenus par le résident.

7. Lorsque la décision est rendue, le président du Comité rédige le procès-verbal faisant état de la recommandation formulée par les membres à l'intention de la doyenne. Cette recommandation doit être motivée et inclure un résumé des faits en cause et de la preuve soumise par toutes les parties, de même qu'une explication quant à la recommandation formulée par les membres du Comité à la lumière des faits et de la preuve au dossier. Le procès-verbal de la réunion est ensuite transmis par le président du Comité de révision à l'adjointe à la vice-doyenne EMPD. Celle-ci prépare l'extrait du procès-verbal à déposer au dossier du résident.
8. La doyenne rend ensuite sa décision à la lumière de la recommandation formulée par le Comité de révision. La lettre de la doyenne est transmise par courriel au résident à son adresse courriel de l'Université de Montréal, (avec preuve de transmission). Une copie de la décision de la doyenne est également transmise par courriel à l'avocat au dossier (s'il y a lieu) et au directeur de programme. La décision de la doyenne est sans appel.

B. APPEL D'UNE DÉCISION D'EXCLUSION DU PROGRAMME

a) Dispositions du Règlement (articles 13.1 et 13.2)

1. Un résident peut être exclu du programme dans les cas suivants :
 - a. le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un stage; dans l'application de cette règle, la reprise du stage consécutive à l'attribution de la mention « inférieur aux attentes » n'est pas comptabilisée;
 - b. le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un cours obligatoire, d'un cours à option ou d'un cours au choix;

² Un conseiller peut être un étudiant, un professeur, un médecin, un avocat ou un membre de la famille.

- c. le résident obtient une mention « échec » à un 2e stage au cours de sa formation postdoctorale³;
 - d. le résident obtient une mention « échec » à un 2e cours obligatoire au cours de sa formation postdoctorale;
 - e. l'évaluation globale du résident est jugée insatisfaisante par le comité d'évaluation;
 - f. la progression du résident est jugée insatisfaisante par le comité d'évaluation;
 - g. le résident refuse de se soumettre aux conditions entourant une reprise de stage;
 - h. le résident ne répond pas à une exigence spécifiée dans les dispositions réglementaires propres au programme;
 - i. le résident n'a pas rempli toutes les exigences du programme au terme de sa scolarité;
 - j. l'état de santé du résident est incompatible avec la poursuite de son programme de résidence; à cette fin, le doyen ou l'autorité compétente peut exiger au besoin que le résident se soumette à un examen médical par un médecin qu'il désigne;
 - k. le résident a une connaissance insuffisante du français.
2. Le résident qui souhaite en appeler d'une décision d'exclusion doit en faire la demande par écrit au doyen dans les quinze jours ouvrables suivant le moment où cette décision lui a été communiquée. Le doyen en saisit le Comité de révision, qui entend le directeur de programme, ainsi que toute autre personne qu'il juge approprié, en présence du résident. Le Comité recommande ensuite au doyen la levée ou le maintien de l'exclusion. Le doyen informe le résident de sa décision. La décision du doyen est sans appel.

³ Les deux échecs ne doivent pas nécessairement survenir dans la même année de formation mais pendant toute la formation postdoctorale.

b) Procédure administrative

1. Le Comité de révision doit entendre le résident avant de faire une recommandation d'exclusion (art. 11.12) Si le résident était absent de la réunion du Comité d'évaluation au cours de laquelle les membres ont formulé une recommandation d'exclusion, ce dernier doit être rencontré par le Comité d'évaluation avant que le Comité de révision soit sollicité et recommande ou non son exclusion définitive.
2. Une copie de la recommandation d'exclusion formulée par le Comité d'évaluation doit être transmise sans délai au vice doyen aux études médicales postdoctorales, sous la forme:
 - a. d'une fiche d'évaluation complémentaire, ou;
 - b. d'un extrait du procès-verbal de la réunion.
3. Le rapport complémentaire⁴ doit être complété et signé par le directeur du programme et le résident impliqué, que ce dernier soit en accord ou non avec la recommandation formulée par le Comité d'évaluation dans son dossier.
4. Suite à la recommandation d'exclusion, le Doyen rend sa décision. Lorsque le doyen communique au résident sa décision de l'exclure du programme il doit aviser le résident qu'il peut se prévaloir d'un droit d'appel conformément au paragraphe 13.2 du Règlement des études médicales postdoctorales.
5. Le résident qui souhaite en appeler d'une décision d'exclusion doit en faire lui-même la demande par écrit au doyen dans les quinze jours ouvrables suivant le moment où cette décision lui a été communiquée. Le doyen en saisit le Comité de révision, qui entend le directeur de programme, en présence du résident. Le Comité recommande ensuite au doyen la levée ou le maintien de l'exclusion. Le doyen informe le résident de sa décision. La décision du doyen est sans appel.
6. La procédure administrative pour le traitement d'une demande d'appel suite à une recommandation d'exclusion est similaire à celle pour les demandes d'appel pour échec de stage, à l'exception du fait que c'est l'ensemble du dossier académique du résident qui est soumis à l'attention des membres du Comité de révision.

⁴ Le rapport complémentaire peut contenir un extrait du procès-verbal de la réunion du Comité d'évaluation au cours de laquelle la recommandation d'exclusion a été formulée par les membres.

7. Dans les cas où l'exclusion du résident est confirmée par le doyen, il convient d'aviser le Collège des médecins du Québec, de même que le Collège Royal ou le Collège des médecins de famille, selon le cas, de la date et de la raison de la cessation de formation du résident.

Le 28 février 2014

Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales le 19 mars 2014

Sources : Règlement des études médicales postdoctorales
Guide du résident

Le comité de révision

I- Mandat

- Réviser toutes les recommandations d'exclusion;
- Réviser les échecs de stage, si le résident en fait la demande.

Le comité de révision est en fait un comité d'appel. Il doit notamment s'assurer que :

- Un soutien pédagogique approprié a été offert au résident;
- La procédure a bien été suivie et les droits du résident ont été respectés dans la mesure du possible;
- Le comité d'évaluation du programme n'a pas omis de considérer certaines informations;
- Des faits nouveaux ne sont pas survenus depuis que la recommandation du comité d'évaluation du programme a été rendue.

II- Mode de fonctionnement

La Faculté :

- Avise le résident par écrit de la date et de l'heure où il sera entendu et spécifie qu'à défaut de se présenter, sans motif valable, une décision sera rendue en son absence;
- Communique au résident les documents qui seront évalués au moins 10 jours avant l'audition;

L'avis est acheminé par tout mode de transmission offrant une preuve de réception (ex : courrier recommandé).

On entend par motif valable, un motif indépendant de la volonté de l'étudiant, tel que la force majeure, le cas fortuit ou une maladie attestée par un certificat médical.

Lors de l'audition, le comité doit :

- Entendre le témoignage de toutes les parties impliquées en présence du résident

- Entendre le témoignage du résident qui peut être accompagné d'un conseiller, à la discrétion du comité. Le comité de révision n'a pas l'obligation d'entendre le conseiller.

Le conseiller peut être :

- a) un étudiant ou un professeur de l'Université;
- b) un médecin;
- c) un avocat.

Le conseiller ne peut pas être un membre de la famille.

N.B. Le comité peut refuser la présence du conseiller.

Le comité peut refuser que le conseiller lui adresse la parole.

Le résident et son conseiller doivent être absents pendant les délibérations du comité.

Une approche conciliatrice face à la présence du conseiller est recommandée.

II- Recommandations

Le comité formule des recommandations à la Faculté. Il peut recommander :

- D'accepter une recommandation d'exclusion
- De maintenir un échec de stage

Les recommandations du comité de révision doivent être bien fondées. Dans le procès-verbal, le comité doit :

- Résumer les faits
- Justifier ses recommandations

Le comité ne formule pas de recommandations quant au soutien pédagogique, lieu ou durée d'un stage etc... Ces décisions appartiennent au comité de programme.

Février 2007

CRITÈRES DÉTERMINANTS ET NORMAUX note

Critères déterminants :

- 1 Sens des responsabilités (Professionalisme)
- 2 Respect et honnêteté dans ses rapports professionnels (Professionalisme)
- 3 Empathie envers ses patients (Professionalisme)
- 4 Capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique (Professionalisme)
- 5 Capacité d'autocritique (Professionalisme)
- 20 Habiletés de communication : patients, familles, professionnels de la santé (Communication)
- 28 Motivation et autonomie à lire, questionner et apprendre (Érudition)

Critères normaux :

- 6 Connaissances cliniques (Expertise)
- 7 Connaissances fondamentales (Expertise)
- 8 Anamnèse organisée, dirigée et pertinente (Expertise)
- 9 Maîtrise des gestes d'examen physique appropriés (Expertise)
- 10 Formulation du problème à partir des données cliniques et para cliniques (Expertise)
- 11 Élaboration d'hypothèses diagnostiques appropriées (Expertise)
- 12 Formulation et justification des conduites à tenir (Expertise)
- 13 Élaboration d'un plan de suivi approprié (Expertise)
- 14 Identification et prise en charge des urgences (Expertise)
- 15 Habiletés techniques (Expertise)
- 21 Documentation écrite utile et pertinente (rapports et procédures) (Communication)
- 22 Consultation efficace et collaboration avec les autres équipes médicales (Collaboration)
- 23 Collaboration constructive lors du travail interdisciplinaire (Collaboration)
- 24 Organisation du travail clinique (Gestion)
- 25 Utilisation judicieuse des ressources dans les soins de ses patients (Gestion)
- 26 Intégration des concepts de médecine préventive aux conduites à tenir (Promotion de la santé)
- 27 Capacité d'enseignement au patient des principes de promotion de la santé (Promotion de la santé)
- 29 Capacité d'évaluation critique de la littérature et de ses enseignements (Érudition)
- 30 Contribution académique et à l'enseignement (Érudition)

RÉSIDENTS JUNIORS

Critères déterminants : Une seule note « Insuffisant » entraîne un échec de stage.

Critères normaux : Trois notes « Insuffisant » entraînent un échec de stage.

Somme des mentions « IA » et « IS » : Si l'une ou l'autre des mentions inférieur aux attentes (IA) ou insuffisant (IS) se retrouvent dans six catégories ou plus, il y a échec de stage. Si le nombre de catégories évaluées lors d'un stage est ≤ 18 , le nombre de catégories où l'on retrouve ces mentions ne devra pas dépasser 25% de ce nombre.

RÉSIDENTS SÉNIORS

Critères déterminants : Une seule note « Insuffisant » entraîne un échec de stage.

Critères normaux : Deux notes « Insuffisant » entraînent un échec de stage.

Somme des mentions « IA » et « IS » : Si l'une ou l'autre mentions inférieur aux attentes (IA) ou insuffisant (IS) se retrouvent dans cinq catégories ou plus, il y a échec de stage. Si le nombre de catégories évaluées lors d'un stage est ≤ 18 , le nombre de catégories où l'on retrouve ces mentions ne devra pas dépasser 20% de ce nombre.

NOTE : Le Comité d'évaluation n'est pas tenu d'appliquer ces barèmes, mais il doit alors justifier sa décision par écrit à la vice-doyenne.

RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DU PERMIS ET DES CERTIFICATS DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Code des professions

(L.R.Q., c. C-26, a. 93, par. c et c.1, a. 94, par. i et a. 94.1)

SECTION I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Le présent règlement a pour objet de déterminer les règles d'accès à la profession médicale. Il fixe notamment les règles concernant la délivrance du permis d'exercice de la médecine visé à l'article 33 de la Loi médicale (L.R.Q., c. M-9) et des certificats de spécialiste visés à l'article 37 de cette loi. Il détermine également les normes d'équivalence du diplôme de médecine et de la formation postdoctorale et en établit la procédure de reconnaissance des équivalences. Enfin, il établit les modalités pour la création d'une nouvelle spécialité.

Décision 2010-09-15, a. 1.

2. Dans le présent règlement, on entend par:

1° «comité»: le comité composé de personnes autres que des membres du comité exécutif et formé par le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec en vertu du paragraphe 2 de l'article 86.0.1 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26) pour étudier les demandes de permis et de certificats de spécialiste et statuer sur les demandes d'équivalence de diplôme et d'équivalence de formation;

2° «diplôme de médecine»: un diplôme reconnu par règlement du gouvernement, comme donnant ouverture au permis et à un certificat de spécialiste du Collège en vertu du premier alinéa de l'article 184 du Code des professions;

3° «équivalence du diplôme de médecine»: la reconnaissance par le Collège qu'un diplôme délivré par un établissement d'enseignement situé hors du Québec atteste que le niveau de connaissances et d'expérience clinique du candidat qui est titulaire de ce diplôme équivaut à celui d'une personne qui est titulaire d'un diplôme de médecine;

4° «équivalence de formation postdoctorale»: la reconnaissance par le Collège qu'une formation acquise dans un établissement d'enseignement situé hors du Canada est équivalente en durée et contenu à celle prévue à l'annexe I;

5° «résident»: le titulaire d'un diplôme de médecine ou le candidat à qui le Collège a reconnu une équivalence du diplôme et qui, étant inscrit dans un programme universitaire de formation postdoctorale, effectue des stages de formation dans le cadre de ce programme;

6° «milieux de formation»: les centres exploités par les établissements au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ou les établissements au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5) affiliés aux universités qui délivrent les diplômes de médecine, ainsi que des cabinets, des cliniques médicales ou autres milieux proposés par les autorités compétentes de l'université et agréés par le Conseil d'administration.

7° «programme de formation reconnu»: programme universitaire de formation postdoctorale agréé par le Collège des médecins du Québec, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada ou l'Accreditation Council for Graduate Medical Education.

Décision 2010-09-15, a. 2.

3. Le secrétaire du comité peut demander tout document et faire toute vérification afin de s'assurer de la véracité, de la légalité et de l'authenticité des documents fournis à l'appui d'une demande présentée en vertu du présent règlement.

Décision 2010-09-15, a. 3.

SECTION II

CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DU PERMIS ET DES CERTIFICATS DE SPÉCIALISTE

§1. Formation postdoctorale

4. La formation postdoctorale dont la durée est prévue à l'annexe I consiste en un ensemble de stages effectués en milieux de formation dans le cadre d'un programme universitaire de formation agréé par le Conseil d'administration, selon les conditions et modalités de cet agrément.

Le contenu de la formation postdoctorale doit être conforme aux objectifs et exigences de la formation spécialisée du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou aux critères pour l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada.

Décision 2010-09-15, a. 4.

5. La formation postdoctorale est considérée achevée par le comité lorsque le résident possède les compétences professionnelles requises pour exercer la médecine et que la faculté de médecine confirme qu'il a réussi ses stages et atteint l'ensemble des objectifs du programme de formation.

Décision 2010-09-15, a. 5.

§2. Examens

6. L'examen final évalue le candidat en vue de déterminer s'il est apte à exercer la médecine de façon autonome.

L'examen final comporte une ou plusieurs composantes, lesquelles sont administrées par un organisme avec lequel le Conseil d'administration a conclu une entente à cet effet, conformément au paragraphe 7 de l'article 86.0.1 du Code des professions.

Décision 2010-09-15, a. 6.

7. L'admissibilité d'un candidat à l'examen final est déterminée par l'organisme avec lequel le Conseil d'administration a conclu une entente.

Décision 2010-09-15, a. 7.

8. Malgré l'article 7, le Collège détermine l'admissibilité à l'examen final du titulaire d'un permis restrictif délivré en vertu de l'article 35 de la Loi médicale ou celle d'un candidat diplômé hors du Canada ou des États-Unis qui ne rencontre pas les conditions d'admissibilité de l'organisme avec lequel le Conseil d'administration a conclu une entente en application du deuxième alinéa de l'article 6.

Décision 2010-09-15, a. 8.

9. Le titulaire d'un permis restrictif est admissible à l'examen final s'il remplit les conditions suivantes :

RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DU PERMIS ET DES CERTIFICATS DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

- 1° le Collège lui a reconnu une équivalence de formation postdoctorale;
- 2° il est titulaire d'un permis restrictif depuis au moins 12 mois.

Décision 2010-09-15, a. 9.

10. Le candidat diplômé hors du Canada ou des États-Unis est admissible à l'examen final s'il remplit les conditions suivantes :

- 1° le Collège a reconnu l'équivalence de son diplôme de docteur en médecine;
- 2° il est admis dans un programme de formation postdoctorale agréé par le Conseil d'administration;
- 3° il est recommandé à l'examen final par la faculté de médecine qui l'a admis;
- 4° il a déposé une demande de reconnaissance d'équivalence de formation postdoctorale.

Décision 2010-09-15, a. 10.

11. Le secrétaire du comité informe par écrit le titulaire d'un permis restrictif ou le candidat visé à l'article 10 de son admissibilité à l'examen. Lorsqu'il lui refuse l'admissibilité, il doit motiver sa décision par écrit.

Décision 2010-09-15, a. 11.

§3. Demandes de permis et de certificats de spécialiste

12. Le Conseil d'administration délivre un permis visé à l'article 33 de la Loi médicale et un certificat de spécialiste au candidat qui remplit, outre les conditions et formalités fixées par la loi, celles déterminées par le présent règlement, dont les suivantes :

- 1° il doit avoir achevé, dans un programme de formation reconnu, la formation postdoctorale prévue à l'annexe I pour la spécialité concernée ou en avoir obtenu l'équivalence;
- 2° il doit être licencié du Conseil médical du Canada;
- 3° il doit avoir réussi l'examen final prescrit pour la spécialité concernée, soit le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, soit du Collège des médecins de famille du Canada;
- 4° il doit avoir participé à l'activité de formation portant sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec (ALDO-Québec) déterminée par le Conseil d'administration;
- 5° il doit payer la somme prescrite en application du paragraphe 8 de l'article 86.0.1 du Code des professions aux fins de l'obtention du permis et du certificat.

Décision 2010-09-15, a. 12.

SECTION III NORMES D'ÉQUIVALENCE

§1. Normes d'équivalence du diplôme de médecine

RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DU PERMIS ET DES CERTIFICATS DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

13. Le diplôme de docteur en médecine décerné par une université située hors du Québec équivaut à un diplôme de médecine dans les cas suivants :

1° la faculté de médecine de cette université est agréée par le Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada ou le Liaison Committee on Medical Education à la date où le diplôme est décerné;

2° le diplôme de docteur en médecine est visé par une entente conclue par le Collège pour mettre en œuvre une entente de reconnaissance mutuelle des compétences professionnelles intervenue entre le gouvernement du Québec et un autre gouvernement.

Décision 2010-09-15, a. 13

14. Le diplôme de docteur en ostéopathie décerné par une école de médecine ostéopathique située aux États-Unis équivaut à un diplôme de médecine, pourvu que cette école soit agréée par la Commission on Osteopathic College Accreditation of the American Osteopathic Association à la date où le diplôme est décerné.

Décision 2010-09-15, a. 14.

15. La délivrance par le Conseil d'administration d'un permis restrictif visé à l'article 35 de la Loi médicale a pour effet de reconnaître l'équivalence du diplôme de médecine.

Une équivalence du diplôme est également accordée au candidat qui a satisfait aux exigences visées au paragraphe 2° de l'article 12.

Décision 2010-09-15, a. 15

16. Le diplôme de docteur en médecine décerné par une école de médecine ou une université qui n'est pas agréée par l'un des organismes visés au paragraphe 1° de l'article 13 équivaut à un diplôme de médecine, si :

1° cette école ou la faculté de médecine de cette université figure au « International Medical Education Directory », publié par la Foundation for Advancement of International Medical Education and Research à la date où le diplôme est décerné;

2° son titulaire a réussi les examens déterminés par le Conseil d'administration.

Décision 2010-09-15, a. 16

§2. Normes d'équivalence de la formation postdoctorale

17. Est reconnue équivalente à la totalité ou à une partie de la formation postdoctorale en médecine, une formation équivalente en durée et contenu à l'une des formations énumérées à l'annexe I et effectuée dans un programme de formation reconnu.

Décision 2010-09-15, a. 17

18. Une équivalence maximale de 12 mois de formation en médecine de famille et de 24 mois de formation dans l'une des autres spécialités énumérées à l'annexe I est accordée si le candidat :

1° a achevé une formation postdoctorale en médecine dans un programme de formation reconnu dont la durée n'est pas équivalente à la durée de la spécialité concernée énumérée à l'annexe I;

2° démontre qu'il possède 2 années d'expérience pertinente dans la spécialité concernée pour chaque année de formation pour laquelle il demande la reconnaissance d'une équivalence.

RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DU PERMIS ET DES CERTIFICATS DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Décision 2010-09-15, a. 18

19. Pour présenter une demande d'équivalence d'une formation postdoctorale qui n'a pas été effectuée dans un programme de formation reconnu dans l'une des spécialités énumérées à l'annexe I, le candidat doit :

1° être titulaire d'un diplôme de médecine ou s'être vu accorder par le Collège une équivalence du diplôme de médecine;

2° être admis dans un programme de formation reconnu et y avoir effectué une formation au terme de laquelle il a obtenu une attestation de fin de formation postdoctorale.

La formation postdoctorale visée au paragraphe 2° du premier alinéa ne peut être d'une durée moindre que 12 mois.

L'attestation de fin de formation, signée par le doyen de la faculté de médecine ou par son représentant, doit être transmise au comité.

Le titulaire d'un permis restrictif est dispensé de respecter les obligations prévues au présent article.

Décision 2010-09-15, a. 19.

20. Une équivalence totale de formation est reconnue à la personne qui a effectué une formation postdoctorale dans un programme qui n'est pas reconnu, mais qui a réussi l'examen visé au paragraphe 3° de l'article 12.

Décision 2010-09-15, a. 20.

21. Une équivalence totale de formation est reconnue à la personne qui a achevé, dans un programme de formation agréé, une formation postdoctorale d'une durée inférieure à celle déterminée à l'annexe I lorsque cette formation a été acquise dans le cadre d'un projet pilote approuvé préalablement par le Conseil d'administration et visant à vérifier si l'ensemble des compétences requises pour exercer la médecine de façon autonome peuvent être acquises dans le cadre d'une formation postdoctorale d'une durée moindre que celle fixée par le présent règlement.

Décision 2010-09-15, a. 21.

22. Le comité procède à l'étude de la demande d'équivalence de formation postdoctorale, incluant l'attestation de fin de formation, sur recommandation favorable de la faculté de médecine confirmant que le candidat a atteint l'ensemble des objectifs du programme de formation, et décide si le candidat bénéficie d'une équivalence ou non.

Le comité ne peut reconnaître l'équivalence d'une formation dont la durée totale est moindre que celle prévue à l'annexe I pour la spécialité concernée.

Décision 2010-09-15, a. 22.

§3. Normes d'équivalence d'examens

23. Est exempté de la réussite des parties I et II de l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, le candidat qui :

1° est titulaire d'un diplôme de docteur en médecine décerné par une faculté de médecine située hors du Québec et agréée par le Liaison Committee on Medical Education à la date où le diplôme est décerné;

RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DU PERMIS ET DES CERTIFICATS DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

2° a complété une formation postdoctorale dans un programme universitaire de formation postdoctorale en médecine qui est agréé par l'Accreditation Council for Graduate Medical Education;

3° a réussi les trois composantes du United States Medical Licensing Examination.

Décision 2010-09-15, a. 23.

24. Est exempté de se présenter à la composante équivalente d'un examen, le candidat qui, aux fins de la délivrance d'un certificat de spécialiste en médecine de famille, a réussi l'examen de l'American Board of Family Medicine.

Décision 2010-09-15, a. 24.

25. Est exempté de la réussite de l'examen final prescrit en médecine de famille en application du paragraphe 3° de l'article 12, le candidat qui a obtenu, en 1994 ou avant, un permis régulier l'autorisant à exercer la médecine de famille dans l'une des provinces ou territoires canadiens.

Décision 2010-09-15, a. 25.

26. Est exemptée de la réussite des examens prescrits en application des paragraphes 2° et 3° de l'article 12, la personne qui remplit les conditions suivantes :

1° le comité lui a reconnu, en application de la sous-section 2, une équivalence de formation postdoctorale;

2° elle est titulaire d'un permis restrictif visé à l'article 35 de la Loi médicale depuis plus de cinq ans et les activités autorisées en vertu de ce permis correspondent à l'ensemble des activités exercées dans l'une des spécialités énumérées à l'annexe I.

Décision 2010-09-15, a. 26.

§4. Normes d'équivalence pour la création d'une nouvelle spécialité

27. Dans les 30 jours qui suivent la date de l'entrée en vigueur d'un règlement du Conseil d'administration créant une nouvelle spécialité, le secrétaire du Collège informe par écrit tout médecin de la création de la nouvelle spécialité et de la date d'entrée en vigueur du règlement pris en application du paragraphe e de l'article 94 du Code des professions la créant.

Décision 2010-09-15, a. 27.

28. Pour obtenir une équivalence de formation et se voir délivrer un certificat de spécialiste dans la nouvelle spécialité, un médecin doit :

1° présenter une demande à cet effet dans les 6 mois suivant l'expédition de l'avis du secrétaire du Collège;

2° fournir une attestation d'une autorité médicale administrative d'un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q, c. S-4.2) suivant laquelle il exerce dans le domaine d'activités professionnelles relié à la nouvelle spécialité ainsi qu'une description de ses activités professionnelles;

3° fournir une copie certifiée conforme de tout diplôme ou certificat ainsi que des attestations suivant lesquelles il a acquis la formation, les connaissances et les compétences professionnelles reliées à la nouvelle spécialité;

RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DU PERMIS ET DES CERTIFICATS DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

4° démontrer au comité que sa formation, les stages qu'il a effectués ou son expérience professionnelle satisfont, dans leur ensemble, aux dispositions du présent règlement quant à la formation postdoctorale et à l'examen de spécialité prescrits pour l'obtention d'un certificat de spécialiste dans la nouvelle spécialité;

5° acquitter les frais d'étude de son dossier, exigés conformément au paragraphe 8° de l'article 86.0.1 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26);

6° autoriser la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer au Collège son profil de pratique.

Décision 2010-09-15, a. 28.

29. Le Conseil d'administration délivre un certificat de spécialiste dans la spécialité visée à tout médecin qui en fait la demande et qui rencontre l'une des conditions suivantes :

1° a réussi l'examen du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada menant à la certification dans cette spécialité;

2° a complété, dans un programme de formation agréé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, une formation postdoctorale sans certification avant la création par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada d'un examen pour cette spécialité.

Décision 2010-09-15, a. 29.

30. Dans les 90 jours de la date de réception d'une demande, le comité rend par écrit l'une des décisions suivantes :

1° rejeter la demande d'équivalence;

2° accepter la demande d'équivalence et recommander la délivrance d'un certificat de spécialiste;

3° accepter la demande d'équivalence et recommander la délivrance d'un certificat de spécialiste à la suite de la réussite de l'examen final de la spécialité visée.

Décision 2010-09-15, a. 30.

31. Aux fins de l'étude de ces demandes, le comité peut s'adjoindre des experts.

Décision 2010-09-15, a. 31.

32. Les articles 33 à 40 s'appliquent au médecin qui présente une demande visée à l'article 28, compte tenu des adaptations nécessaires.

Décision 2010-09-15, a. 32.

SECTION IV PROCÉDURE DE RECONNAISSANCE DES ÉQUIVALENCES

33. Le secrétaire du comité transmet l'information nécessaire au candidat qui désire faire reconnaître une équivalence.

Décision 2010-09-15, a. 33.

RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DU PERMIS ET DES CERTIFICATS DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

34. Le candidat qui demande la reconnaissance d'une équivalence remplit le formulaire fourni par le Collège à cet effet et y joint la somme déterminée par le Conseil d'administration en application du paragraphe 8° de l'article 86.0.1 du Code des professions.

Le candidat doit aussi produire ceux des documents suivants qui sont nécessaires au soutien de sa demande :

- 1° une copie certifiée conforme de son relevé de notes et de son diplôme de médecine;
- 2° une copie certifiée conforme de tout diplôme ou certificat délivré hors Québec, utile à la demande, ainsi que la preuve qu'ils ont été délivrés après la réussite d'un examen;
- 3° une attestation suivant laquelle il a complété en tout ou en partie sa formation postdoctorale en médecine, incluant une description de la formation complétée, des stages effectués et la durée s'y rapportant ainsi que la preuve qu'ils ont été achevés;
- 4° les rapports de stages signés par les doyens des facultés de médecine des universités ou leur représentant auxquelles sont affiliés les milieux de formation;
- 5° une attestation suivant laquelle il exerce ou a exercé la médecine avec compétence, appuyée par des lettres de référence des autorités médicales concernées;
- 6° une attestation récente de sa conduite professionnelle signée par l'autorité compétente de chacune des juridictions où il a exercé;
- 7° une attestation délivrée, selon le cas, par le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Conseil médical du Canada ou l'American Board of Family Medicine suivant laquelle il a réussi à l'examen requis aux fins de la délivrance d'un certificat de spécialiste et, le cas échéant, une copie certifiée conforme de son certificat;
- 8° la preuve de réussite des examens déterminés par le Conseil d'administration.

Décision 2010-09-15, a. 34.

35. Les documents transmis à l'appui de la demande d'équivalence qui sont rédigés dans une langue autre que le français ou l'anglais doivent être accompagnés de leur traduction en français, attestée sous serment d'un traducteur agréé ou, s'il n'est pas du Québec, reconnu par les autorités de sa province ou de son pays.

Décision 2010-09-15, a. 35.

36. Le secrétaire du comité transmet le dossier du candidat qui fait la demande de reconnaissance de l'équivalence au comité. Après avoir pris connaissance du dossier, le comité décide si le candidat bénéficie d'une équivalence ou non.

Décision 2010-09-15, a. 36.

37. Dans les 15 jours qui suivent la date de sa décision, le comité en informe par écrit le candidat.

Décision 2010-09-15, a. 37.

38. Lorsque le comité refuse l'équivalence demandée ou ne la reconnaît que partiellement, il doit, à la même occasion, informer par écrit le candidat des motifs de refus ainsi que des conditions à remplir pour obtenir cette équivalence.

RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DU PERMIS ET DES CERTIFICATS DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Décision 2010-09-15, a. 38.

39. Le candidat qui est informé de la décision du comité de ne pas reconnaître l'équivalence demandée ou de ne la reconnaître que partiellement peut en demander la révision, à la condition qu'il en fasse la demande par écrit au secrétaire du comité dans les 30 jours de la réception de cette décision.

Le comité exécutif doit, à la première réunion ordinaire qui suit la date de réception de cette demande, examiner la demande de révision. Il doit, avant de prendre une décision, permettre au candidat de présenter ses observations à cette réunion.

À cette fin, le secrétaire du comité informe le candidat de la date, du lieu et de l'heure de la réunion au cours de laquelle la demande sera examinée au moyen d'un avis écrit, transmis par courrier recommandé, au moins 15 jours avant sa tenue.

Le candidat qui désire être présent pour faire ses observations doit en informer le secrétaire du comité au moins 5 jours avant la date prévue pour la réunion. Le candidat peut cependant faire parvenir au secrétaire du comité ses observations écrites en tout temps avant la date prévue pour la réunion.

Décision 2010-09-15, a. 39.

40. La décision du comité exécutif est définitive et doit être transmise au candidat par courrier recommandé dans les 30 jours suivant la date de la décision.

Décision 2010-09-15, a. 40.

SECTION V DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

41. Le paragraphe 2° de l'article 12 ne s'applique pas au résident inscrit au Québec, avant le 1er juillet 2009, dans un programme universitaire de formation postdoctorale autre que la médecine de famille.

Décision 2010-09-15, a. 41.

42. Malgré l'article 30, le comité dispose de 120 jours pour rendre une décision relative à toute demande visant la délivrance d'un certificat de spécialiste dans une nouvelle spécialité créée par le présent règlement.

Décision 2010-09-15, a. 42.

43. Le présent règlement remplace le Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec approuvé par le décret numéro 339-2006 du 26 avril 2006.

Décision 2010-09-15, a. 43.

44. (*Omis*).

Décision 2010-09-15, a. 44.

ANNEXE I

(a. 2, 4, 12, 17 à 22, 26)

FORMATIONS POSTDOCTORALES DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA OU DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA RECONNUES AUX FINS DE LA DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE

1. Anatomopathologie / 60 mois
2. Anesthésiologie / 60 mois
3. Biochimie médicale / 60 mois
4. Cardiologie / 72 mois
5. Chirurgie cardiaque / 72 mois
6. Chirurgie colorectale / 72 mois
7. Chirurgie générale / 60 mois
8. Chirurgie générale oncologique / 84 mois
9. Chirurgie générale pédiatrique / 84 mois
10. Chirurgie orthopédique / 60 mois
11. Chirurgie plastique / 60 mois
12. Chirurgie thoracique / 84 ou 96 mois
13. Chirurgie vasculaire / 60 mois
14. Dermatologie / 60 mois
15. Endocrinologie et métabolisme / 60 mois
16. Gastroentérologie / 60 mois
17. Génétique médicale / 60 mois
18. Gériatrie / 60 mois
19. Hématologie / 60 mois
20. Hématologie/oncologie pédiatrique / 72 mois
21. Immunologie clinique et allergie / 60 mois
22. Maladies infectieuses / 60 mois

- 23. Médecine communautaire / 60 mois
- 24. Médecine d'urgence / 60 mois
- 25. Médecine d'urgence pédiatrique / 60 mois
- 26. Médecine de famille / 24 mois
- 27. Médecine de l'adolescence / 60 mois
- 28. Médecine de soins intensifs / 60 mois
- 29. Médecine du travail / 60 mois
- 30. Médecine interne / 48 mois
- 31. Médecine maternelle et foetale / 84 mois
- 32. Médecine néonatale et périnatale / 60 mois
- 33. Médecine nucléaire / 60 ou 72 mois
- 34. Médecine physique et réadaptation / 60 mois
- 35. Microbiologie médicale et infectiologie / 60 mois
- 36. Néphrologie / 60 mois
- 37. Neurochirurgie / 72 mois
- 38. Neurologie / 60 mois
- 39. Neuropathologie / 60 mois
- 40. Obstétrique et gynécologie / 60 mois
- 41. Oncologie gynécologique / 84 mois
- 42. Oncologie médicale / 60 ou 72 mois
- 43. Ophtalmologie / 60 mois
- 44. Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale / 60 mois
- 45. Pathologie générale / 60 mois
- 46. Pathologie hématologique / 48 mois
- 47. Pathologie judiciaire / 72 mois
- 48. Pédiatrie / 48 mois
- 49. Pneumologie / 60 mois

RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DU PERMIS ET DES CERTIFICATS DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

50. Psychiatrie / 60 mois

51. Radio-oncologie / 60 mois

52. Radiologie diagnostique / 60 mois

53. Rhumatologie / 60 mois

54. Urologie / 60 mois

Décision 2010-09-15, Ann. I.

D. 339-2006, 2006 G.O. 2, 1911

D. 423-2008, 2008 G.O. 2, 2091 et 3489

D. 588-2008, 2008 G.O. 2, 3557

D. 938-2008, 2008 G.O. 2, 5493

D. 939-2008, 2008 G.O. 2, 5495

Décision 2010-09-15, 2010 G.O. 2, 4358



The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

ÉCHEC GRAVE

La catégorie “échec grave” s’applique aux candidats dont la performance est généralement inférieure d’au moins deux écarts types à la note d’échec. Ce niveau de performance indique que le candidat ne réussirait pas lors de reprises de l’examen sans complément de formation ou autre intervention appropriée. Seul un très petit nombre de candidats (1.13% de l’ensemble des candidats en 2008) se trouve dans cette catégorie.

Les candidats ayant eu un échec grave recevront un sommaire de leur performance. La lettre accompagnant le sommaire comportera les informations suivantes ;

- information que le candidat se trouve dans la catégorie “échec grave »
- information que le dossier du candidat sera retourné au Comité des titres en vue de décider si une autre admissibilité aux examens peut être accordée
- invitation aux candidats de fournir une rétroaction par courriel à l’adresse suivante: RCPC
Examfeedback@rcpsc.edu à propos de toute information complémentaire que le candidat souhaite porter à l’attention du Comité des titres pour la délibération concernant leur dossier
- la date limite pour la rétroaction des candidats est fixée au 30 juin pour les examens du printemps et au 31 octobre pour les examens d’automne.

Les directeurs de programme recevront une copie du sommaire et une notification d’échec sévère à moins que le candidat informe le Collège par écrit qu’il souhaite que cette information reste confidentielle.

Le Comité des titres évaluera les dossiers des candidats de la catégorie « échec grave » deux fois par an lors de la réunion du mois d’août pour la session d’examen du printemps et lors de la réunion du mois de novembre pour la session d’examen d’automne. Les candidats ayant eu un échec grave seront informés de la décision au plus tard deux semaines après les délibérations.

N:\MEMOS\Severe Fail.French.doc

English on back



**Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada**

**Politiques et modalités s'appliquant
à l'octroi de certificats et du titre d'associé(e)**

Février 2007

Les présents règlements remplacent tous ceux qui ont paru
antérieurement.

Le CRMCC se réserve le droit de modifier les présents
règlements n'importe quand, sans préavis.

TABLE DES MATIÈRES

<u>SOMMAIRE EXÉCUTIF</u>	1
<u>SECTION I - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX</u>	
1.1 Introduction.....	3
1.2 Pour nous joindre	3
1.3 Sigles	4
1.4 Définitions, terminologie et consultation rapide.....	4
1.5 Liste des spécialités et des surspécialités reconnues par le CRMCC	6
<u>SECTION II - DEMANDES D'ÉVALUATION DE LA FORMATION</u>	
Renseignements généraux.....	9
2.1 Critères d'admissibilité	9
2.2 Documents	9
2.3 Attestation d'achèvement de la formation.....	10
2.4 Frais d'évaluation.....	10
2.5 Dates limites de présentation des demandes.....	11
2.6 Pénalités	11
<u>SECTION III - CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AUX EXAMENS</u>	
Renseignements généraux.....	12
3.1 Titre médical acceptable pour le CRMCC.....	12
3.2 Qualités morales, éthiques et professionnelles acceptables.....	12
3.3 Achèvement satisfaisant de la formation médicale postdoctorale	13
<u>SECTION IV - FORMATION MÉDICALE POSTDOCTORALE</u>	
PARTIE A – RÉSIDENCE	
4.1 Résidence	14
4.2 Exigences de la formation en résidence	14
4.3 Modifications de la formation en résidence	15
PARTIE B – AUTRE FORMATION MÉDICALE POSTDOCTORALE	
4.4 Formation en médecine familiale.....	17
4.5 Recherche clinique ou fondamentale	17
4.6 Stages optionnels.....	18
4.7 Autre formation clinique postdoctorale	19
<u>SECTION V - DÉCISIONS DU CRMCC SUR L'ADMISSIBILITÉ AUX EXAMENS</u>	
Renseignements généraux.....	20
5.1 Délivrance d'une lettre de décision du CRMCC	20
5.2 Décisions sur l'admissibilité aux examens	20
5.3 Conditions relatives aux décisions	20
5.4 Révision d'une décision.....	21
5.5 Réexamen d'une décision	21
5.6 Appel d'une décision relative à une décision du CRMCC	21
5.7 Annulation de l'admissibilité aux examens	22
5.8 Renouvellement de l'admissibilité aux examens	22

SECTION VI - EXAMENS DU CRMCC

Renseignements généraux.....	23
6.1 Examen sur les connaissances fondamentales de la chirurgie	23
6.2 Examens dans des disciplines agréées sans certificat (ASC) qui deviennent une surspécialité avec examen.....	23
6.3 Inscription aux examens	23
6.4 Date limite d'inscription aux examens	24
6.5 Dates des examens	24
6.6 Lieux des examens	24
6.7 Structure des examens	24
6.8 Dates de l'achèvement de la formation par rapport aux dates des examens.....	24
6.9 Candidats ayant une invalidité, des problèmes ou des besoins spéciaux.....	25
6.10 Langue des examens	25
6.11 Décisions des jurys d'examen du CRMCC	25

SECTION VII – FORMATION À L'ÉTRANGER (NON AGRÉÉE PAR LE CRMCC OU NON APPROUVÉE PAR L'ACGME)

Renseignements généraux.....	26
7.1 Évaluation individuelle approfondie de la formation dans le cas des systèmes acceptables	26

Sommaire Exécutif des changements à partir de septembre 2006 à février 2007

Section III

3.2.3

Si le CRMCC reçoit de l'information concernant la révocation d'un permis médical, d'une condamnation criminelle et/ou de tout autre infraction(s) pertinente(s) pendant l'évaluation des qualifications d'un candidat aux examens de certification du CRMCC, le Comité des titres examinera l'information (y compris toutes soumissions du candidat) et interdira l'accès aux examens du CRMCC au candidat ne démontrant pas qu'il possède des qualités morales, éthiques et professionnelles requises.

Section IV

4.2.2

À la fin de la formation, le résident doit avoir atteint les objectifs de la spécialité ou surspécialité et il doit avoir satisfait aux exigences des compétences CanMEDS pertinentes dans sa spécialité ou surspécialité. **N'importe quand au cours de la formation d'un résident, le directeur du programme peut, avec l'approbation du doyen des études postdoctorales, prolonger ou modifier le programme d'un résident si les évaluations révèlent que celui-ci ne satisfait pas aux exigences de la formation spécialisée.** Pour obtenir plus de renseignements sur CanMEDS et les objectifs de formation propres à une spécialité ou à une surspécialité, veuillez consulter le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>.

Section IV

4.3.2

(iii) Il faut reporter à la dernière année de formation la décision d'accorder ou non une dispense de la formation après un congé. Ce délai permettra aux directeurs de programme et aux doyens des études postdoctorales de déterminer si le résident acquerra la compétence clinique sans faire les stages prévus dans la dispense.

Section VI

6.2

Examens dans des disciplines agréées sans certificat (ASC) qui deviennent une surspécialité avec examen

- 6.2.1** Tous les diplômés de programmes ASC agréés par le CRMCC qui deviennent une surspécialité avec examen peuvent se présenter aux examens de certification à compter de la première série d'examens offerte.
- 6.2.2** Tous les diplômés de programmes approuvés par l'ACGME ou d'autres programmes approuvés dans des disciplines ASC qui deviennent une surspécialité avec examen peuvent se présenter aux examens de certification si le programme a été approuvé à la suite de la reconnaissance, par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, de la surspécialité comme programme visé par l'agrément sans certificat.

- 6.2.3** Pour être admissibles, tous ces candidats doivent satisfaire à toutes les exigences décrites dans « *Politiques et modalités s'appliquant à l'octroi de certificats et du titre d'associé(e)* » et aux exigences de la formation spécialisée de la surspécialité, comme dans le cas de toutes les autres disciplines.
- 6.2.4** Si un diplômé d'un programme ASC converti en programme de certificat choisi de se présenter aux examens de certification et échoue, le médecin garde son statut ASC au CRMCC.

SECTION I — RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.1 Introduction

Le document intitulé *Politiques et modalités du CRMCC s'appliquant à l'octroi de certificats et du titre d'associé(e)* est un guide détaillé des politiques et des modalités qui décrit le processus à suivre pour obtenir le certificat du CRMCC. Le guide comporte sept grandes sections faciles à consulter qui énoncent clairement chaque étape du processus d'obtention du certificat.

Les principales étapes à suivre pour obtenir le certificat du CRMCC sont les suivantes :

- Le requérant a obtenu un titre médical acceptable pour le CRMCC (voir la section III).
- Le requérant a suivi un programme agréé par le CRMCC ou approuvé par l'ACGME (voir la section IV); ou, le requérant a reçu sa formation, qui n'est pas agréée par le CRMCC ni approuvée par l'ACGME, dans le cadre d'un système de formation médicale postdoctorale jugé acceptable par le CRMCC (voir la section VII).
- Le requérant a atteint de façon satisfaisante les objectifs de la formation propres à la spécialité et a satisfait aux exigences relatives à la formation propres à la spécialité (voir la section V).
- Le requérant a satisfait à toutes les exigences relatives aux examens (voir la section VI).

1.2 Pour nous joindre

Si vous désirez obtenir plus de renseignements, si vous souhaitez recevoir un formulaire de demande d'évaluation de la formation relative à l'admissibilité aux examens, ou si vous voulez connaître les objectifs de la formation ou les exigences relatives à la formation propres à une spécialité, veuillez vous adresser au Bureau de l'éducation :

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Bureau de l'éducation — Unité des titres

774, promenade Echo

Ottawa (Ontario) K1S 5N8 Canada

Téléphone : (613) 730-8191

Sans frais : 1 800 668-3740

Unité des titres – Poste 7750

Unité des titres/Équipe d'évaluation alternative – Poste 7740

Télécopieur : (613) 730-3707

Courriel : credentials@rcpsc.edu

Site Web : <http://crmcc.medical.org/>

Veillez noter : Il incombe aux requérants de s'assurer que le CRMCC a leur adresse postale et leurs numéros de téléphone exacts **en tout temps**.

1.3 Sigles

Les sigles d'usage courant comprennent les suivants :

ACGME	- Accreditation Council for Graduate Medical Education (États-Unis)
AAF	- Attestation d'achèvement de la formation
CAFMC	- Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada
CanMEDS	- Canadian Medical Education Directions for Specialists (cadre de compétences essentielles pour les médecins spécialisés canadiens)
CLEM	- Comité de liaison de l'éducation médicale
CMC	- Conseil médical du Canada
CMFC	- Collège des médecins de famille du Canada
CRMCC	- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
DME	- Diplômé en médecine de l'étranger
EA CMC	- Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada
EE CMC	- Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada
FAIMER	- Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (Fondation pour le développement international de la formation médicale et de la recherche)
FEFF	- Fiche d'évaluation en fin de formation
FRCPC	- Associé du Collège royal des médecins du Canada
FRCSC	- Associé du Collège royal des chirurgiens du Canada
MD	- Docteur en médecine
OMS	- Organisation mondiale de la santé
USMLE	- United States Medical Licensing Examinations (examen en vue de l'obtention du permis d'exercice de la médecine des États-Unis)

1.4 Définitions, terminologie et consultation rapide

Les termes *éducation médicale postdoctorale*, *formation médicale postdoctorale* et *formation en résidence* sont utilisés comme des synonymes dans tout le guide.

1.4.1 Agrément sans certification dans des surspécialités

« L'agrément sans certification » est un processus par lequel le CRMCC reconnaît des surspécialités pour les besoins de l'agrément de programmes, mais n'offre pas d'examen menant à un certificat dans la surspécialité en cause.

1.4.2 Évaluation de la formation pour déterminer l'admissibilité aux examens de certification du CRMCC

Tous les requérants doivent faire évaluer leur formation en résidence par le CRMCC afin d'assurer qu'ils ont satisfait aux exigences relatives à la formation propres à chaque spécialité dans le cadre d'un programme reconnu et approuvé par le CRMCC. La section II contient des renseignements plus précis sur les « Demandes d'évaluation de la formation ». Les requérants qui veulent obtenir des crédits menant à l'admissibilité aux examens pour la formation reçue dans le cadre d'un programme de formation médicale postdoctorale autre que les

programmes agréés par le CRMCC ou approuvés par l'ACGME doivent se reporter à la section VII, « Formation à l'étranger (non agréée par le CRMCC ou non approuvée par l'ACGME », pour obtenir plus de renseignements sur le processus de demande.

1.4.3 Citoyenneté

Il n'est pas nécessaire d'avoir élu domicile au Canada ni d'avoir la citoyenneté canadienne pour être admissible aux examens menant à un certificat du CRMCC.

1.4.4 Stage optionnel

On entend par stage optionnel un élément de la formation qui est discrétionnaire et non obligatoire. La section IV, partie B, « Autre formation médicale postdoctorale », comporte d'autres renseignements précis sur les stages optionnels.

1.4.5 Permis d'exercice

Le CRMCC n'accorde pas de permis d'exercice de la médecine. Les requérants qui veulent obtenir un permis d'exercice dans une province ou un territoire du Canada doivent détenir une autorisation appropriée de l'ordre de la province ou du territoire en cause. Les requérants doivent communiquer directement avec l'ordre des médecins de la province ou du territoire pour obtenir plus de renseignements. On trouve des liens vers les ordres sur le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>.

1.4.6 Objectifs de la formation et exigences relatives à la formation propres aux spécialités

Chaque spécialité et surspécialité reconnue par le CRMCC a des objectifs de formation et des exigences relatives à la formation qui lui sont propres. Il faut lire de concert avec le guide les renseignements précis sur les objectifs de la formation et les exigences relatives à la formation propres à chaque spécialité et surspécialité. Les objectifs de la formation et les exigences relatives à la formation propres aux spécialités qui ont trait à la formation médicale postdoctorale dans toutes les spécialités et surspécialités reconnues par le CRMCC sont disponibles sur le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>.

1.4.7 Examens menant au certificat du CRMCC

Les requérants sont jugés admissibles aux examens menant au certificat du CRMCC à condition de satisfaire à tous les critères d'admissibilité et aux exigences relatives à la formation en résidence. Les candidats aux examens doivent s'inscrire au CRMCC pour s'y présenter. La section VI, « Examens du CRMCC », contient d'autres renseignements plus précis sur les examens.

1.4.8 Réciprocité

Le CRMCC n'a pas d'accord de réciprocité en matière de reconnaissance des examens ou des compétences avec d'autres collèges ou conseils dans aucune spécialité ou surspécialité. Les requérants titulaires d'un certificat dans une autre spécialité ou surspécialité, ou d'un certificat octroyé par un autre collège ou conseil, ne sont pas exemptés des exigences du CRMCC.

1.4.9 Résidence

Une résidence s'entend d'un programme de formation dans une spécialité que l'on termine après la faculté de médecine. Ces programmes offrent au résident une formation supervisée et précise dans la spécialité ou la surspécialité qu'il a choisie. Le CRMCC n'a aucun pouvoir sur les questions touchant la nomination ou l'avancement dans le contexte d'un programme de résidence, ou la rémunération des résidents.

1.4.10 Décision

Une décision porte seulement sur l'admissibilité aux examens. Une fois la formation d'un résident évaluée, le CRMCC prend une « *décision* » quant à son admissibilité aux examens. Le CRMCC garde le pouvoir d'étudier toutes les demandes individuellement en vue d'effectuer une évaluation préliminaire de la formation et de rendre une décision sur l'admissibilité de l'intéressé. Le CRMCC garde également le pouvoir de revenir sur la décision d'accepter les titres d'un requérant ou d'exiger qu'il suive une formation supplémentaire. Veuillez vous reporter aux conditions relatives aux décisions décrites à la section V, « Décisions du CRMCC sur l'admissibilité aux examens ».

1.4.11 Certificat dans une spécialité

Un certificat dans une spécialité ou surspécialité sera octroyé une fois que l'on aura satisfait à toutes les exigences propres aux titres, à la formation et aux examens. Le certificat du CRMCC confirme que les médecins et chirurgiens spécialistes satisfont aux normes et aux exigences de formation imposées par le CRMCC.

1.5 Liste des spécialités et des surspécialités reconnues par le CRMCC

Le CRMCC reconnaît actuellement 60 spécialités et surspécialités.

Le CRMCC tient des examens menant au certificat dans les spécialités et surspécialités suivantes :

SPÉCIALITÉS

Anatomo-pathologie
Anesthésiologie
Biochimie médicale
Chirurgie cardiaque

Médecine physique et réadaptation
Microbiologie médicale
Neurochirurgie
Neurologie

Chirurgie générale	Obstétrique-gynécologie
Chirurgie orthopédique	Oncologie radiologique
Chirurgie plastique	Ophtalmologie
Dermatologie	Oto-rhino-laryngologie
Génétique médicale	Pathologie générale
Médecine communautaire	Pathologie hématologique
Médecine d'urgence	Pédiatrie
Médecine du travail	Psychiatrie
- <i>examen de surspécialité en 2008</i>	Radiologie diagnostique
Médecine interne	Urologie
Médecine nucléaire	

SURSPÉCIALITÉS

Surspécialités avec examen

certificat antérieur du CRMCC dans la spécialité :

Cardiologie	<i>médecine interne/pédiatrie</i>
Chirurgie générale pédiatrique	<i>chirurgie générale</i>
Chirurgie thoracique	<i>chirurgie cardiaque/chirurgie générale</i>
Chirurgie vasculaire	<i>chirurgie cardiaque/chirurgie générale</i>
Endocrinologie et métabolisme	<i>médecine interne/pédiatrie</i>
Gastroentérologie	<i>médecine interne/pédiatrie</i>
Gériatrie	<i>médecine interne</i>
Hématologie	<i>médecine interne</i>
Hématologie-oncologie pédiatrique	<i>premier examen en 2008</i> <i>pédiatrie</i>
Immunologie clinique et allergie	<i>médecine interne/pédiatrie</i>
Maladies infectieuses	<i>médecine interne/pédiatrie</i>
Médecine de soins intensifs	<i>anesthésiologie/chirurgie cardiaque/médecine d'urgence/chirurgie générale/médecine interne/pédiatrie</i>
Médecine légale	<i>anatomo-pathologie/pathologie générale</i>
Néphrologie	<i>médecine interne/pédiatrie</i>
Neuropathologie	<i>premier examen comme surspécialité en 2009</i> <i>anatomo-pathologie/pathologie générale</i>

Oncologie médicale
médecine interne
 Pneumologie
médecine interne/pédiatrie
 Rhumatologie
médecine interne/pédiatrie

De plus, le CRMCC agréé des programmes de résidence dans les surspécialités suivantes pour lesquelles il n'y a pas d'examen :

Surspécialités agréées sans certificat

certificat antérieur du CRMCC dans la spécialité :

- ** Chirurgie colorectale
chirurgie générale
- ** Chirurgie générale oncologique
chirurgie générale
- ** Endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité
obstétrique et gynécologie
- * Médecine d'urgence pédiatrique
médecine d'urgence/pédiatrie
- * Médecine maternelle et fœtale
obstétrique et gynécologie
- * Médecine néonatale et périnatale
pédiatrie
- ** Médecine transfusionnelle
*médecine interne + hématologie/pédiatrie + hématologie oncologie
pédiatrique ou pathologie hématologique ou anesthésiologie ou pathologie
générale*
- * Neuroradiologie
radiologie diagnostique
- ** Oncologie gynécologique
obstétrique et gynécologie
- ** Pédiatrie du développement
pédiatrie
- * Pharmacologie clinique
anesthésiologie/médecine d'urgence/médecine interne/pédiatrie/psychiatrie
- ** Radiologie pédiatrique
radiologie diagnostique

* devient une surspécialité avec le premier examen à l'automne de 2008

** devient une surspécialité avec le premier examen à l'automne de 2009

Programmes spéciaux

Médecine palliative
 Programme de formation de cliniciens-chercheurs

SECTION II – DEMANDES D'ÉVALUATION DE LA FORMATION

Renseignements généraux

Le CRMCC doit évaluer tous les requérants au certificat, même s'ils ont fait leur résidence dans le cadre d'un programme de formation médicale postdoctorale agréé par le CRMCC. Les requérants doivent lire attentivement le guide, ainsi que les objectifs de formation propres à la spécialité et les exigences relatives à la formation dans leur spécialité, avant de présenter leur demande d'évaluation. Pour obtenir la « Demande d'évaluation préliminaire de la formation », il suffit de communiquer avec l'Unité des titres du CRMCC (voir l'information à la section I) ou de la télécharger (en format PDF) du site Web du CRMCC, au : <http://crmcc.medical.org>. Les objectifs de formation et les exigences relatives à la formation propres aux spécialités sont aussi disponibles sur le site Web du CRMCC.

Veillez noter que la présentation du formulaire « Demande d'évaluation préliminaire de la formation » du CRMCC ne garantit pas que celui-ci reconnaîtra la formation médicale postdoctorale du requérant.

2.1 Critères d'admissibilité

Seules les personnes pouvant démontrer qu'elles satisfont à l'**une** des exigences suivantes doivent remplir une « Demande d'évaluation préliminaire de la formation » du CRMCC :

- 2.1.1** être diplômé d'une faculté de médecine agréée par le CAFMC ou le CLEM au Canada ou par le LCME aux États-Unis; ou
- 2.1.2** être résident au moment de la demande ou avoir déjà été inscrit à un programme de résidence dans une spécialité ou une surspécialité agréé par le CRMCC ou approuvé par l'ACGME des États-Unis; ou
- 2.1.3** être titulaire d'un diplôme en médecine et exercer au Canada avec un permis de pratique indépendante; ou
- 2.1.4** être titulaire d'un diplôme en médecine et avoir reçu une offre d'une faculté de médecine pour occuper un poste d'enseignant ou de résident; ou
- 2.1.5** être titulaire d'un diplôme en médecine et avoir reçu une offre pour occuper un poste médical, ou être parrainé par l'ordre des médecins d'une province.
- 2.1.6** Les diplômés d'une faculté de médecine qui désirent faire reconnaître la formation reçue dans un système d'éducation médicale postdoctorale ne faisant pas partie d'un programme agréé par le CRMCC/ACGME devraient se reporter à la section VII pour plus de renseignements sur le processus de demande.

2.2 Documents

- 2.2.1** Les requérants doivent fournir les documents pertinents décernés par les autorités compétentes à l'égard de tous les titres obtenus pendant toutes leurs périodes de formation. Le CRMCC garde le droit de demander à un requérant de produire des documents supplémentaires (p. ex., lettres de recommandation) afin de compléter une évaluation de formation.
- 2.2.2** Les requérants doivent joindre à leur demande la confirmation par les autorités compétentes de tous les titres et de toute période de **formation reçue à l'étranger**.

- 2.2.3** Il faut produire des copies notariées au lieu des originaux. Il faut joindre aux documents rédigés dans une langue étrangère une traduction certifiée conforme en anglais ou en français. Les documents relatifs à un diplôme en médecine doivent certifier que le diplôme a été accordé. Un certificat attestant que le requérant a réussi les examens de fin d'études d'une faculté de médecine **ne suffit pas**.
- 2.2.4** Tous les documents et renseignements obtenus par le CRMCC au cours d'une évaluation de la formation deviennent et demeurent la propriété confidentielle du CRMCC. On demande donc aux requérants de présenter des copies certifiées et NON les documents originaux. Le CRMCC gère tous les renseignements personnels conformément à sa politique générale de confidentialité. Pour obtenir une explication sur la gestion des renseignements personnels, veuillez vous reporter à la *Politique générale de confidentialité* qui se trouve sur le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>.
- 2.2.5** Conformément à la *Politique générale de confidentialité du CRMCC*, une personne a le droit de consulter les renseignements consignés à son dossier personnel. Afin de consulter ses renseignements personnels, il faut le demander par écrit au coordonnateur de la protection des renseignements personnels du CRMCC à privacy@rcpsc.edu. Dans certains cas, il faut supprimer des renseignements avant de donner accès à des documents. Pour en savoir davantage, veuillez vous reporter à la *Politique générale de confidentialité* qui se trouve sur le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>.
- 2.2.6** Le CRMCC exige le consentement d'un requérant chaque fois qu'on recueille des renseignements personnels ou qu'on en divulgue à des parties appropriées. On peut obtenir le consentement d'une personne au moyen d'un formulaire, dans une lettre, oralement ou, dans certains cas, le consentement est implicite : tout dépend de la nature des renseignements en cause. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez vous reporter à la *Politique de confidentialité* qui se trouve sur le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>.
- 2.3 Attestation d'achèvement de la formation**
- 2.3.1** Le directeur de programme et le bureau de la formation postdoctorale doivent confirmer que le requérant a terminé de façon satisfaisante sa formation médicale postdoctorale en remplissant le formulaire « Attestation d'achèvement de la formation » (AAF) du CRMCC, qu'ils établiront au cours de la dernière année de résidence. Il incombe aux requérants de fournir le nom du directeur de programme qui répondra aux demandes de rapports d'évaluation et de formulaires AAF du CRMCC.
- 2.4 Frais d'évaluation**
- 2.4.1** Les frais d'évaluation ne sont pas remboursables et il faut les joindre à toute demande d'évaluation préliminaire de la formation. Pour déterminer les frais d'évaluation pertinents, veuillez consulter le Barème des frais d'évaluation sur le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>.
- 2.4.2** Les frais d'évaluation imposés aux requérants du CRMCC ou de l'ACGME s'appliquent aux coûts des services d'évaluation tant que le requérant demeure inscrit comme résident à un programme de résidence dans une spécialité ou une

surspécialité agréé par le CRMCC ou approuvé par l'ACGME, ou encore pendant quatre (4) ans, selon l'éventualité la plus tardive. Après cette période, il faut joindre des frais d'évaluation non remboursables à une demande de nouvelle évaluation.

2.4.3 Le CRMCC revoit une fois l'an les frais d'évaluation, qui peuvent changer.

2.4.4 Les évaluations de la formation menant aux examens dans une deuxième spécialité ou une spécialité subséquente entraînent des *frais supplémentaires*.

2.4.5 L'évaluation d'une formation suivie à l'étranger, y compris aux États-Unis, peut entraîner des *frais supplémentaires*.

2.5 Dates limites de présentation des demandes

2.5.1 On encourage les requérants à soumettre leur demande longtemps avant les dates limites afin d'éviter les pénalités pour présentation tardive. Afin de consulter les dates limites propres à la spécialité ou à la surspécialité avant lesquelles l'Unité des titres du CRMCC doit recevoir le formulaire d'évaluation préliminaire rempli, veuillez consulter le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>.

2.5.2 L'évaluation de la formation prend normalement au moins six (6) mois, mais elle peut en prendre jusqu'à dix-huit (18) s'il faut évaluer une formation reçue à l'étranger, y compris aux États-Unis, ou encore s'il faut analyser la demande plus à fond.

2.5.3 Toutes les demandes d'évaluation préliminaire de la formation ou de mise à jour de l'évaluation de la formation complémentaire doivent être reçues avant la fin de la journée ouvrable, à la date limite pertinente. Les demandes ultérieures de mise à jour de l'évaluation de la formation complémentaire doivent être reçues avant la date limite pertinente imposée en vue de la séance des examens de l'année suivante.

2.6 Pénalités

2.6.1 Les demandes reçues entre un et 90 jours après la date limite seront acceptées sur paiement d'une pénalité non remboursable de 500 \$ en devises canadiennes, sans garantie que l'on puisse traiter la demande à temps pour la prochaine séance d'examens.

2.6.2 Les demandes reçues par le CRMCC 91 jours ou plus après la date limite seront acceptées sur paiement d'une pénalité non remboursable de 1 000 \$ en devises canadiennes, sans garantie que l'on puisse traiter la demande à temps pour la prochaine séance d'examens.

SECTION III – CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AUX EXAMENS

Renseignements généraux

Le CRMCC évaluera si la formation et les titres d'un requérant répondent aux conditions d'admissibilité aux examens dans sa spécialité ou surspécialité. Ces critères d'admissibilité sont les suivants :

3.1 Titre médical acceptable pour le CRMCC

Définition

3.1.1 Les règlements du CRMCC définissent le « diplôme médical » comme un diplôme octroyé par une faculté, un collège ou une école de médecine à l'achèvement satisfaisant d'un programme complet d'études en médecine.

3.1.2 Le terme « médecine » comprend la chirurgie et l'obstétrique, mais ne comprend pas la chiropratique, l'homéopathie, l'ostéopathie, la podologie, la stomatologie ou la médecine vétérinaire.

3.1.3 L'« exercice de la médecine » signifie l'exercice des disciplines médicales, chirurgicales ou de laboratoire, ainsi que des spécialités et de certaines disciplines des surspécialités.

Admissibilité

3.1.4 Le CRMCC reconnaît les titres des facultés de médecine qui décernent leur diplôme de docteur en médecine (M.D.) et de docteur en ostéopathie (D.O.)

(i) sont agréées par le CAFMC ou le CLEM; ou

(ii) sont reconnues par le fait que l'OMS affiche leurs programmes par l'intermédiaire de la FAIMER, au www.ecfmg.org/faimer.

(iii) **SEULEMENT** les D.O. reconnu par la American Osteopathic Association sont acceptable

3.1.5 Les requérants qui ont des titres en médecine décernés par des facultés de médecine autres que celles qui sont agréées par le CAFMC/CLEM doivent avoir réussi l'**un** des examens d'élimination suivants pour que le CRMCC reconnaisse leurs titres :

(i) EE du CMC;

(ii) EA du CMC, parties I et II; ou

(iii) United States Medical Licensing Examination, parties I, II et III (examen en vue de l'obtention du permis d'exercice de la médecine des États-Unis).

3.1.6 Les requérants dont les compétences sont reconnues par des facultés de médecine de l'étranger autres que celles du Canada et des États-Unis peuvent être tenus de fournir au CRMCC des renseignements sur leur programme d'études de premier cycle en médecine.

3.2 Qualités morales, éthiques et professionnelles acceptables

3.2.1 Les requérants doivent démontrer qu'ils possèdent des qualités morales, éthiques et professionnelles acceptables dans leurs activités cliniques ou de recherche. Ils doivent donc agir de façon appropriée avec les patients, les étudiants, leurs confrères et d'autres professionnels des soins de santé sans égard au sexe, à l'origine ethnique, ni aux valeurs culturelles, religieuses et personnelles.

3.2.2 À la fin de leur formation, les requérants doivent démontrer qu'ils comprennent l'éthique médicale. Ils doivent notamment pouvoir reconnaître, analyser et résoudre des problèmes d'éthique qui se posent dans la pratique clinique ou la recherche et comprendre les obligations médicales, juridiques, éthiques et professionnelles qui lient les médecins au Canada.

3.2.3 Si le CRMCC reçoit de l'information concernant la révocation d'un permis médical, d'une condamnation criminelle et/ou de tout autre infraction(s) pertinente(s) pendant l'évaluation des qualifications d'un candidat aux examens de certification du CRMCC, le Comité des titres examinera l'information (y compris toutes soumissions) et interdira l'accès aux examens du CRMCC au candidat ne démontrant pas qu'il possède des qualités morales, éthiques et professionnelles requises.

3.3 Achèvement satisfaisant de la formation médicale postdoctorale

Pour être admissible aux examens menant au certificat du CRMCC, il faut satisfaire à toutes les exigences de la formation médicale postdoctorale, selon la définition qui en est donnée dans les objectifs, et aux exigences de la formation propres à chaque spécialité, dans un programme reconnu et approuvé par le CRMCC.

SECTION IV – FORMATION MÉDICALE POSTDOCTORALE

PARTIE A – RÉSIDENCE

4.1 Résidence

4.1.1 Définition

Le Comité des titres du CRMCC reconnaît comme **résidents** les stagiaires en formation clinique postdoctorale suivant un programme agréé par le CRMCC ou approuvé par l'ACGME, à condition qu'ils répondent à **tous** les critères suivants :

- (i) être inscrit auprès du bureau de la formation médicale postdoctorale d'une faculté de médecine du Canada ou des États-Unis;
- (ii) être admis et inscrit à un programme de résidence agréé par le CRMCC ou approuvé par l'ACGME, dont le contenu est défini, supervisé et évalué par le directeur du programme de résidence et le comité du programme de résidence;
- (iii) avoir suivi sa formation clinique postdoctorale dans une spécialité ou une surspécialité reconnue par le CRMCC.

4.1.2 Principes

- (i) La résidence est caractérisée par la prise de décisions de plus en plus importantes et par une certaine indépendance de la part du résident, dans un contexte de supervision et de prestation de conseils assurés par le personnel enseignant qui est le responsable final des services professionnels rendus.
- (ii) Le résident principal doit relever directement du médecin superviseur et avoir accès directement à celui-ci pour atteindre un niveau supérieur de responsabilités.
- (iii) Le programme de résidence doit développer et raffiner les techniques de prise de décision du résident de sorte qu'à la fin de sa formation, il puisse agir à titre de médecin-conseil indépendant dans sa spécialité ou surspécialité.
- (iv) Le résident doit satisfaire progressivement aux exigences de la résidence de façon à atteindre les responsabilités de résident principal.

4.2 Exigences de la formation en résidence

4.2.1 Les exigences de la formation en résidence peuvent changer. Normalement, lorsqu'on apporte des changements, on prévoit une période appropriée pour protéger les droits des résidents qui ont déjà commencé un programme reconnu par le CRMCC. Rien ne garantit toutefois à un résident qui interrompt sa formation que la totalité de la formation reçue avant l'interruption demeurera acceptable, même si le CRMCC l'a déjà jugée acceptable.

4.2.2 À la fin de la formation, le résident doit avoir atteint les objectifs de la spécialité ou surspécialité et il doit avoir satisfait aux exigences des compétences CanMEDS pertinentes dans sa spécialité ou surspécialité. **N'importe quand au cours de la formation d'un résident, le directeur du programme peut, avec l'approbation du doyen des études postdoctorales, prolonger ou modifier le programme d'un résident si les évaluations révèlent que celui-ci ne satisfait pas aux exigences de la formation spécialisée.** Pour obtenir plus de

renseignements sur CanMEDS et les objectifs de formation propres à une spécialité ou à une surspécialité, veuillez consulter le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>.

- 4.2.3** Les requérants au certificat du CRMCC dans certaines spécialités devront prouver qu'ils ont terminé au moins une (1) année de **formation clinique de base** postdoctorale approuvée. Dans le cas de la formation clinique de base, le Comité des titres du CRMCC accepte normalement les internats en rotation, de transition, mixtes ou simples, une résidence en médecine familiale ou une formation clinique de base intégrée à des programmes de résidence dans une spécialité. L'année de formation clinique de base comprend un éventail d'expériences cliniques comportant des rotations dans divers domaines : chirurgie, médecine, pédiatrie et soins ambulatoires, par exemple. Pour en savoir davantage, veuillez vous reporter aux objectifs de formation et aux exigences relatives à la formation propres à chaque spécialité, qui se trouvent sur le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>.

4.3 Modifications de la formation en résidence

Le Comité des titres du CRMCC analysera, dans le cadre d'un processus confidentiel, toutes les possibilités d'offrir des mesures de complaisance raisonnables aux résidents qui veulent obtenir l'autorisation de suivre un programme de résidence modifié en vue d'être admissibles aux examens menant au certificat du CRMCC. Les requérants qui demandent à suivre une formation modifiée **doivent** joindre à leur demande un document à l'appui de leur directeur de programme.

4.3.1 Résidence fractionnée (à temps partiel)

Le Comité des titres du CRMCC doit approuver la résidence fractionnée (à temps partiel). Il étudiera seulement les demandes qui répondent à **toutes** les conditions suivantes :

- (i) Il faut obtenir l'approbation du Comité des titres du CRMCC **avant** d'entreprendre le volet à temps partiel de la résidence.
- (ii) La justification de la résidence fractionnée (p. ex., obligations familiales) est approuvée par le directeur de programme, le doyen des études postdoctorales et le Comité des titres du CRMCC. On n'approuve habituellement pas la résidence fractionnée pour permettre à l'intéressé d'occuper un emploi rémunéré.
- (iii) Le Comité des titres du CRMCC examinera, dans chaque cas, le nombre maximal d'années à temps partiel qu'il est possible d'accorder à l'intéressé pour lui permettre de terminer sa formation.
- (iv) Dans tout bloc de formation en résidence, la charge à temps partiel doit représenter au moins 50 pour cent de la charge des résidents à temps plein.
- (v) Le directeur de programme doit fournir un plan de cours pour la totalité de la résidence du requérant, y compris les volets à temps partiel et à temps plein.
- (vi) Le directeur de programme doit attester que la supervision et l'évaluation des résidents à temps partiel équivalent au moins à celles des autres

résidents du programme et que l'expérience totale de formation équivaut entièrement à celle de la résidence à temps plein.

4.3.2 Dispense des exigences de formation associée à une absence autorisée en résidence

- (i) Les exigences de la formation spécialisée sont normalement complétées en ordre. Toutes interruptions exigeant une absence de la formation de résidence peuvent être accordées par le doyen des études médicales postdoctorales avec la recommandation du directeur de programme. Il est prévu qu'à son retour au programme, le résident doit reprendre le temps perdu ou les stages manqués en prolongeant la durée de la résidence d'une période supplémentaire équivalente.
- (ii) Dans des circonstances exceptionnelles, la formation requise peut être réduite d'au plus trois (3) mois dans un programme de quatre à six ans ou six (6) semaines dans un programme de deux à trois ans, sur la recommandation du directeur du programme du résident et avec l'autorisation du doyen des Études postdoctorales, après présentation en temps opportun d'un avis au Comité des titres. Il faut donner cet avis avant la soumission de l'AAF ou la FEFF.
- (iii) Il faut reporter à la dernière année de formation la décision d'accorder ou non une dispense de la formation après un congé. Ce délai permettra aux directeurs de programme et aux doyens des études postdoctorales de déterminer si le résident acquerra la compétence clinique sans faire les stages prévus dans la dispense.
- (iv) Les congés ne peuvent être accumulés pour raccourcir la durée minimale de la résidence, ou être accordés pendant la période d'acquisition de la compétence clinique
- (v) Les congés ne peuvent plus être accordés après que le résident a réussi les examens de certification du CRMCC.

4.3.3 Résidents ayant une invalidité, des problèmes ou des besoins spéciaux

Politique

- (i) La supervision du résident ayant une invalidité, des problèmes ou des besoins spéciaux ne doit pas être inférieure à celle des autres résidents inscrits au programme. Le résident en cause peut avoir besoin de **plus** de supervision que les autres résidents si le Comité de spécialité compétent le juge nécessaire.
- (ii) L'intéressé doit atteindre, au même niveau de compétences que les autres résidents, tous les objectifs jugés essentiels à l'exercice, selon la définition établie par le Comité de spécialité compétent.
- (iii) Les méthodes d'évaluation utilisées pour évaluer les objectifs dans les domaines
 - touchés par l'invalidité, les problèmes ou les besoins spéciaux peuvent être différentes de celles que l'on applique aux autres résidents;

- qui ne sont pas touchés par l'invalidité, les problèmes ou les besoins spéciaux doivent être identiques à celles que l'on applique aux autres résidents inscrits au programme.
- (iv) Le Comité de spécialité compétent peut consulter le Comité de l'évaluation du CRMCC au sujet des méthodes d'évaluation des résidents ayant une invalidité, des problèmes ou des besoins spéciaux.

Modalités

- (v) Il faut informer **d'avance** le Comité des titres du CRMCC de toute modification de la résidence.
- (vi) Le médecin traitant doit, s'il y a lieu, produire une vérification écrite de l'invalidité, des problèmes ou des besoins spéciaux et des répercussions possibles sur la formation et l'évaluation.
- (vii) Il faut que l'invalidité, le problème ou le besoin spécial soit vérifié, documenté et jugé valide par le directeur de programme, le doyen de la formation postdoctorale, le Comité de spécialité compétent et le Comité des titres du CRMCC.
- (viii) Le directeur de programme, le Comité de spécialité compétent et le Comité des titres du CRMCC doivent approuver le programme de résidence modifié.
- (ix) Le directeur de programme doit fournir un plan de cours pour la totalité du programme de résidence du requérant.

PARTIE B – AUTRE FORMATION MÉDICALE POSTDOCTORALE

Le Comité des titres du CRMCC a aussi le pouvoir discrétionnaire d'accorder des crédits pour une formation médicale postdoctorale autre que la résidence.

4.4 Formation en médecine familiale

La formation acquise dans le cadre des programmes canadiens agréés par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) peut être acceptée pour une partie des crédits dans certaines spécialités.

4.5 Recherche clinique ou fondamentale

Les lignes directrices sur les crédits accordés afin de satisfaire aux exigences de la formation dans une spécialité pour une expérience en recherche sont disponibles à l'Unité des titres du Bureau de l'éducation du CRMCC. Il faut demander les conseils et l'appui du directeur du programme de résidence **avant** d'entreprendre l'expérience en recherche.

Admissibilité

4.5.1 L'attribution de crédits est laissée à la discrétion du Comité des titres du CRMCC :

- (i) lorsque les exigences de la formation spécialisée le permettent;
- (ii) lorsque le directeur du programme de résidence de la spécialité peut garantir qu'il est possible de réduire de façon appropriée les exigences de la résidence clinique postdoctorale;
- (iii) si l'expérience en recherche est de qualité exceptionnelle, de l'avis du Comité des titres du CRMCC.

- 4.5.2** On pourra accorder des crédits si la recherche a été réalisée dans un centre universitaire :
- (i) dans le cadre d'un programme d'enseignement de la méthodologie de la recherche;
 - (ii) où le superviseur de la recherche ou le mentor a fait ses preuves en recherche;
 - (iii) lorsqu'il est établi que le requérant a joué un rôle important dans le projet de recherche;
 - (iv) lorsqu'il est établi que la recherche est pertinente à la spécialité dans laquelle le requérant veut obtenir un certificat;
 - (v) lorsque l'expérience de recherche a des objectifs définis et qu'il existe un processus structuré d'évaluation du résident.

Conditions

- 4.5.3** On **peut** tenir compte de la recherche réalisée à l'extérieur d'un programme de résidence reconnu ou dans un autre programme menant à un diplôme plus élevé au sein d'une université approuvée pour au plus une (1) année de crédit dans certaines spécialités.
- 4.5.4** On peut tenir compte d'un diplôme avancé ou d'une formation à temps plein dans une discipline pertinente suivie avant ou après l'obtention du diplôme en médecine pour au plus une (1) année de crédit dans certaines spécialités. Il faut produire une preuve du diplôme avancé ou de la formation à temps plein, ainsi que de la pertinence de l'étude ou de la recherche en rapport aux objectifs de la spécialité dans laquelle le requérant veut obtenir un certificat.

4.6 Stages optionnels

Admissibilité

- 4.6.1** Un stage optionnel suivi dans un milieu non agréé peut être accepté aux fins des exigences de la formation dans une spécialité ou une surspécialité s'il satisfait à **toutes** les conditions suivantes :
- (i) Le résident doit être inscrit à un programme reconnu au moment où il suit le stage optionnel.
 - (ii) La durée totale des rotations effectuées à des établissements non agréés ne doit pas dépasser six (6) mois de la durée totale de la formation dans la spécialité ou la surspécialité.
 - (iii) Le directeur de programme et le résident planifient le stage optionnel et le directeur de programme détermine s'il répond aux exigences relatives à la formation propres à la spécialité.
 - (iv) Il y a un superviseur clairement désigné pour le stage optionnel.
 - (v) Les objectifs de la formation sont clairement définis et compris.
 - (vi) Le système d'évaluation en cours de formation est bien défini et inclut, pendant le stage optionnel, l'évaluation du résident qui repose sur les objectifs de formation du stage optionnel. Avant d'amorcer cette période, les résidents, le superviseur du stage optionnel et le directeur du programme doivent comprendre parfaitement ce système.

4.7 Autre formation clinique postdoctorale

4.7.1 Le Comité des titres du CRMCC **peut** reconnaître d'autres stagiaires en formation clinique postdoctorale qui suivent des programmes agréés par le CRMCC ou approuvés par l'ACGME s'ils prouvent qu'ils satisfont à **tous** les critères suivants :

- (i) le contenu de la formation clinique postdoctorale est le même que celui d'un programme de résidence agréé par le CRMCC ou approuvé par l'ACGME;
- (ii) la formation est dirigée, évaluée et supervisée de la même façon que s'il s'agissait d'un résident;
- (iii) le directeur de programme est le même que pour le programme de résidence;
- (iv) le requérant est inscrit auprès du bureau de la formation médicale postdoctorale d'une faculté de médecine du Canada ou du bureau de la formation médicale supérieure d'une faculté de médecine des États-Unis.

4.7.2 Habituellement, les autres formations cliniques postdoctorales seront acceptées **seulement** si le requérant :

- (i) a une formation qui exige une année supplémentaire pour répondre aux exigences du CRMCC; ou
- (ii) n'est plus admissible et doit poursuivre sa formation.

4.7.3 Habituellement, on **n'accordera pas** de crédit de formation clinique postdoctorale pour le temps consacré à des fonctions de préceptorat ou d'enseignement.

4.7.4 On **n'accordera pas** de crédit de la formation interrompue réalisée en blocs de moins de six mois.

SECTION V – DÉCISIONS DU CRMCC SUR L'ADMISSIBILITÉ AUX EXAMENS

Renseignements généraux

L'attestation (p. ex., AAF) de l'achèvement satisfaisant d'une résidence dans une spécialité ou une surspécialité ne garantit pas à elle seule l'admissibilité aux examens menant au certificat du CRMCC.

5.1 Délivrance d'une lettre de décision du CRMCC

5.1.1 Lorsque l'évaluation préliminaire d'une formation aux fins de l'admissibilité aux examens menant au certificat du CRMCC est terminée, le CRMCC produit une « lettre de décision » au sujet de l'admissibilité aux examens ou au sujet des conditions auxquelles il faut satisfaire pour l'obtenir.

5.1.2 La Fiche d'évaluation en fin de formation (FEFF) satisfaisante est un critère d'admissibilité aux examens menant au certificat du CRMCC. La FEFF doit être remplie par un directeur de programme de résidence au nom du Comité de programme de résidence. Il doit être signé par le directeur du programme et par le doyen de la formation postdoctorale. En des circonstances exceptionnelles le requérant qui ne peut obtenir la FEFF devra soumettre un rapport complet des compétences (RCC) rempli par un superviseur.

5.1.3 Les candidats qui ne répondent pas aux exigences de la formation imposées par le Collège devront poursuivre leur formation de résidence dans un programme reconnu et accepté par le Collège royal pour devenir admissibles aux examens. L'exigence de poursuivre la formation n'impose pas aux programmes de résidence d'offrir une telle formation additionnelle.

5.2 Décisions sur l'admissibilité aux examens

Pour être jugé admissible aux examens menant à un certificat du CRMCC, un requérant doit démontrer :

- (i) que les habiletés nécessaires à l'exercice de la spécialité ou de la surspécialité ont été jugées satisfaisantes;
- (ii) que les exigences relatives à la résidence complète dans la spécialité ou la surspécialité, y compris la prise en charge de responsabilités à titre de résident principal, ont été respectées;
- (iii) que ses qualités professionnelles et éthiques ont été jugées satisfaisantes;
- (iv) qu'il a atteint les objectifs et satisfait aux exigences relatives à la formation propres à la spécialité de façon satisfaisante;
- (v) que les politiques et modalités s'appliquant à l'octroi du certificat et du titre d'associé(e) ont été suivies.

5.3 Conditions relatives aux décisions

5.3.1 Une décision sur les crédits de formation ou l'admissibilité aux examens est valide seulement si elle est signée par un dirigeant du CRMCC.

5.3.2 La décision est **valide pendant trois (3) ans au maximum** à compter de la date d'admissibilité indiquée dans la décision, ou pour trois (3) tentatives aux examens, selon la première éventualité.

5.4 Révision d'une décision

5.4.1 On peut envisager de réviser une décision si l'on reçoit de **nouveaux renseignements importants au sujet des titres, de la formation ou de l'exercice professionnel**. Les nouveaux renseignements peuvent provenir du requérant ou de toute autre source informée et il faut les faire parvenir au directeur de l'Éducation du CRMCC.

5.4.2 L'organisme compétent de reconnaissance des titres du CRMCC étudiera la demande de « révision d'une décision ». Le CRMCC peut modifier la décision originale ou la confirmer en la justifiant.

5.5 Réexamen d'une décision

Un requérant peut demander que l'on « réexamine » une décision s'il y a eu **erreur dans l'application de la politique ou des modalités** au moment de l'évaluation de sa demande. Le requérant doit procéder ainsi :

- (i) Le requérant doit, dans les 60 jours suivant la date de la décision, informer le directeur de l'Éducation du CRMCC par lettre recommandée ou certifiée décrivant clairement les dérogations aux politiques ou modalités.
- (ii) Il faut joindre à la demande de réexamen le paiement de frais non remboursables de 500 \$ en devises canadiennes.
- (iii) Le CRMCC doit accuser réception par écrit de la demande de réexamen.
- (iv) L'organisme compétent de reconnaissance des titres du CRMCC étudiera la demande de « réexamen » d'une décision. Le CRMCC peut modifier la décision originale ou la confirmer en la justifiant.

5.6 « Appel d'une décision » relative à une décision du CRMCC

Politique

5.6.1 L'« appel d'une décision » portant sur une décision du CRMCC est étudié par un groupe formé de trois (3) membres du Comité de l'éducation du CRMCC désignés par le directeur de l'Éducation du CRMCC.

5.6.2 Pour appartenir au groupe d'appel, les membres doivent connaître les titres. S'il y a conflit d'intérêts ou d'autres empêchements, le directeur de l'Éducation du CRMCC nomme des membres choisis à l'extérieur du Comité de l'éducation du CRMCC.

5.6.3 Les « appels d'une décision » du CRMCC **ne visent pas** à revoir une décision en fonction de nouveaux renseignements importants sur les titres, la formation ou l'exercice professionnel. Pour prendre connaissance du processus de révision, veuillez vous reporter à la section 5.4, « Révision d'une décision ». Par contre, lorsqu'il y a eu **mauvaise application de la politique** au moment de l'évaluation de sa formation, un requérant peut en appeler de la décision relative à une décision du CRMCC. Lorsqu'il s'agit de déterminer si la décision relative à une décision du CRMCC est conforme aux politiques et aux modalités du CRMCC, le groupe d'appel tiendra compte de tous les renseignements auxquels le CRMCC avait accès pour prendre sa décision, y compris du fait que le requérant affirme que la politique a été mal appliquée.

- 5.6.4 Le groupe d'appel peut modifier la décision du CRMCC ou la confirmer.
- 5.6.5 Il n'y a pas d'autre possibilité d'en appeler au CRMCC de la décision du groupe d'appel, qui est considérée comme **finale**.

Modalités

- 5.6.6 Le requérant qui veut en « appeler » d'une décision relative à une décision du CRMCC doit prévenir le directeur de l'Éducation du CRMCC par courrier recommandé ou certifié dans les 30 jours ouvrables suivant la date de la décision finale en justifiant par écrit sa demande.

5.7 Annulation de l'admissibilité aux examens

- 5.7.1 Le CRMCC garde le pouvoir d'annuler l'acceptation des titres d'un requérant ou l'autorisation d'être admissible aux examens menant au certificat du CRMCC à la recommandation d'un jury d'examen, du Comité des titres du CRMCC ou du directeur de programme du requérant.
- 5.7.2 Le CRMCC peut obliger le requérant à satisfaire à des exigences précises pour être admissible aux examens menant à un certificat du CRMCC.
- 5.7.3 Si un candidat obtient des résultats médiocres à un examen du CRMCC, le CRMCC peut l'obliger à suivre une formation supplémentaire pour redevenir admissible à se présenter de nouveau aux examens menant au certificat du CRMCC.
- 5.7.4 Le retrait du formulaire AAF satisfaisant ou de la FEFF, ou de l'attestation par questionnaire, entraîne l'annulation de l'admissibilité aux examens.

5.8 Renouvellement de l'admissibilité aux examens

- 5.8.1 Un candidat dont l'admissibilité aux examens menant à un certificat du CRMCC est échoué après trois (3) ans, en raison d'un échec aux examens ou à défaut de s'être présenté aux examens, devra compléter de manière satisfaisante une période de formation supplémentaire de douze (12) mois pour renouveler son admissibilité.
- 5.8.2 Il faut présenter les demandes de renouvellement de l'admissibilité avant la date limite au cours de l'année **précédant** celle pendant laquelle le candidat espère se présenter aux examens.
- 5.8.3 Le Comité des titres du CRMCC peut refuser de renouveler l'admissibilité et exiger que l'intéressé termine de façon satisfaisante une formation supplémentaire à un niveau supérieur de responsabilité.
- 5.8.4 Le renouvellement de l'admissibilité est **valide seulement** pour la période d'examens suivante et ne peut être reporté.

SECTION VI – EXAMENS DU CRMCC

Renseignements généraux

Lorsqu'un candidat se prépare aux examens du CRMCC, ce dernier ne fournit ni n'approuve de cours préparatoire, de plan de cours, ni de liste de lectures. Le candidat doit consulter le directeur de programme pour se préparer aux examens.

6.1 Examen sur les connaissances fondamentales de la chirurgie

- 6.1.1** Dans les spécialités chirurgicales que sont la chirurgie cardiaque, la chirurgie générale, la neurochirurgie, la chirurgie orthopédique, l'oto-rhino-laryngologie, la chirurgie plastique et l'urologie, les candidats doivent réussir l'examen sur les connaissances fondamentales de la chirurgie pour devenir admissibles à tout examen dans la spécialité chirurgicale pertinente.
- 6.1.2** La réussite de l'examen sur les connaissances fondamentales de la chirurgie est valide en permanence.
- 6.1.3** L'examen sur les connaissances fondamentales de la chirurgie a lieu au printemps et les dates sont fixées tous les ans. Pour obtenir plus de renseignements sur la date limite d'inscription, les dates et lieux de l'examen et la structure de l'examen sur les connaissances fondamentales de la chirurgie, veuillez consulter le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>.

6.2 Examens dans des disciplines agréées sans certificat (ASC) qui deviennent une surspécialité avec examen

- 6.2.1** Tous les diplômés de programmes ASC agréés par le CRMCC qui deviennent une surspécialité avec examen peuvent se présenter aux examens de certification à compter de la première série d'examens offerte.
- 6.2.2** Tous les diplômés de programmes approuvés par l'ACGME ou d'autres programmes approuvés dans des disciplines ASC qui deviennent une surspécialité avec examen peuvent se présenter aux examens de certification si le programme a été approuvé à la suite de la reconnaissance, par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, de la surspécialité comme programme visé par agrément sans certificat.
- 6.2.3** Pour être admissibles, tous ces candidats doivent satisfaire à toutes les exigences décrites dans « *Politiques et modalités s'appliquant à l'octroi de certificats et du titre d'associé(e)* » et aux exigences de la formation spécialisée de la surspécialité, comme dans le cas de toutes les autres disciplines.
- 6.2.4** Si un diplômé d'un programme ASC converti en programme de certificat choisit de se présenter aux examens de certification et échoue, le médecin garde son statut ASC au CRMCC.

6.3 Inscription aux examens

- 6.3.1** Les résidents qui ont l'intention de s'inscrire aux examens menant au certificat du CRMCC doivent :
 - (i) avoir demandé une évaluation de leurs titres ou de leur formation; **et**

(ii) avoir reçu du CRMCC une lettre officielle de décision confirmant leur admissibilité à l'examen.

6.3.2 Les formulaires d'inscription aux examens sont envoyés sur demande seulement aux requérants qui ont été jugés admissibles aux examens dans leur spécialité ou surspécialité.

6.3.3 Les résidents qui ont demandé une évaluation de leurs titres ou de leur formation et qui sont jugés admissibles à la prochaine séance d'examens recevront des renseignements sur les examens; ces renseignements seront joints à leur lettre de décision officielle. La section V, « Décisions du CRMCC sur l'admissibilité aux examens », fournit d'autres renseignements précis sur les décisions.

6.4 Date limite d'inscription aux examens

6.4.1 Les dates limites d'inscription sont disponibles sur le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>, dans le cas de chaque spécialité et surspécialité.

6.4.2 La « date limite d'inscription » s'entend du dernier jour où le CRMCC peut recevoir le formulaire d'inscription aux examens menant au certificat du CRMCC.

6.5 Dates des examens

Les dates des examens peuvent changer sans préavis. Pour obtenir les dates officielles des examens, veuillez consulter le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>

6.6 Lieux des examens

Les examens (y compris celui qui porte sur les connaissances fondamentales de la chirurgie) **peuvent** avoir lieu à divers endroits au Canada. On précisera aux candidats les lieux des examens lorsqu'ils recevront leur formulaire d'inscription aux examens du CRMCC.

6.7 Structure des examens

6.7.1 Les examens du CRMCC comportent des volets écrit et oral qui peuvent inclure un ou plusieurs examens comportant des questions à réponse courte, des questions à choix multiples, ou des composantes orale, pratique, clinique ou autres.

6.7.2 Des renseignements sur la structure de l'examen dans chaque spécialité et surspécialité se trouvent sur le site Web du CRMCC, au <http://crmcc.medical.org>.

6.7.3 Les candidats sont informés le plus tôt possible des modifications à la structure ou à la durée des examens avec l'approbation du Comité de l'évaluation du CRMCC.

6.8 Dates de l'achèvement de la formation par rapport aux dates des examens

6.8.1 Les requérants dont la résidence doit prendre fin au plus tard le 28 février peuvent se présenter aux examens finals de l'automne précédent. Ceux qui termineront leur résidence au plus tard le 31 décembre peuvent se présenter aux examens finals du printemps de la même année.

6.8.2 Ces dates limites peuvent changer seulement dans des circonstances exceptionnelles et seulement avec l'assentiment préalable du Comité des titres du CRMCC, du directeur de programme et du doyen aux études postdoctorales.

6.9 Candidats ayant une invalidité, des problèmes ou des besoins spéciaux

6.9.1 Le CRMCC multipliera les efforts pour offrir des mesures de complaisance raisonnables aux candidats ayant une invalidité, des problèmes ou des besoins spéciaux. Ces requérants aux examens doivent faire part de leurs besoins au directeur de l'Éducation du CRMCC lorsqu'ils présentent leur demande d'évaluation de la formation, ou le plus tôt possible après l'avoir fait.

6.9.2 Il incombe aux candidats ayant une invalidité, des problèmes ou des besoins spéciaux de s'assurer que leur médecin traitant et leur directeur de programme transmettent au directeur de l'Éducation du CRMCC les documents pertinents décrivant toute incapacité marquée avec suffisamment de détails pour permettre au CRMCC de prendre les dispositions nécessaires. La section IV – partie A, 4.3, « Modifications de la formation en résidence », présente d'autres renseignements précis sur les candidats ayant une invalidité, des problèmes ou des besoins spéciaux.

6.10 Langue des examens

6.10.1 Le CRMCC offre ses examens en français et en anglais.

6.10.2 Lorsqu'ils s'inscrivent aux examens, les candidats doivent indiquer dans quelle langue ils veulent passer les examens, soit en anglais, soit en français.

6.10.3 Les candidats dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français doivent s'assurer qu'ils maîtrisent raisonnablement l'anglais ou le français écrit et oral.

6.11 Décisions des jurys d'examen du CRMCC

Le Comité de l'évaluation et le Conseil du CRMCC donnent aux jurys d'examen du CRMCC le pouvoir de rendre une décision finale quant aux examens de tous les candidats, selon les modalités approuvées par le Comité de l'évaluation et le Conseil du CRMCC.

SECTION VII – FORMATION À L'ÉTRANGER (NON AGRÉÉE PAR LE CRMCC OU NON APPROUVÉE PAR L'ACGME)

Renseignements généraux

Sur résolution du conseil, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) a cessé d'évaluer les systèmes de formation médicale postdoctorale (FMPD) des diplômés en médecine de l'étranger (DME) qui demandent la certification du CRMCC.

Le CRMCC ne traitera donc aucune demande d'accréditation d'une formation reçue dans des systèmes de FMPD de l'étranger qui ne figurent pas sur le site Web du CRMCC, à <http://crmcc.medical.org>.

Le CRMCC prépare un nouveau système d'évaluation des compétences individuelles fondé sur un programme d'évaluation clinique canadienne normalisée des candidats qui ont l'intention de pratiquer au Canada. Les renseignements détaillés décrivant cette nouvelle façon de procéder seront affichés sur le site Web du CRMCC à <http://crmcc.medical.org> aussitôt qu'ils seront disponibles.

Les exigences décrites ci dessous s'ajoutent à toutes les autres politiques et modalités énoncées dans le guide. Les candidats dont la formation n'est pas agréée par le CRMCC ni approuvée par l'ACGME doivent satisfaire à toutes les autres exigences énoncées dans les sections II, III, IV, V et VI et se conformer aux conditions préalables énoncées dans la présente section.

Une résidence effectuée dans des systèmes non agréés par le CRMCC ni approuvés par l'ACGME figurant à la liste affichée sur le site Web ne rend pas admissible aux examens du Collège royal. Le CRMCC doit évaluer en profondeur la formation afin de déterminer si un candidat est admissible à ses examens.

7.1 Évaluation individuelle approfondie de la formation dans le cas des systèmes acceptables

7.1.1 Critères d'évaluation individuelle approfondie de la formation

- (i) La formation du candidat doit satisfaire à toutes les exigences de la formation médicale postdoctorale du CRMCC dans la spécialité décrites en détail dans les objectifs et les exigences de formation dans les spécialités et disponibles sur le site Web du CRMCC à <http://crmcc.medical.org>
- (ii) Le candidat doit satisfaire à **toutes** les autres exigences qui régissent l'admissibilité à l'examen et sont décrites aux sections II, III, IV et V.

7.1.2 Modalités de l'évaluation approfondie

- (i) Les candidats devront verser des frais d'évaluation non remboursables de 2000\$.
- (ii) Lorsque l'évaluation approfondie de la formation sera terminée, les candidats recevront une « lettre de décision » sur leur admissibilité aux examens et sur les conditions à respecter pour être admis. La Section V « Décisions du CRMCC sur l'admissibilité aux examens » contient d'autres renseignements précis sur les décisions.

4.3.2 Dispense des exigences de formation après une absence autorisée pendant la résidence : Politique commune du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et du Collège des médecins du Québec (CMQ)

Entente

La politique détaillée à l'article 4.3.2 est assujettie à l'engagement du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) de répondre aux besoins des résidents ayant les caractéristiques personnelles indiquées dans la législation sur les droits de la personne pertinente, telles que décrites dans les articles 4.3 et 6.9 de ce guide.

Politique sur les absences autorisées

Le Collège royal et le Collège des médecins du Québec (CMQ) s'attendent à ce que tous les résidents atteignent les buts et objectifs de leur programme de formation et qu'ils soient aptes à pratiquer de façon autonome à la fin de leur programme de formation. Le CRMCC et le CMQ comprennent que les résidents peuvent devoir s'absenter durant la formation. L'université établira la politique relative aux circonstances dans lesquelles les résidents peuvent être autorisés à s'absenter. On prévoit qu'à son retour, le résident reprendra le temps perdu durant son absence.

Politique sur l'octroi d'une dispense des exigences de formation :

Le bureau des études postdoctorales peut accorder une dispense des exigences de formation à la suite d'une absence autorisée, en conformité avec la politique de l'université et dans les limites de la période maximale déterminée par le CRMCC et le CMQ. La décision d'accorder une dispense de formation peut être prise seulement au cours de la dernière année du programme, mais la dispense ne peut être accordée après que le résident s'est présenté aux examens de certification.

Chaque université établit sa propre politique selon laquelle elle accordera ou non une dispense des exigences de formation à la suite d'une absence autorisée. Toutefois, si l'université accorde une dispense des exigences de formation, elle doit respecter les périodes maximales énumérées ci-dessous. De plus, peu importe la dispense des exigences de modules de formation, la décision d'accorder une dispense des exigences de formation doit être prise en tenant pour acquis que le résident atteigne le niveau de compétences requis à la fin de sa dernière année de formation.

Une dispense des exigences de formation peut être accordée, sur la recommandation du directeur de programme du résident, par le doyen des études postdoctorales.

Périodes maximales de dispense permises par le CRMCC et le CMQ :

Il incombe au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et au Collège des médecins du Québec (CMQ) d'établir les périodes maximales permises de dispense de formation qui maintiennent l'admissibilité au certificat.

Période de dispense maximale permise :

- a) Programme d'un an – aucune dispense permise
- b) Moins d'un an pour rattrapage ou actualisation des connaissances – aucune dispense permise
- c) Programme de deux ans – six semaines
- d) Programme de trois ans – six semaines
- e) Programme de quatre ans – trois mois
- f) Programme de cinq ans – trois mois
- g) Programme de six ans – trois mois

- h) Dans les programmes de médecine interne et de pédiatrie, où les résidents suivent une formation de trois ans avec un directeur de programme en médecine interne ou en pédiatrie, une période maximale de six semaines peut être accordée pour ces trois années de formation. Par la suite, une période maximale de six semaines peut être accordée, au cours des deux années subséquentes de formation, par le directeur de programme de la sous-spécialité. Voici le processus pour ces programmes :
- i. En ce qui concerne la dispense des exigences de formation, on traite différemment les trois années de formation complétées sous la supervision d'un directeur de programme en médecine interne ou en pédiatrie des deux ou trois années de formation du programme de sous-spécialité sous la supervision d'un autre directeur de programme.
 - ii. L'octroi d'une dispense doit être recommandé par le directeur de programme en médecine interne ou en pédiatrie et approuvé par le doyen des études postdoctorales sur la fiche d'évaluation en formation de base (FEFB). La décision d'accorder une dispense est effectuée au cours des années PGY3 et est d'une durée maximale de six semaines.
 - iii. Durant les années du programme de sous-spécialité, l'octroi d'une dispense est établi en fonction de la recommandation, durant la dernière année de formation, du directeur de programme de la sous-spécialité, et de l'approbation du doyen des études postdoctorales. Une dispense, d'une période maximale de six semaines, ne peut être prise que durant la dernière année de formation.
 - iv. Si le résident termine trois années de formation en médecine interne ou en pédiatrie avec un directeur de programme de médecine interne ou de pédiatrie et qu'il change d'université pour la formation de la sous-spécialité, il incombe au doyen des études postdoctorales de cette nouvelle université d'accorder la dispense des exigences de formation. Par exemple, si un résident effectue sa formation en pédiatrie à l'Université de Toronto et qu'il effectue ensuite sa formation en néphrologie pédiatrique à McGill, le doyen des études postdoctorales de l'Université de Toronto accordera la dispense de six semaines en pédiatrie et le doyen des études postdoctorales de McGill accordera la dispense de six semaines en néphrologie pédiatrique.

April 13, 2009

Editorial changes – April 22, 2009

Politique - Dispenses de formation

La Faculté n'accorde pas de dispense de formation aux résidents des programmes du Collège des médecins de famille du Canada;

La Faculté n'accorde pas de dispense de formation aux résidents des programmes du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Exceptionnellement, la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales peut, sur recommandation du directeur de programme, accorder une dispense de formation suivant la politique conjointe du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins du Québec lorsqu'une telle dispense peut permettre au résident :

- d'éviter le report de ses examens de certification;
- dans le cas d'un résident du tronc commun de médecine ou de pédiatrie, de débiter sa 4^e année de formation en même temps que les autres résidents de sa cohorte;
- dans le cas d'un résident qui termine son programme et entreprend une formation complémentaire à l'extérieur du Québec, de débiter cette formation à la date prévue.

Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, avril 2012
Révisée mai 2013

SPÉCIALITÉS RECONNUES PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC		SPECIALTIES APPROVED BY THE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC	
1. Anatomopathologie	60 mois	1. Anatomical Pathology	60-months
2. Anesthésiologie	60 mois	2. Anesthesiology	60-months
3. Biochimie médicale	60 mois	3. Medical Biochemistry	60-months
4. Cardiologie	72 mois	4. Cardiology	72-months
5. Chirurgie cardiaque	72 mois	5. Cardiac Surgery	72-months
6. Chirurgie colorectale	72 mois	6. Colorectal Surgery	72-months
7. Chirurgie générale	60 mois	7. General Surgery	60-months
8. Chirurgie générale oncologique	84 mois	8. General Surgical Oncology	84-months
9. Chirurgie générale pédiatrique	84 mois	9. Pediatric General Surgery	84-months
10. Chirurgie orthopédique	60 mois	10. Orthopedic Surgery	60-months
11. Chirurgie plastique	60 mois	11. Plastic Surgery	60-months
12. Chirurgie thoracique	84 ou 96 mois	12. Thoracic Surgery	84 or 96-months
13. Chirurgie vasculaire	60 mois	13. Vascular Surgery	60-months
14. Dermatologie	60 mois	14. Dermatology	60-months
15. Endocrinologie et métabolisme	60 mois	15. Endocrinology and Metabolism	60-months
16. Gastroentérologie	60 mois	16. Gastroenterology	60-months
17. Génétique médicale	60 mois	17. Medical Genetics	60-months
18. Gériatrie	60 mois	18. Geriatric Medicine	60-months
19. Hématologie	60 mois	19. Hematology	60-months
20. Hématologie/oncologie pédiatrique	72 mois	20. Pediatric Hematology/Oncology	72-months
21. Immunologie clinique et allergie	60 mois	21. Clinical Immunology and Allergy	60-months
22. Maladies infectieuses	60 mois	22. Infectious Diseases	60-months
23. Médecine communautaire	60 mois	23. Community Medicine	60-months
24. Médecine d'urgence	60 mois	24. Emergency Medicine	60-months
25. Médecine d'urgence pédiatrique	60 mois	25. Pediatric Emergency Medicine	60-months
26. Médecine de famille	24 mois	26. Family Medicine	24-months
27. Médecine de l'adolescence	60 mois	27. Adolescent Medicine	60-months
28. Médecine de soins intensifs	60 mois	28. Critical Care Medicine	60-months
29. Médecine du travail	60 mois	29. Occupational Medicine	60-months
30. Médecine interne	48 mois	30. Internal Medicine	48-months
31. Médecine maternelle et foetale	84 mois	31. Maternal-Fetal Medicine	84-months
32. Médecine néonatale et périnatale	60 mois	32. Neonatal-Perinatal Medicine	60-months
33. Médecine nucléaire	60 ou 72 mois	33. Nuclear Medicine	60 or 72-months
34. Médecine physique et réadaptation	60 mois	34. Physical Medicine and Rehabilitation	60-months
35. Microbiologie médicale et infectiologie	60 mois	35. Medical Microbiology and Infectious Diseases	60-months
36. Néphrologie	60 mois	36. Nephrology	60-months
37. Neurochirurgie	72 mois	37. Neurosurgery	72-months
38. Neurologie	60 mois	38. Neurology	60-months
39. Neuropathologie	60 mois	39. Neuropathology	60-months
40. Obstétrique et gynécologie	60 mois	40. Obstetrics and Gynecology	60-months
41. Oncologie gynécologique	84 mois	41. Gynecologic Oncology	84-months
42. Oncologie médicale	60 ou 72 mois	42. Medical Oncology	60 or 72-months
43. Ophtalmologie	60 mois	43. Ophthalmology	60-months
44. Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	60 mois	44. Otolaryngology-Head and Neck Surgery	60-months
45. Pathologie générale	60 mois	45. General Pathology	60-months
46. Pathologie hématologique	48 mois	46. Hematological Pathology	48-months
47. Pathologie judiciaire	72 mois	47. Forensic Pathology	72-months
48. Pédiatrie	48 mois	48. Pediatrics	48-months
49. Pneumologie	60 mois	49. Respiriology	60-months
50. Psychiatrie	60 mois	50. Psychiatry	60-months
51. Radio-oncologie	60 mois	51. Radiation Oncology	60-months
52. Radiologie diagnostique	60 mois	52. Diagnostic Radiology	60-months
53. Rhumatologie	60 mois	53. Rheumatology	60-months
54. Urologie	60 mois	54. Urology	60-months



Le 16 octobre 2007

À l'attention des directrices et directeurs des programmes d'études médicales postdoctorales et des résidents

Objet : Demandes de changement de programme

Madame, Monsieur,

Les membres de la Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales (CVDFM) désirent apporter de nouvelles précisions quant au processus d'examen des demandes de changement de programme.

Les précisions touchent principalement les règles de fonctionnement 5 à 7 :

1. Aucune faculté de médecine n'a l'obligation d'accepter une demande de changement de programme.
2. Une demande de changement de programme doit demeurer exceptionnelle et être motivée.
3. En vertu de leur contrat avec CaRMS, les résidents de niveau R-I doivent demeurer dans leur programme initial pour une période minimale d'une année. Conséquemment, un changement de programme ne peut prendre effet qu'à compter de la deuxième année de résidence.
4. Une demande de changement de programme doit être faite à l'un des deux moments dans l'année prédéterminés par la CVDFM.
5. Au cours de sa formation, un résident peut présenter une demande de changement de programme vers un seul programme de spécialité.
6. Une demande de changement de programme retirée après la date limite ou une demande de changement de programme refusée comptent pour une demande de changement de programme.
7. Si une demande de changement de programme ne peut être accommodée en raison de l'atteinte des capacités d'accueil du programme ou de l'atteinte du plafond tel que décrété pour la discipline dans la Politique gouvernementale, elle peut être maintenue et réétudiée lors d'une prochaine période d'examen des demandes.
8. Est priorisé un changement de programme à l'intérieur d'une même faculté.
9. Toute demande de changement de programme doit être autorisée par la CVDFM.
10. Lorsque sa demande de changement de programme est acceptée, le résident doit occuper la place qui lui est attribuée dans le milieu et à la date déterminés par sa faculté.

11. Le calendrier d'étude des demandes de changement de programme est déterminé à chaque année par la CVDFM.

Pour l'année 2007-2008, il a été convenu d'adopter le calendrier suivant :

Calendrier d'étude des demandes de changement de programme pour 2007-2008

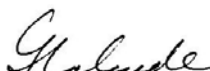
Action	Résidents R-2 et + <i>(cohorte 2006 et précédentes)</i>	Résidents R-1 et + <i>(cohorte 2007 et précédentes)</i>
Date limite de dépôt des demandes de changement de programme par les résidents	31 août 2007	15 février 2008
Validation des demandes en fonction des plafonds par discipline	4 septembre 2007	18 février 2008
Études des dossiers par les directeurs de programme	Septembre 2007	Mars 2008
Décision de la CVDFM	Octobre 2007	15 avril 2008
Entrée en vigueur des changements de programme autorisés	Janvier 2008	Juillet 2008

Notre souhait le plus vif est que les demandes jugées recevables puissent être analysées en toute équité, dans les limites de ce que les règles gouvernementales nous permettent de considérer.

Nous vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Pierre Leblanc
Vice-doyen aux affaires cliniques
Université Laval



Guy Lalonde
Vice-doyen aux études médicales postdoctorales
Université de Montréal



Sarkis Meterissian
Vice-doyen à la formation médicale postdoctorale
et aux affaires professionnelles, Université McGill



François Lajoie
Vice-doyen aux études médicales postdoctorales
Université de Sherbrooke

/mg

4.1 Changement de programme

N'est pas considéré comme un changement de programme le passage du tronc commun vers la spécialité en médecine ou en pédiatrie lors du jumelage de CaRMS.

Une demande de changement de programme pourrait être refusée si elle est présentée six mois ou moins avant la fin de la formation en cours (médecine familiale ou spécialité). Une telle demande doit donc être présentée au plus tard en août précédent la fin de la formation postdoctorale en cours.

La faculté pourrait exiger que le résident complète, dans le premier programme, une partie ou la totalité de l'année académique entamée.

Un changement de programme peut avoir pour impact une prolongation de formation. La durée de cette prolongation dépend des équivalences (périodes ou semaines) accordées pour la formation déjà acquise.

4.1.1 Étude des demandes de changement de programme : principes, règles de gestion et calendrier

La procédure est fondée sur les principes suivants :

- A. Pour qu'un changement de programme puisse être autorisé en vertu du décret, les deux conditions suivantes doivent être respectées : le nombre total de places autorisées en spécialités et le plafond d'une spécialité donnée ne peuvent être dépassés.
- B. Le nombre total de places en spécialité octroyé à chaque faculté lors de la répartition théorique doit toujours servir de repère dans l'étude des demandes de changement de programme.
- C. Un résident poursuit normalement toute sa formation dans la faculté où il a été admis. Un transfert de faculté n'est autorisé qu'exceptionnellement.
- D. La fiabilité de l'information sur la situation des cohortes est cruciale. Tout mouvement de place dans ces cohortes doit nécessairement être rapporté dès que possible, par l'entremise des listes de cas ou en mettant à jour le tableau de la répartition théorique.

L'étude des demandes de changement de programme est régie par les règles de fonctionnement suivantes :

- 1. Aucune faculté de médecine n'a l'obligation d'accepter une demande de changement de programme.
- 2. Une demande de changement de programme doit demeurer exceptionnelle et être justifiée.

3. Les résidents de niveau R1 doivent demeurer dans leur programme initial pour une période minimale d'une année. Conséquemment, un changement de programme ne peut prendre effet qu'à compter de la 2^e année de résidence.
4. Les résidents jumelés en spécialités médicales ou en spécialités pédiatriques sont tenus de compléter une année entière dans ce programme. Par conséquent, ils ne sont pas autorisés à présenter une demande de changement de programme avant la 2^e ronde qui débute en février. Exceptionnellement, un résident jumelé en spécialité médicale ou pédiatrique qui est décalé dans sa formation, pourrait être autorisé à présenter une demande de changement de programme après avoir complété six des douze mois requis dans le programme de sur-spécialité où il a été jumelé.
5. Une demande de changement de programme doit être faite aux dates prédéterminées annuellement par la CVDFM, sauf pour la médecine familiale pour laquelle il a été convenu d'accepter d'étudier les demandes de changement de programme en tout temps. L'information relative à ces demandes doit être transmise aux vice-doyens aux études médicales postdoctorales pour approbation et doit figurer dans les listes de cas officielles pour référence future.
6. Au cours de sa formation, un résident peut présenter une demande de changement de programme vers un seul programme de spécialité, autre que la médecine familiale¹.
7. Le cas échéant, les résidents doivent confirmer leur intention de changer de programme à chacune des rondes de changement de programme. Ainsi, si un résident souhaite que sa demande initiale de changement de programme qui n'a pas été considérée faute de capacité d'accueil ou de place au plafond soit réétudiée ultérieurement, il doit renouveler sa demande lors de chacune des rondes.
8. Une demande de changement de programme retirée après la date limite de dépôt des demandes de changement de programme ou une demande de changement de programme refusée comptent pour une demande de changement de programme. La CREPUQ a la responsabilité de s'assurer du respect de cette règle pour l'ensemble des résidents du Québec.
9. Si une demande de changement de programme ne peut être accordée en raison de l'atteinte des capacités d'accueil du programme ou de l'atteinte du plafond tel que décrété pour la discipline dans la Politique gouvernementale, elle peut être maintenue et réétudiée lors d'une prochaine période d'examen des demandes.
10. Est priorisé un changement de programme à l'intérieur d'une même faculté.

¹ Cette condition s'applique aux demandes de changement de programme présentées après le 1^{er} juillet 2007

11. Dans les cas exceptionnels où une demande de changement de programme est assortie d'une demande de transfert de faculté, c'est le changement de programme qui doit d'abord être examiné par la faculté d'attache. Si le dossier du candidat est jugé non acceptable par le programme visé par le candidat dans la faculté d'attache, la demande de transfert de faculté ne doit pas être considérée. Dans le cas d'une demande de changement de programme où le programme visé juge le dossier acceptable, mais que la capacité d'accueil de la faculté d'attache est atteinte, le candidat pourrait se voir offrir de transférer de faculté.
12. Toute demande de changement de programme doit être autorisée par la CVDFM.
13. Lorsque sa demande de changement de programme est acceptée, le résident doit occuper la place qui lui est attribuée dans le milieu et à la date déterminés par sa faculté.
14. Le calendrier d'étude des demandes de changement de programme est déterminé à chaque année par la CVDFM (voir tableau 5).

Les résidents qui souhaitent soumettre une demande de changement de programme doivent signifier leur intention au vice-doyen aux études postdoctorales de leur faculté. Chaque demande est analysée par la faculté concernée, puis, en bloc, par l'ensemble des quatre facultés selon le calendrier alors en vigueur, afin que la CVDFM puisse statuer sur chaque demande.

C'est au secrétariat de la CREPUQ que revient la responsabilité de surveiller l'atteinte des plafonds par spécialité. Advenant le cas où le plafond dans une spécialité est atteint, les vice-doyens doivent en informer les résidents concernés.

Les vice-doyens sont invités à transmettre, quelques jours avant la date établie des rondes d'étude des dossiers des résidents par les directeurs de programme, les informations suivantes sur les demandes de changement de programme: nom du résident, programme actuel dans lequel il est inscrit et programme demandé².

TABLEAU 6

Calendrier d'étude des demandes de changement de programme, 2013-2014

Action	Résidents R-2 et + (cohortes 2012 et -)	Résidents R-1 et + (cohortes 2013 et +)
Date limite de dépôt des demandes de changement de programme	23 août 2013	31 janvier 2014
Validation des demandes en fonction des plafonds par discipline	26 août 2013	3 février 2014
Études des dossiers par les directeurs de programme	2 au 27 sept. 2013	4 février au 28 mars 2014
Décision de la CVDFM	Octobre 2013	Avril 2014
Entrée en vigueur des changements de programme autorisés	Janvier 2014	Juillet 2014

² Par l'intermédiaire des listes de cas.

TABLEAU 7

Calendrier d'étude des demandes de changement de programme, 2014-2015

Action	Résidents R-2 et + (cohortes 2013 et -)	Résidents R-1 et + (cohortes 2014 et -)
Date limite de dépôt des demandes de changement de programme	22 août 2014	12 décembre 2014
Validation des demandes en fonction des plafonds par discipline	25 août 2014	9 janvier 2014
Études des dossiers par les directeurs de programme	1 ^{er} au 26 sept.2014	12 janvier 2015 au 6 février 2015
Décision de la CVDFM	Octobre 2014	Février 2015
Entrée en vigueur des changements de programme autorisés	Janvier 2015	Juillet 2015

Lors de l'étude des demandes de changement de programme :

1. La faculté dans laquelle un poste de spécialité est libéré a, au cours d'une même ronde de changements de programme, préséance sur les autres facultés pour utiliser ce poste, pour ses propres résidents qui demandent à changer de programme.
2. Si, au cours d'une même ronde, un poste de spécialité est libéré et que celui-ci n'est demandé par aucun résident de cette faculté, celui-ci devient « public », pour cette ronde et pour toutes les rondes subséquentes de la même cohorte, et peut être utilisé par toutes les facultés. Dans ce cas, advenant qu'un même poste soit convoité par des résidents de plus d'une faculté, l'attribution de ce poste se fait de façon aléatoire.
3. Pour la première ronde de changements de programme d'une cohorte, la faculté qui a un poste non comblé à l'issue du jumelage de CaRMS a préséance pour utiliser ce poste. Si cette faculté n'utilise pas le poste, celui-ci devient « public », et peut, pour cette ronde et pour toutes les rondes subséquentes de la même cohorte, être utilisé par toutes les facultés, selon le processus décrit en 2.
4. Un poste « public » peut être utilisé par une faculté même si celle-ci dépasse le nombre total de postes de spécialité qui lui a été attribué au moment de la répartition théorique, à condition que le nombre total de postes de spécialité prévu au décret pour les quatre facultés ne soit pas dépassé.
5. Lorsqu'exceptionnellement c'est par l'entremise d'un changement de cohorte qu'un changement de programme est accepté, il peut être nécessaire que le changement de cohorte se fasse officiellement avant le 1^{er} juillet (même si la demande fait partie de celles qui sont étudiées en vue d'un changement au 1^{er} juillet).

Politique - Changement de programme

Exceptionnellement, et une seule fois au cours de sa résidence, un résident peut soumettre une demande de changement de programme.

La Faculté n'a pas l'obligation d'étudier ou d'accepter une telle demande.

Les demandes de changement de programme des quatre facultés de médecine du Québec sont étudiées deux fois l'an.

Les changements de programme pour la première année d'une cohorte entrent en vigueur le 1er juillet de la deuxième année.

Les changements de programme pour les années subséquentes peuvent entrer en vigueur en janvier le premier jour de la période 8, ou en juillet de chaque année, à condition que le nouveau programme ait la capacité d'accueillir le résident.

Aucun changement de programme ne peut être accordé durant les 6 mois qui précèdent la date prévue de fin de formation, ni après cette date.

Étapes à suivre en vue d'un changement de programme

1. Faire parvenir, [avant la date limite indiquée sur le site web des études médicales postdoctorales](#), une lettre à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales, spécifiant les motifs de la demande et le programme pour lequel le résident souhaite postuler.

Cette lettre doit indiquer si le résident a obtenu l'accord de son directeur de programme d'attache pour transférer son dossier au programme d'accueil.

2. La vice-doyenne aux études médicales postdoctorales étudie la demande et communique au besoin avec le résident.
3. Le dossier du résident est étudié par le comité d'admission du programme d'accueil, qui transmet sa recommandation à la Faculté de médecine.
4. Si le résident est accepté par le programme d'accueil, la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales présente, pour

approbation, le dossier à la Conférence des vice-doyens des facultés de médecine du Québec.

5. À la suite de cette approbation, le résident reçoit un courriel confirmant ou non le changement de programme, et une copie est envoyée aux personnes concernées.

Équivalence de formation

Le comité d'admission du programme peut octroyer, avant que le changement de programme ne prenne effet, une équivalence pour les stages déjà effectués par le résident, s'il estime que certains de ces stages sont pertinents.

Cette équivalence doit cependant être approuvée par le Collège des médecins du Québec et le Collège des médecins de famille du Canada ou le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, novembre 2012

**PROCÉDURE DE SUSPENSION URGENTE
D'UN RÉSIDENT
DE
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

On entend par situation urgente, des comportements ou un état dans lequel se trouve un résident qui risque de compromettre sa propre sécurité, celle des patients ou de toute autre personne évoluant au sein de l'établissement.

ÉTAPES PROPOSÉES :

1. Le médecin responsable du stage ou tout autre personne qui constate qu'un résident ne semble pas en état de poursuivre son stage ou qu'un risque immédiat est associé à la poursuite du stage, doit aviser le directeur de l'enseignement ou, en son absence, le directeur des services professionnels (DSP).
2. Le directeur de l'enseignement ou le DSP recueille rapidement les faits auprès des personnes impliquées.
3. Le directeur de l'enseignement décide avec le DSP du niveau d'urgence et des mesures à prendre. En cas d'absence de l'un ou l'autre, le directeur général ou son représentant est consulté.
4. Le directeur de l'enseignement avise le résident de la sanction et lui remet un avis écrit précisant les faits ou les raisons motivant un tel avis conformément à l'article 17.03 de l'entente collective (l'Entente). En l'absence du directeur de l'enseignement, le DSP avise le résident concerné.
5. Un tel avis constitue une plainte et est acheminé au médecin examinateur, qui en assure le traitement.
6. Le résident est suspendu avec solde pour la durée de l'enquête.
7. Le directeur de l'enseignement avise le directeur du programme de résidence concerné, le chef du département hospitalier où le résident est en stage et le vice-doyen aux études médicales postdoctorales, de la suspension et des motifs envisagés.
8. Le directeur de l'enseignement transmet par écrit à la FMRQ un exposé des faits, gestes ou omissions reprochés, à moins que le résident ne s'y oppose par écrit (Art 17.05 de l'Entente).
9. Une copie de l'avis écrit est conservée à la direction de l'enseignement afin d'être insérée au dossier du résident, et une autre est envoyée au vice-doyen aux études médicales postdoctorales.

SITUATION NE NÉCESSITANT PAS UNE SANCTION DE SUSPENSION

Si le directeur de l'enseignement ou le DSP décide qu'il n'y a pas d'urgence à intervenir, mais qu'une sanction ou des mesures d'encadrement devraient être appliquées, un avis est acheminé au chef de département hospitalier et au vice-doyen aux études postdoctorales.

S'il y a une plainte, celle-ci est transmise d'abord au médecin examinateur selon la procédure en vigueur dans l'établissement.

**SUIVI DES ÉTUDIANTS, RÉSIDENTS ET MONITEURS
AYANT UN PROBLÈME DE SANTÉ PSYCHIQUE OU PHYSIQUE
INCLUANT LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR LE SANG**

Le Programme de suivi administratif de la Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE) du Collège des médecins du Québec (CMQ) a pour but d'assurer le suivi administratif et la réinsertion professionnelle des médecins ayant des problèmes de santé psychique ou physique susceptibles de compromettre la qualité de l'exercice.

Le programme peut également, dans certaines circonstances, assurer le suivi administratif d'un étudiant, résident ou moniteur (i.e. tout stagiaire détenteur d'un certificat d'immatriculation) ayant un problème de santé psychique ou physique.

Il est important de souligner que le suivi administratif assure la gestion du risque que la condition personnelle du stagiaire pose. Pour obtenir les soins requis, le stagiaire devra s'adresser à une autre ressource.

A) Problème de santé psychique ou physique :

Responsabilité de l'étudiant, résident ou moniteur

Lorsqu'un stagiaire présente un problème de santé psychique ou physique susceptible de compromettre la qualité de son exercice ou sa capacité à accomplir normalement ses activités de formation, sa responsabilité est de déclarer sa condition et de demander de l'aide.

Pour ce faire, il peut s'adresser directement à son directeur de programme, à son vice-doyen ou à la personne désignée à cette fin par le vice-doyen. Il peut aussi s'adresser au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) au 514 397-0888 ou 1 800 387-4166, afin qu'il puisse obtenir le soutien thérapeutique nécessaire, s'il n'est pas déjà traité.

Responsabilité de l'université

Dans les cas où l'université constate qu'un stagiaire présente un problème de santé psychique ou physique susceptible de compromettre la qualité de son exercice ou sa capacité à accomplir normalement ses activités de formation, il lui revient de déterminer les modalités et conditions qui permettront au résident ou moniteur de poursuivre sa formation. Ces modalités et conditions pourraient inclure, le cas échéant, l'adhésion obligatoire au programme de suivi administratif du CMQ.

Entre-temps, le processus universitaire d'évaluation, de promotion et de suivi doit suivre son cours.

L'université peut également s'adresser en tout temps ou suggérer au résident ou moniteur de s'adresser au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ).

Déclaration obligatoire

Au moment où il remplit une première demande de carte de stages, le résident a l'obligation de répondre aux questions suivantes :

ÊTES-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ SUIVI OU TRAITÉ POUR :

- UN PROBLÈME DE SANTÉ PHYSIQUE INCAPACITANT OU UNE INFECTION TRANSMISSIBLE PAR LE SANG ?
- UN PROBLÈME DE SANTÉ PSYCHIQUE
 - CHRONIQUE (EX. SCHIZOPHRÉNIE, MALADIE BIPOLAIRE) OU
 - ACTIF (EX. DÉPRESSION) IMPOSANT UNE RESTRICTION OU UNE LIMITATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ?
- UN PROBLÈME DE DÉPENDANCE OU D'ABUS DE SUBSTANCE (INCLUANT L'ALCOOLISME) ?

Les personnes qui répondent affirmativement à l'une de ces questions doivent faire parvenir à la Direction des études médicales du CMQ un certificat médical contenant les informations suivantes :

- diagnostic du problème de santé ou nature du problème de dépendance ;
- état de santé actuel ;
- capacité à poursuivre la formation sans restrictions ou conditions particulières.

Sur réception d'un certificat médical satisfaisant, l'information reçue sera classée au dossier du résident et sera conservée de façon strictement confidentielle.

Dans les cas où le certificat médical reçu laisserait des doutes quant à la capacité du résident ou moniteur à poursuivre sa formation sans restrictions ou conditions particulières, le résident ou moniteur devra :

- soit obtenir, de la personne désignée à cette fin par le vice-doyen aux études médicales postdoctorales de la faculté concernée, une attestation à l'effet que sa condition est connue et que les mesures nécessaires ont été mises en place pour assurer un suivi et encadrement adéquat et pour permettre la poursuite de la formation ;
- soit adhérer au programme de suivi administratif du CMQ ;

Dans les cas où les mesures mises en place pour permettre la poursuite de la formation impliquent une modification des stages telle que le résident ou moniteur ne pourra atteindre l'ensemble des objectifs du programme, la Direction des études médicales du CMQ devra en être informée.

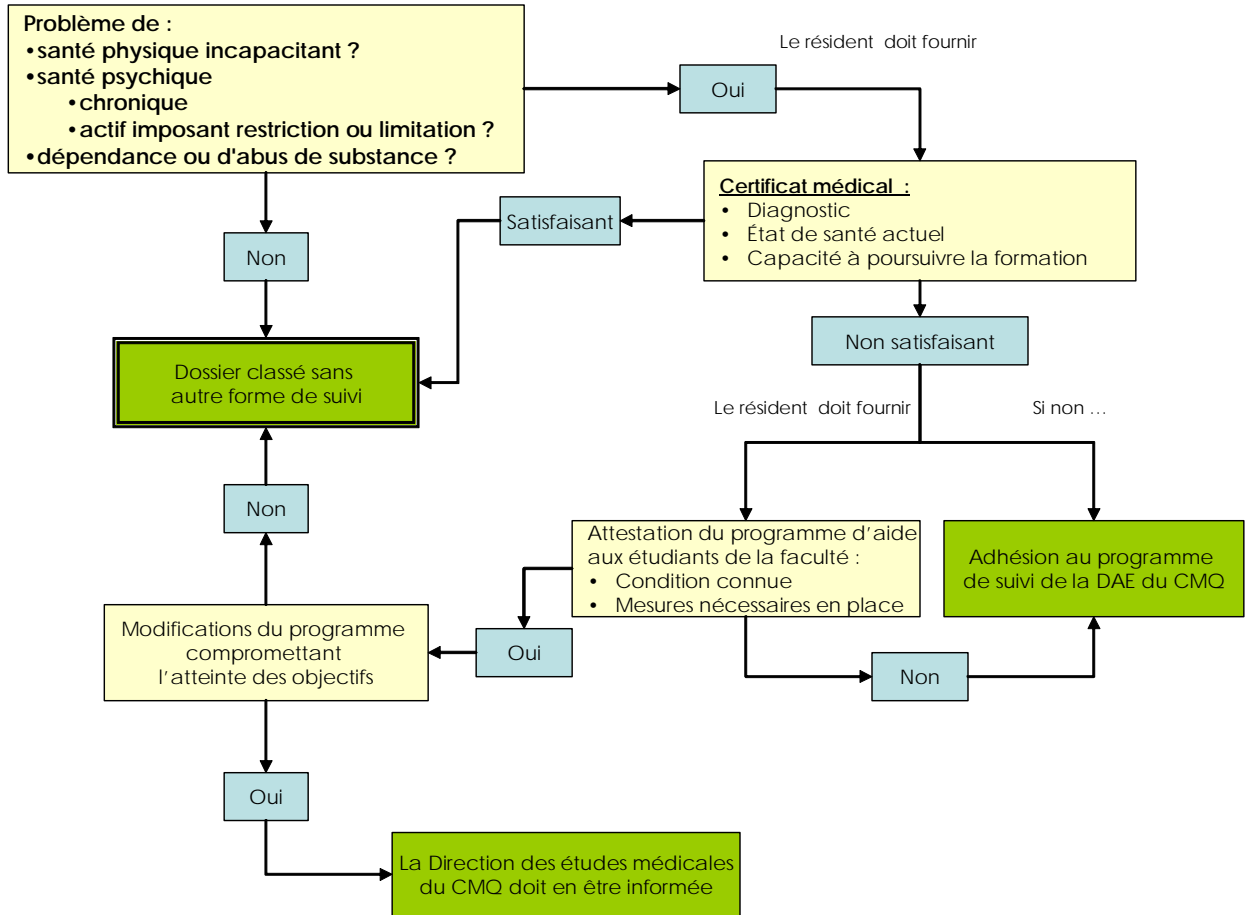
Tous les documents reçus au programme de suivi sont confidentiels et sont conservés à la DAE pour une période de cinq ans après la fin du suivi. Seul un résumé sera déposé au dossier de la DEM ou au dossier professionnel après la délivrance du permis.

En cours de suivi, advenant :

- une détérioration de l'état de santé compromettant la qualité de l'exercice, ou
- un abandon du suivi par le stagiaire, ou
- le non respect des recommandations émises,

le dossier pourra faire l'objet d'un transfert immédiat à la DEM qui communiquera alors avec l'université.

Algorithme de traitement des dossiers



B) Problème d'infections transmissibles par le sang :

S'il s'agit d'un problème d'infection transmissible par le sang le stagiaire doit informer la DEM et l'Université. L'université doit alors obtenir l'évaluation d'un comité d'experts. À cette fin, elle doit faire évaluer les risques de transmissibilité par un comité d'experts tel que le Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH) – Institut national de santé publique du Québec : 1 866 680-1856.

Si des recommandations quant à la limitation ou restriction de certains actes sont émises, et que celles-ci entraînent une modification de programme, la DEM doit obligatoirement en être informée par la faculté.

L'adhésion au programme de suivi administratif est obligatoire (pour la protection du public et conformément au *Code de déontologie des médecins*) pour les candidats visés par des limitations ou restrictions.

Programme de suivi administratif des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale

susceptibles de compromettre
l'exercice professionnel
de la médecine



Une question
de protection
du public

Une médecine de qualité
au service du public



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

La surveillance de l'exercice en vue de la protection du public



En 1999, le Collège des médecins
du Québec instaure le

Programme de suivi administratif
des médecins ayant des problèmes
de santé physique ou mentale

susceptibles de compromettre
l'exercice professionnel
de la médecine

qui consiste en une surveillance accrue
de l'aptitude à exercer de ces médecins
afin d'assurer la protection du public.

L'aptitude d'un médecin à exercer est évaluée
de façon globale selon les éléments suivants :

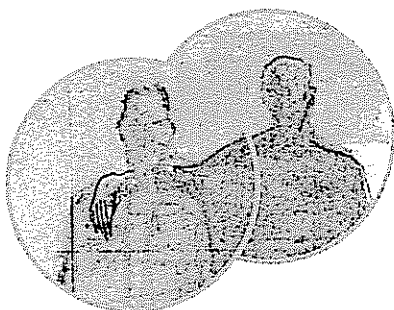
- l'état de santé,
- le niveau de compétence,
- l'efficacité et l'efficience cliniques.

Depuis 2001, le programme est sous la
responsabilité de la Direction de l'amélioration
de l'exercice (DAE), dont la mission est de
surveiller et d'améliorer la qualité de l'exercice
des membres. Le Collège souhaite ainsi
transmettre un message positif aux médecins
en difficulté. Le programme met l'accent sur
la mise à jour des compétences et offre des
activités de perfectionnement conçues en
fonction des besoins particuliers de chacun,
des activités souvent essentielles dans le
processus de réadaptation professionnelle
des médecins.

À qui s'adresse le programme du Collège ?

Le programme de suivi administratif s'adresse aux médecins présentant une condition personnelle susceptible d'avoir un impact sur la qualité de leur exercice professionnel, notamment :

- un problème de santé mentale ;
- certaines conditions physiques ;
- des toxicomanies, incluant l'alcoolisme ;
- un risque de transmission d'une infection hématogène.



Qui peut y faire appel ?

- Les médecins aux prises avec des problèmes de santé ;
- Les collègues qui souhaitent y diriger un pair ;
- Les dirigeants des établissements de santé ;
- Les directions du Collège ayant identifié des médecins dont la vulnérabilité peut avoir un impact sur leur exercice.

LE PROGRAMME DE SUIVI ADMINISTRATIF DU COLLÈGE ET LE PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC DES RÔLES DIFFÉRENTS

Le programme de suivi administratif du Collège des médecins et le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) sont deux entités totalement différentes, qui ont des objectifs différents : alors que le premier vise la protection du public, le second est un organisme autonome sans but lucratif qui offre du soutien aux médecins en difficulté.

Le Collège invite les médecins présentant un problème de santé ou toute autre difficulté pouvant affecter la qualité de leur

Un suivi adapté à la condition médicale du médecin

Le suivi d'un médecin dure en moyenne deux ans, mais il peut être adapté à l'évolution de sa condition médicale. Avant que toute démarche soit entamée, le médecin qui est soumis à un suivi administratif signe un consentement afin d'autoriser le Collège à demander à son ou à ses thérapeutes des rapports périodiques sur son état de santé. Au besoin, une rencontre peut avoir lieu afin de décider de l'encadrement requis pour son maintien ou son retour à l'exercice de la médecine.

Durant le suivi, le responsable du programme a notamment pour rôle :

- d'obtenir des rapports périodiques portant sur l'évolution de l'état de santé du médecin concerné, son aptitude à exercer ainsi que les limitations ou les restrictions recommandées ;
- de s'assurer du respect des recommandations ;
- de voir à l'évaluation du risque de transmission d'infections hématogènes ;
- de mettre sur pied des activités de perfectionnement en fonction des besoins particuliers du médecin inscrit au programme.

Sont également au centre de ses préoccupations : l'élaboration de critères d'évaluation des risques, les procédures d'accès à l'information, l'harmonisation des efforts effectués par divers intervenants afin d'aider le médecin en difficulté ainsi que la prévention.

Dans les rares cas où un médecin ne collabore pas à son suivi, le responsable peut faire un signalement à la direction appropriée du Collège.

pratique à s'adresser au PAMQ afin d'entreprendre une démarche personnelle. Après évaluation, les médecins responsables de ce programme seront en mesure de les orienter vers les ressources appropriées.

Le Collège n'intervient que lorsqu'une situation problématique a été identifiée à la suite d'un signalement, d'une enquête, d'une visite d'inspection ou en cours de formation. Mais un médecin qui éprouve des difficultés sur le plan personnel et qui veut en parler peut toujours s'adresser au programme de suivi administratif du Collège des médecins.

La confidentialité : une assise fondamentale

Les médecins ne sont pas à l'abri de divers problèmes de santé pouvant affecter la qualité de leur exercice.

En vertu de son mandat de protection du public, le Collège des médecins du Québec se doit de prendre les mesures nécessaires lorsqu'il est informé de situations risquant de compromettre la qualité de l'exercice de ses membres.

C'est pourquoi il a créé le Programme de suivi administratif des **médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale** susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine

Compte tenu de la nature de l'information colligée dans le cadre de son programme de suivi administratif, le Collège des médecins du Québec assure la confidentialité des renseignements. L'adhésion à ce programme ne doit empêcher aucun médecin de recevoir les soins que requiert son état.

Seules les limitations ou les restrictions relatives à l'exercice professionnel sont divulguées au public, sans précision sur la raison.

Pour nous joindre

Nous sommes disponibles pour répondre à vos questions concernant le programme de suivi administratif. N'hésitez pas à nous joindre :

progsuivi@cmq.org

Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8

TÉLÉPHONE
514 933-4441, poste 5299 ou 5247

SANS FRAIS
1 888 633-3246, poste 5299 ou 5247

COURRIEL
progsuivi@cmq.org

SITE WEB
collegedesmedecins.qc.ca

ENGAGEMENT

Le suivi administratif des médecins présentant des problèmes de santé physique ou psychique pouvant compromettre la qualité de leur exercice professionnel a pour but de permettre au Collège des médecins du Québec d'assumer son mandat de protection du public. Cette tâche a été confiée à la Direction de l'amélioration de l'exercice qui voit à la surveillance et à l'amélioration de l'exercice professionnel des médecins.

Je _____ m'engage pour une période de 2 ans à ce qui suit :

- J'autorise le médecin responsable du suivi au Collège des médecins du Québec à obtenir de mon thérapeute, le docteur _____, des rapports périodiques sur mon état de santé et mon aptitude à exercer. J'autorise également ce responsable à communiquer avec mon thérapeute s'il y a nécessité d'obtenir des précisions de sa part.
- Je m'engage à suivre les recommandations émises par mon médecin traitant.
- J'accepte que les limitations d'exercice requises par mon état de santé soient communiquées au public sous la forme d'engagement de ma part.
- Je m'engage à signaler, dans les plus brefs délais, tout changement de thérapeute au responsable du suivi administratif du Collège des médecins du Québec.
- J'accepte que les résultats des tests de dépistage à l'aveugle auxquels j'ai consenti, le cas échéant, soient acheminés au médecin responsable du suivi.
- J'accepte toute rencontre sollicitée par le médecin responsable, rencontre justifiée par des difficultés de suivi ou nécessité avant la fin du suivi. En tout temps, lors de ces rencontres, je pourrai être accompagné d'un procureur si je le juge pertinent.
- Je peux solliciter moi-même une rencontre si je désire discuter de tout problème relié à mon suivi.

Advenant en cours de suivi une détérioration de mon état compromettant la qualité de mon exercice, ou advenant un abandon du suivi, un signalement pourrait être effectué au Syndic.

Initiales du signataire : _____

Initiales du témoin : _____

Tous les documents au dossier du médecin responsable du suivi seront conservés à la Direction de l'amélioration de l'exercice pour une période de dix ans après la fin du suivi. Un résumé uniformisé et l'engagement au Programme de suivi seront versés à mon dossier professionnel à titre informatif.

J'accepte que les données recueillies dans le cadre du présent programme puissent éventuellement être utilisées dans le cadre de toute étude, recherche ou autre publication faite par la Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE), dans le cadre de son mandat. De même, je suis assuré que ces données seront confidentielles et utilisées en conjonction avec les données recueillies auprès des autres participants de programme, de façon à assurer le respect de la confidentialité de mon dossier au programme.

Cet engagement est assujéti à l'article 122 du Code de déontologie des médecins.

Advenant qu'après la période autorisée, il soit souhaitable de poursuivre le suivi, un nouveau consentement sera alors sollicité.

SIGNATURE _____

PERMIS _____

TÉMOIN _____

DATE _____

ENGAGEMENT PAMQ

Je _____ autorise le responsable du programme de suivi administratif des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine à transmettre certaines informations pertinentes concernant mon suivi au Programme d'aide aux médecins du Québec.

J'autorise également le Programme d'aide aux médecins du Québec à transmettre au Collège des médecins du Québec un rapport périodique concernant l'évolution de mon traitement ou toute information jugée utile eu égard à mon aptitude à exercer. De plus, j'autorise le Programme d'aide aux médecins du Québec à informer le responsable du programme de suivi lorsque mon plan de traitement sera terminé ou advenant que j'abandonne contre avis médical.

Le suivi administratif par le Collège des médecins du Québec se poursuivra pendant une période de deux ans. Il sera réajusté à l'échéance selon l'évaluation qui sera faite.

- Je m'engage à suivre les recommandations émises par mon médecin traitant.
- J'accepte que les limitations d'exercice requises par mon état de santé soient communiquées au public sous la forme d'engagement de ma part.
- Je m'engage à signaler, dans les plus brefs délais, tout changement de thérapeute au responsable du suivi administratif du Collège des médecins du Québec.
- J'accepte que les résultats des tests de dépistage à l'aveugle auxquels j'ai consenti, le cas échéant, soient acheminés au médecin responsable du suivi.
- J'accepte toute rencontre sollicitée par le médecin responsable, rencontre justifiée par des difficultés de suivi ou nécessité avant la fin du suivi. En tout temps, lors de ces rencontres, je pourrai être accompagné d'un procureur si je le juge pertinent.
- Je peux solliciter moi-même une rencontre si je désire discuter de tout problème relié à mon suivi.
- J'accepte qu'un rapport sur mon aptitude à exercer soit transmis à la Direction du Collège m'ayant dirigé pour un suivi administratif.

Advenant en cours de suivi une détérioration de mon état compromettant la qualité de mon exercice, ou advenant un abandon du suivi, un signalement pourrait être effectué au Syndic.

Initiales du signataire : _____

Initiales du témoin : _____

Tous les documents au dossier du médecin responsable du suivi seront conservés à la Direction de l'amélioration de l'exercice pour une période de dix ans après la fin du suivi. Un résumé uniformisé et l'engagement au Programme de suivi seront versés à mon dossier professionnel à titre informatif.

J'accepte que les données recueillies dans le cadre du présent programme puissent éventuellement être utilisées dans le cadre de toute étude, recherche ou autre publication faite par la Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE), dans le cadre de son mandat. De même, je suis assuré que ces données seront confidentielles et utilisées en conjonction avec les données recueillies auprès des autres participants de programme, de façon à assurer le respect de la confidentialité de mon dossier au programme.

Cet engagement est assujéti à l'article 122 du Code de déontologie des médecins.

Advenant qu'après la période autorisée, il soit souhaitable de poursuivre le suivi, un nouveau consentement sera alors sollicité.

SIGNATURE _____

PERMIS _____

TÉMOIN _____

DATE _____

Bureau d'aide aux étudiants et résidents (BAER)

La mission première du BAER est d'accueillir les étudiants et les résidents en difficulté du programme de médecine afin de clarifier avec eux la situation problématique, de désigner les pistes de solution et de les aider à trouver les ressources pertinentes. Il est composé de professeurs de la Faculté de médecine.

Il peut s'agir de :

- difficultés psychologiques ou émotionnelles,
- difficultés scolaires,
- questionnements quant au choix de carrière,
- difficultés financières.

La consultation au BAER

- Elle est toujours volontaire (mais peut avoir été suggérée par un professeur ou un gestionnaire du programme).
- Elle est entièrement confidentielle (aucune note n'est versée au dossier scolaire; les gestionnaires des programmes ne sont pas avisés de la consultation sans l'accord de l'étudiant ou du résident).
- Elle n'a aucune connotation sanctionnelle (le BAER ne participe aucunement aux décisions universitaires sanctionnelles).
- Elle est gratuite.

Communiquer avec le BAER

Campus montréalais

- Téléphone : 514 343-6603
Courriel : baer@meddir.umontreal.ca.
- Isabelle Duchesnay (Vie étudiante et facultaire) est aussi rattachée au BAER. Vous pouvez la rencontrer à son bureau, S-316, lui écrire à isabelle.duchesnay@umontreal.ca ou lui téléphoner au 514 343-6111, poste 1756.
- <http://med.umontreal.ca/la-communaute/les-etudiants/bureau-daide-aux-etudiants-et-residents-baer/>

Campus de l'Université de Montréal en Mauricie

Téléphone : 1 866 862-5642

- Dr Anne-Louise Boucher est présente au bureau U2-215 de 12h30 à 16h30 les mercredis durant la session d'automne et la session d'hiver (environ mi-août à mi-décembre et deuxième semaine de janvier jusqu'à la deuxième semaine de juin). Elle est disponible avec ou sans rendez-vous à ce moment-là. Il y a aussi possibilité de prendre exceptionnellement rendez-vous en dehors de ces heures en communiquant via le courriel du BAER, au baer-mauricie@meddir.umontreal.ca

Courriel : baer-mauricie@meddir.umontreal.ca

Ailleurs au Québec

Téléphone : 1 866 862-5642

- Tout appel ou courriel est suivi d'une réponse dans les 24 à 48 heures, sauf les fins de semaine et les jours fériés.
- Il n'y a pas de prise d'appel ni de courriel les soirs, les fins de semaine et les jours fériés.

Les membres du Bureau d'aide aux étudiants et résidents

- Ramses Wassef, directeur du BAER
- Patricia Garel
- Martin Talbot
- Michel Dagenais (choix de carrière)
- Jacques Monday
- Jean-Paul Ferron
- Anne-Louise Boucher (campus de l'Université de Montréal en Mauricie)
- Diane Robert (campus de l'Université de Montréal en Mauricie)
- Nathalie Caire Fon (académique)

Documents utiles

- [Demande d'aide financière BAER à partir du Fonds de dépannage](#) : remplir et envoyer par courriel
- [Présentation sur le stress et les études médicales](#)
- [Présentation sur le stress et l'externat](#)
- [Présentation: Pratiquer une médecine en pleine conscience](#)

Liens utiles à l'Université de Montréal

- [Services aux étudiants](#)
- [Centre de soutien à la réussite étudiante \[CÉSAR\]](#)
- [Centre de santé et de consultation psychologique \[CSCP\]](#)
- [Bureau de l'aide financière \[BAF\]](#)
- [Bureau des bourses](#)
- [Action humanitaire et communautaire \[AHC\]](#)
- [Bureau d'intervention en matière de harcèlement \[BIMH\]](#)

Liens utiles à l'extérieur de l'Université de Montréal

[Programme d'aide aux médecins du Québec \[PAMQ\]](#)
235, boulevard René-Lévesque Est, bureau 410
Montréal (Québec) H2X 1N8
Tél. : 514 397-0888 ou 1 800 387-4166

[Fédération médicale étudiante du Québec](#)
Téléphone : 514-282-0256

[Fédération des médecins résidents du Québec](#)
Tél. : 514 282-0256 ou 1 800 465-0215

[Centres de prévention du suicide](#)
Suicide Action Montréal : 514 723-4000

**GUIDE D'APPLICATION DE LA *POLITIQUE CONTRE LE HARCÈLEMENT* DE
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL APPLICABLE AUX RÉSIDENTS ET PROFESSEURS
EN MILIEU HOSPITALIER**

Introduction

Ce document est un guide d'application de la *Politique contre le harcèlement* de l'Université de Montréal aux situations de harcèlement vécues par les résidents et les professeurs de l'Université en milieu hospitalier.

Notez que toute action prise dans le cadre de situations de harcèlement, incluant toute imposition de sanctions disciplinaires, doit être conforme aux *Règlements pédagogiques applicables* ou au *Règlement disciplinaire concernant les membres du personnel enseignant et les étudiants*.

Contexte

L'Université s'est dotée d'une *Politique contre le harcèlement*, laquelle est jointe comme Annexe A (la « Politique »).

La Politique est applicable aux professeurs et aux étudiants de l'Université, tel que le prévoit l'article 7 qui se lit comme suit :

La politique s'applique aux membres de la communauté universitaire, c'est-à-dire à toute personne occupant un poste en vertu de la Charte et des Statuts de l'Université ainsi qu'à toute personne nommée ou employée par l'Université ou qui y est inscrite à titre d'étudiant.

Elle s'applique également aux tiers (cocontractants, clients, visiteurs, etc.) qui sont en relation avec l'Université.

La Politique s'applique donc aux résidents et professeurs qui exercent en milieu hospitalier.

Cependant, les résidents de la Faculté de médecine sont dans une situation qui leur est particulière à cause de leur double statut, soit celui d'employé de l'établissement hospitalier et celui d'étudiant de l'Université. En effet, étant des étudiants de l'Université, la Politique leur est applicable, et comme ils exercent leur stage de formation médicale postdoctorale dans un établissement hospitalier, les règlements de ce dernier en matière de harcèlement leur sont également applicables ainsi que la convention collective en vigueur entre les parties.

Dans ce contexte, le but du présent document est d'informer les résidents et les professeurs des recours disponibles et de la procédure applicable dans une situation de harcèlement survenue en milieu hospitalier.

Définition de harcèlement

La définition de harcèlement applicable est celle prévue à l'article 3 de la Politique, soit:

On entend par harcèlement, une conduite :

- (a) *vexatoire se manifestant par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, conduite fondée ou non sur un des motifs discriminatoires interdits*

par la Charte des droits et libertés de la personne du Québec (race, couleur, sexe, grossesse, orientation sexuelle, état civil, âge sauf dans la mesure prévue par la loi, religion, convictions politiques, langue, origine ethnique ou nationale, condition sociale, handicap ou utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap); et

- (b) *qui est de nature à porter atteinte à la dignité physique ou psychologique de la personne ou de nature à compromettre un droit ou qui est de nature à compromettre le rendement au travail ou aux études d'une personne ou d'un groupe de personnes ou à créer un climat de travail ou d'étude intimidant ou hostile.*

Une seule conduite grave, y inclus la conduite assortie explicitement ou implicitement d'une promesse de récompense ou d'une menace, peut aussi constituer du harcèlement si elle porte une telle atteinte et produit un effet nocif continu.

Champ d'application de la Politique

Situations de harcèlement entre résidents

Comme les résidents sont des étudiants de l'Université, la Politique s'applique lorsqu'il y a une situation de harcèlement qui survient entre deux ou plusieurs résidents.

Situations de harcèlement entre un/des professeurs et un/des résidents

La Politique s'applique lorsque la situation de harcèlement survient dans le cadre de *l'enseignement* entre le professeur et le résident.

En d'autres termes, la Politique est applicable à un professeur clinicien de l'Université lorsqu'il exerce ses activités d'enseignement et non lorsqu'il exerce ses tâches à titre de médecin pour l'établissement hospitalier, auquel cas, les règlements et politiques de l'établissement sont applicables.

Plaintes de harcèlement des usagers

Toute plainte de harcèlement d'un usager envers un médecin, un professeur ou un résident sera traitée par l'établissement hospitalier conformément aux politiques et règlements de l'établissement à cet effet, soit le *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers* et le *Règlement sur le traitement à des fins disciplinaires des plaintes concernant les résidents*.

D'après ce qui précède, la Politique s'applique dans les cas de harcèlement spécifiques suivants :

Plaignant	Présumé harceleur
Résident	Professeur dans le cadre de son enseignement
Résident	Résident
Professeur dans le cadre de son enseignement	Résident

Veillez prendre note que ce document réfère à des situations de harcèlement entre **un** résident et **un** professeur à des fins d'allègement de texte. Un signalement de harcèlement ou le dépôt d'une plainte de harcèlement peut se faire par un ou plusieurs résidents.

Principes généraux

- (a) L'Université a l'obligation de prendre les mesures nécessaires afin qu'il n'y ait aucune situation de harcèlement.

En effet, les obligations légales imposées à l'Université en vertu de la *Loi sur les normes du travail* sont de prévenir le harcèlement et de le faire cesser lorsqu'une telle conduite est portée à sa connaissance.

L'Université s'est dotée des mêmes obligations à l'égard de ses étudiants.

- (b) Toute intervention de l'Université doit être diligente, adéquate et effectuée dans les meilleurs délais.
- (c) Toute action prise par l'Université pour remédier à la situation de harcèlement doit se faire en consultation avec le vice-doyen aux études médicales postdoctorales.
- (d) L'Université privilégie la médiation comme moyen de résolution de conflit; celle-ci:
- favorise un règlement souple et rapide des conflits;
 - vise à mettre fin à la situation en trouvant des solutions mutuellement acceptables entre les personnes concernées avec l'aide d'une personne impartiale;
 - est libre et volontaire;
 - est confidentielle.
- (e) Toute situation de harcèlement doit être traitée en respectant les règles de confidentialité les plus strictes. Tout dossier de harcèlement est confidentiel et l'Université doit en respecter le caractère confidentiel.

Les principaux intervenants

Les principaux intervenants dans une situation de harcèlement mettant en cause un résident ou un professeur d'un établissement hospitalier dans le contexte universitaire sont:

- (a) Le vice-doyen aux études médicales postdoctorales

Le vice-doyen aux études médicales postdoctorales est responsable de la gestion des situations de harcèlement impliquant des résidents.

- (b) Le Bureau d'intervention en matière de harcèlement de l'Université (« BIMH »)

3535 Chemin Queen Mary (coin Côte-des-neiges), bureau 207
Téléphone : 514-343-7020
Télécopieur : 514-343-2146
<http://www.harcelement.umontreal.ca/>

Le BIMH est l'instance de l'Université qui est au service des membres de la communauté universitaire concernant les situations de harcèlement en milieu de travail ou d'études.

Le BIMH offre plusieurs services, dont les suivants :

- offrir de l'information et des conseils confidentiels concernant les situations de harcèlement;
- faire des interventions dans le milieu (rencontres, formation, intervention de crise);
- avec l'accord des personnes impliquées, faire des séances de médiation entre les parties;
- recevoir le dépôt des plaintes formelles de harcèlement en vertu de la Politique et les acheminer au recteur de l'Université.

- (c) Comité de discipline de l'Université

Le Comité de discipline de l'Université est l'instance à laquelle est soumise toute affaire disciplinaire concernant les membres du personnel enseignant et les étudiants. Ce comité est l'unique instance universitaire qui peut imposer des mesures disciplinaires aux professeurs ou aux étudiants (ex : lettre de réprimande, suspension, renvoi) à l'Université. Voir le *Règlement disciplinaire concernant les membres du personnel enseignant et les étudiants*, lequel est joint comme Annexe B.

Procédure de cheminement d'une situation / plainte de harcèlement

- (a) Le résident ou le professeur qui se croit victime de harcèlement peut tenter de résoudre le différend en discutant avec la personne impliquée.
- (b) Le résident qui se croit victime de harcèlement peut en discuter ou signaler par écrit la situation à l'une des personnes suivantes : professeur, responsable de stage, directeur de l'enseignement, directeur de programme, directeur de département ou vice-doyen.

Le professeur qui se croit victime de harcèlement peut en discuter ou signaler par écrit la situation à l'une des personnes suivantes : directeur de département ou vice-doyen.

Le résident ou le professeur qui se croit victime de harcèlement peut aussi communiquer directement avec le BIMH. Il est entendu que le professeur ou le résident peut s'adresser à la direction des ressources humaines de l'établissement hospitalier où la situation a eu lieu, laquelle traitera la situation ou la réacheminera à l'Université, le cas échéant.

- (c) La personne qui reçoit le signalement de la situation de harcèlement doit tenter de remédier à la situation en prenant les actions appropriées, en consultation avec le vice-doyen aux études médicales postdoctorales, dont notamment des mesures pour remédier à la situation de harcèlement, tel qu'assigner le résident ailleurs dans l'établissement ou assigner le résident dans un établissement différent.

De même, lorsque la situation le justifie, le doyen ou le directeur de département universitaire peut interdire à un résident ou à un professeur l'accès à certains lieux ou le contact avec certaines personnes, conformément à l'article 10 du *Règlement disciplinaire concernant les membres du personnel enseignant et les étudiants*.

- (d) Si les parties y consentent, le BIMH peut tenter de résoudre la situation par voie de médiation (article 14 de la Politique).
- (e) Si la personne plaignante ne désire pas participer à la médiation offerte par le BIMH ou si la médiation n'est pas concluante, celle-ci peut déposer une plainte formelle en vertu de la Politique au BIMH, lequel fait suivre la plainte au recteur de l'Université, le cas échéant (article 15.2 de la Politique).
- (f) Suite à la réception de la plainte par le recteur de l'Université, les instances universitaires compétentes procèdent à une enquête administrative, le cas échéant.
- (g) Suite à l'enquête administrative, le recteur de l'Université saisit, le cas échéant, le Comité de discipline de l'Université pour décision.

Approuvé par le Conseil de la Faculté de médecine le 6 décembre 2007.

INTIMIDATION ET HARCÈLEMENT

Si vous jugez être victime d'une situation d'intimidation ou de harcèlement de la part d'un professeur, d'un collègue de travail, d'un employé ou de toute autre personne, dites-vous que vous n'avez pas à accepter un tel comportement.

- Notez les détails des incidents: date, heure, lieu, noms des témoins, gestes faits, mots prononcés, vos sentiments, vos réactions, à qui vous en avez parlé. Conservez tout élément de preuve (par exemple une lettre ou un courriel).
- Si vous êtes à l'aise de le faire, dites clairement à la personne concernée que son comportement est importun, offensant, intimidant ou humiliant. Vous pouvez le faire verbalement, de préférence en présence d'un témoin, ou par écrit (conservez une copie de la lettre).
- Sinon, parlez-en ou encore signalez la situation par écrit à l'une des personnes suivantes pour qu'elle puisse intervenir: directeur de l'enseignement, directeur de programme, directeur de département ou vice-doyenne.
- Cette personne tentera de remédier à la situation en prenant les mesures appropriées, de concert avec la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales. La médiation est le moyen privilégié par l'Université pour résoudre le conflit.
- Rappelez-vous que le Bureau d'intervention en matière de harcèlement de l'Université (BIMH) peut vous conseiller et vous offrir son soutien (**tél.: 514 343-7020**).
- Advenant que la situation ne soit pas résolue à votre satisfaction ou si elle le juge approprié, la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales vous rencontrera et rencontrera aussi, séparément, la ou les personnes concernées. Le directeur du département universitaire du professeur participera à ces rencontres et un représentant du BIMH peut aussi être présent.
- À toute étape du processus, si la situation le justifie, le directeur de département peut prendre des mesures pour éviter que la situation se reproduise.
- Si vous ne désirez pas participer à la médiation ou si la situation n'est pas résolue à votre satisfaction, vous pouvez déposer une plainte au BIMH, qui la fera suivre au recteur de l'Université. Ce dernier demandera, le cas échéant, une enquête administrative. À la suite de cette enquête, le recteur pourra saisir le comité de discipline de l'Université pour qu'une décision soit rendue.
- Lorsque la personne en cause est un employé d'un établissement universitaire ou hospitalier, le dossier est confié à la direction des ressources humaines de cet établissement.
- Si la situation implique un étudiant ou un autre résident, la vice-doyenne peut faire des recommandations aux personnes responsables de son programme.

Dans tous les cas, vous serez informé des mesures qui auront été prises par la faculté, l'Université ou l'établissement.



Le Collège royal des médecins et
chirurgiens du Canada



Collège des médecins
du Québec



Le Collège des médecins
de famille du Canada

***L'AGRÈMENT ET LA QUESTION DE L'INTIMIDATION ET DU
HARCÈLEMENT DANS LA FORMATION MÉDICALE POSTDOCTORALE -
LIGNES DIRECTRICES POUR LES VISITEURS ET LES PROGRAMMES***

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

À la demande du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et du Collège des médecins du Québec (CMQ), le présent groupe de travail a examiné les travaux effectués sur le sujet de 1996 à 2003. Il s'agissait entre autres, du document produit par le groupe de travail précédent et aussi des travaux du Comité d'éthique et d'équité. L'exercice avait pour objectif d'élaborer davantage les définitions et de préciser une approche à ce problème pouvant servir d'orientation aux programmes, aux universités et aux équipes d'agrément. Nous avons également utilisé comme référence les Compétences CanMEDS ainsi que les Principes de la médecine familiale qui régissent les attitudes enseignées, évaluées et données en exemple.

L'intimidation, était-il écrit dans le rapport de 1996 et son addenda de 1998¹, est une forme de comportement abusif, dont la pratique, si minime soit-elle, est de trop, comme c'est le cas de tout abus. Il est évident que la reconnaissance de comportements de cette nature dans un programme exige une réponse, que ce soit au niveau du directeur du programme, de l'unité hospitalière, du département ou de l'université. Si un examen formel s'impose, il doit être entrepris par l'intermédiaire du bureau de l'éducation postdoctorale ou du bureau chargé de régler les plaintes de cette nature. Durant une visite d'agrément, l'équipe du président doit évaluer le bureau au sein de l'université en cause qui assume officiellement le rôle de soutien et d'enquête. L'évaluation porte sur l'ampleur et le nombre de plaintes, les décisions et l'issue des règlements. L'équipe d'agrément et les visiteurs sollicitent des commentaires sur le milieu d'enseignement. Lorsque des allégations sont portées à leur attention durant une visite, elles doivent être comprises le mieux possible et, avant tout, la réponse de l'université et du programme doit être bien expliquée. L'équipe d'agrément documente les commentaires durant une visite mais, en définitive, il relève du programme, du département et de l'université de régler le problème.

Il est justifié de poser la question à savoir s'il s'agit d'un problème significatif qui exige plus de clarification et des mesures à prendre. Le CRMCC a effectué un important sondage auprès des résidents du CRMCC ayant obtenu leur diplôme entre 1995 et 1999 dans le but d'évaluer les facettes de l'intimidation et du harcèlement vécus durant leur formation. Les constatations préliminaires ont été présentées au colloque du CRMCC sur l'éducation en septembre 2001. Cet exercice a clairement fait valoir qu'il existe un problème substantiel qui persiste dans divers programmes de formation canadiens. Le rapport a cerné des problèmes rencontrés par des hommes et par des femmes en nombre presque égal, quoiqu'il y ait plus de résidents masculins dans

l'ensemble. Même si les dyades impliquées dans des situations de comportements abusifs variaient, la très grande majorité d'entre elles mettaient en jeu des membres du corps professoral manifestant un tel comportement envers des résidents. Compte tenu de l'écart de pouvoir inhérent entre les professeurs et les résidents, la situation n'est pas étonnante. Par ailleurs, il y a des cas où c'est le résident qui fait preuve d'un comportement inacceptable envers un professeur. À l'occasion, les situations mettent en jeu plus d'une personne, mais la grande majorité d'entre elles sont des dyades.

Il est impératif que nous aspirions à des environnements d'apprentissage respectueux et encourageants dans tous nos programmes de formation. Dans certaines universités, il existe un code de conduite formel régissant les comportements et le professionnalisme. Les normes du Collège royal exigent : « l'assurance de l'existence d'un milieu propice à l'éducation, sans harcèlement ni intimidation, et de la présence de mécanismes pour régler les problèmes de cette nature, s'il en survenait; » (Brochure bleue, A1 :3 :7). Une section détaillée de la brochure du CMFC définit l'environnement d'apprentissage (Livre rouge). Les compétences CanMEDS relatives au « professionnalisme », à la « collaboration » et à la « communication » sont particulièrement pertinentes pour aider à définir l'environnement d'apprentissage. Les Quatre principes de la médecine familiale mettent aussi en évidence ces attributs. Ce sont des concepts d'une importance primordiale qui doivent être compris et intégrés à la formation. Les universités devraient offrir des possibilités aux résidents et aux professeurs dans toutes les disciplines de participer à des séminaires et à des séances de discussion. Ces aspects du comportement doivent aussi être donnés en exemple, évalués et intégrés dans les attitudes fondamentales au quotidien.

Par ailleurs, dans la réalité, il continuera de survenir des problèmes qui exigent qu'on leur porte attention. Chaque université doit disposer de mécanismes qui peuvent à la fois identifier les problèmes dans l'environnement d'apprentissage lorsqu'ils surviennent et élaborer une réponse. L'une des difficultés se situe dans la possibilité de représailles contre les résidents pour s'être plaints. C'est pourquoi il faut désigner une personne ou un bureau au sein de l'université à qui présenter de tels rapports en toute sécurité et en toute confidentialité. Ce bureau doit pouvoir recevoir les plaintes, évaluer les renseignements et amorcer un processus interne d'examen et de résolution du problème.

DÉFINITIONS

Avant de suggérer aux universités et aux équipes d'agrément des mécanismes d'examen et une approche pour identifier et régler les questions d'intimidation et de harcèlement, il est utile de revoir les définitions techniques des dictionnaires Robert et Larousse :

1. Intimider : inspirer de la crainte, de la peur à. Faire perdre son assurance à; remplir de gêne, de timidité, de peur, en imposant sa force, son autorité.
2. Intimidation : action d'intimider, menace, pression.

Par exemple, être appelé à faire du travail supplémentaire; sous pression, éviter de rapporter des incidents liés aux patients; des évaluations de professeurs faussement favorables. Ceci peut aussi inclure l'intimidation par la « flatterie », comme « vous êtes différent des autres alors, je me demandais si vous ne pourriez pas... »; « vous êtes fantastique, vous ne vous plaignez jamais et je me demandais si vous ne feriez pas ceci pour moi... »

3. Harcèlement : action de harceler (tourmenter avec obstination, en acte ou en paroles).
4. Abus : outrepasser les limites assignées à l'exercice de son pouvoir (abus verbal, mental, psychologique, physique, sexuel).

Il convient de reconnaître que l'intimidation et le harcèlement n'ont pas toujours besoin d'être répétitifs pour être significatifs. Un seul incident peut avoir des répercussions.

Ces termes sont en continuum avec quelques chevauchements représentant une gravité grandissante jusqu'à un abus complet. Parce que ces problèmes ont été identifiés et discutés pendant plusieurs années, on a tendance à éviter d'utiliser les termes qui les décrivent. Il ne faut pas l'oublier lorsque nous nous penchons sur ces questions. Les termes sont de trop mauvais augure. On utilise plutôt des euphémismes comme « un événement malheureux », « il ou elle a dépassé un peu les bornes », « cette tendance s'est à nouveau manifestée ». Il nous faut aider les apprenants et les professeurs à aborder ces problèmes avec courage dans le but de les préciser et, espérons-le, de les régler. Ceci demeure un vrai défi, puisque l'identification et l'exploration de ces genres de situations peuvent souvent provoquer des réactions défensives.

Il importe de souligner que le style de personnalité de certaines personnes peut être perçu comme intimidant mais elles n'exercent pas vraiment de l'intimidation comme telle. Elles peuvent être « austères, distantes, exigeantes et avoir des standards élevés ». Il ne s'agit pas là d'intimidation, de harcèlement ou d'abus, dans la mesure où leurs exigences en matière de rendement élevé ne sont pas exprimées avec sarcasme ou en bafouant. De plus, la formation exige que de la rétroaction et des critiques constructives soient données. Ce n'est pas non plus de l'intimidation, si c'est absent de sarcasme. Le pouvoir différentiel inhérent entre les stagiaires et les superviseurs peut inciter à ressentir de l'intimidation ou de l'anxiété à donner un bon rendement. Ce n'est pas une situation unique à la formation médicale car on la retrouve dans de nombreuses circonstances en formation et dans la vie professionnelle. La distinction entre un sentiment d'intimidation et sentir de la pression à bien travailler doit être précisée à l'intention des résidents, des programmes, des universités et des équipes d'agrément.

LES PRINCIPES

1. Tous les programmes devraient avoir pour objectif de déceler en temps opportun toute préoccupation concernant l'intimidation et le harcèlement.
2. Il faudrait inciter les stagiaires à informer des problèmes leur directeur de programme ou l'administration de l'université.
3. La discussion initiale devrait se produire dans un environnement confidentiel.
4. Il faudrait disposer d'un processus visant à clarifier les faits entourant l'allégation.
5. Le processus de clarification devrait se dérouler dans un climat dépourvu de justice vengeresse.
6. Il devrait y avoir un processus pour transiger avec les allégations et les régler en temps opportun.

L'ENQUÊTE SUR UNE PLAINTÉ

L'UNIVERSITÉ

Les préoccupations de cette nature persisteront dans nos vastes systèmes d'enseignement complexes. De nombreux cas problématiques se produisent et sont réglés sur place. Les personnes aux prises avec un problème choisissent un confident avec qui ils se sentent à l'aise. Il peut s'agir d'un résident en chef, d'un autre professeur, du directeur de l'établissement ou même d'un collègue. Il arrive souvent que le problème se règle sans qu'il ne soit nécessaire de recourir aux mécanismes plus formels de l'université. Il est impossible de savoir la fréquence de tels cas et de tels règlements ni est-il réellement nécessaire de la connaître. Si une approche immédiate sur place peut résoudre les problèmes, c'est à l'avantage de tous.

Par ailleurs, lorsque la situation est plus difficile et persistante, il est essentiel de disposer au sein de l'université d'une approche rigoureuse et capable de produire des résultats et un règlement véritables.

Les révisions internes

Toutes les universités procèdent à leurs propres révisions internes par l'entremise du bureau de l'éducation médicale postdoctorale. Au minimum, elles ont lieu durant les deux dernières années du cycle de six ans entre les visites d'agrément complètes des Collèges. Certaines universités trouvent avantageux d'utiliser les révisions internes en guise de mécanisme d'amélioration constante durant la période de six ans. L'exercice procure une possibilité structurée de former les personnes chargées des révisions internes afin qu'elles comprennent bien ces questions et d'aider les programmes à s'améliorer constamment. Ainsi, les allégations surprises lors de l'évaluation externe peuvent être évitées.

Le bureau chargé de l'enquête

Chaque université doit disposer d'un mécanisme pour faire enquête sur leurs problèmes internes. Il doit aussi y avoir une personne ou un bureau qui soit désigné pour recevoir ces renseignements, par exemple un vice-doyen à l'équité, le vice-doyen de l'éducation postdoctorale ou un ombudsman. Toutes les universités doivent avoir un code de conduite ou des normes de professionnalisme qui inspirent de manière générale la définition du comportement exigé dans l'ensemble de l'établissement et des programmes de formation.

Ce mécanisme formel de soutien et d'enquête doit être connu de tous. Le pouvoir d'enquête ne devrait pas être assumé largement, mais être plutôt conféré principalement au bureau désigné à cet égard. On évite ainsi le manque de confidentialité et ceci importe à toutes les personnes en cause. Il arrive souvent que des préoccupations ne soient pas exprimées parce que la confidentialité dans cet environnement est incertaine. Lorsque les inquiétudes sont discutées dans un environnement en toute sûreté, certaines stratégies et solutions en sont d'autant plus facilitées.

La nature délicate de bon nombre de ces problèmes est telle que la plupart des détails les entourant n'ont pas à être connus au sein de l'université par d'autres que le bureau chargé de l'enquête.

Cependant, un bureau efficace sera bien connu et accessible par tous à l'université. Dans certains cas, un tel bureau doit en venir à certaines conclusions et présenter des recommandations auxquelles il faut réagir. À cette étape de l'enquête, il se peut qu'un directeur de programme, le vice-doyen à l'éducation médicale postdoctorale, un directeur de département ou le doyen doive être impliqué pour mettre en œuvre les recommandations. Le courage et la clarté avec lesquels l'université a agi s'il y avait lieu font l'objet d'une évaluation dans le contexte d'une visite externe d'agrément. Dans de rares cas, le problème peut exiger une intervention de l'extérieur de l'université. Une telle intervention peut toujours être faite au moyen d'un examen entrepris par le Collège approprié à la demande de l'université.

CLARIFICATIONS DURANT UNE VISITE D'AGRÉMENT

Idéalement, les allégations ne devraient pas surgir sans qu'on s'y attende lors d'une visite d'agrément. Par ailleurs, il y aura des cas où ce sera le mécanisme pour mettre à jour les problèmes ou la possibilité de les soulever.

Tout d'abord, l'équipe d'agrément doit comprendre le mécanisme qui existe à l'université pour clarifier les plaintes. Cet exercice doit être fait dans le contexte de l'évaluation des normes, entreprise par les présidents des équipes. Cet examen porte, entre autres, sur la fonction du bureau de l'éducation médicale postdoctorale et devrait inclure une évaluation du bureau désigné à cette fin, s'il en existe. S'il y a un bureau ou un représentant de l'équité qui s'acquitte de ces fonctions, il devrait présenter à l'équipe le processus suivi ainsi que l'ampleur et le nombre de dossiers dont il s'occupe sur une base annuelle. La portée et les genres de recommandations et de mesures prises qui en ont découlé doivent aussi être examinés. L'équipe d'agrément pourra ainsi mieux comprendre comment procède l'université pour surveiller et régler ces questions. Une université devrait être reconnue si son processus fonctionne bien et se révèle rigoureux.

La révélation de cas d'intimidation faite lors d'une visite d'agrément, dans le contexte de l'examen des programmes, pose des défis particuliers. Les visiteurs doivent disposer d'une série de questions pour orienter leur approche dans de tels cas. Il n'est pas suffisant de simplement documenter une allégation d'intimidation. Il importe de faire la distinction autant que possible entre des problèmes sérieux et des allégations non fondées. Il est possible que des plaintes soient exprimées par des personnes contrariées. Le mécanisme servant à obtenir des précisions doit demeurer équilibré et lucide dans la collecte et l'évaluation des renseignements.

Parmi les renseignements que devrait obtenir un visiteur lorsqu'on lui présente, pendant la visite, une allégation d'intimidation ou de harcèlement, figurent les suivants : Est-ce que la personne qui fait l'allégation est au courant d'un processus à suivre dans de tels cas? Le processus a-t-il été suivi? S'il n'a pas été suivi, pourquoi? L'incident a-t-il été signalé au directeur de programme? À une autre personne? L'issue du processus a-t-elle été satisfaisante?

Il importe que le visiteur demande comment sont enseignés les concepts du professionnalisme, de la collaboration et de la communication dans l'environnement d'apprentissage.

Un autre défi qui se pose, c'est lorsqu'il existe de l'ambivalence ou un désaccord évident au sein de la cohorte de résidents à savoir s'il faudrait discuter des problèmes d'intimidation et de harcèlement. Il est arrivé que des visiteurs se voient confier de tels renseignements qui

apparaissaient fiables de prime abord, mais qui, après en avoir discuté plus largement avec les résidents, ont été réfutés et niés. Il en résulte de la confusion et de la frustration de part et d'autre.

Lorsqu'une équipe d'agrément externe ou interne obtient des précisions, il est important que le résident ou la personne qui fait l'allégation n'ait pas l'impression que l'équipe d'agrément règlera l'incident ou le modèle de comportement. L'équipe doit plutôt veiller à ce que l'université soit informée de l'allégation et à ce qu'il y ait en place les moyens pour identifier et régler efficacement de telles situations. L'objectif est de bien comprendre comment fonctionne le système pour aborder ces préoccupations et d'évaluer l'efficacité de l'approche.

Les allégations de cette nature doivent faire l'objet de discussion durant les réunions des équipes d'agrément. De plus amples précisions peuvent être obtenues par le président auprès du vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale.

Il est essentiel de tenter de clarifier la réponse aux problèmes. Les rapports de visite individuels devraient documenter la réponse qui a été donnée au sein du programme et de l'université. Les universités doivent recevoir le crédit mérité lorsque des processus rigoureux sont en place et qu'ils sont menés avec diligence pour régler ces problèmes. Le rapport du président à l'université et aux comités de l'agrément devrait le mentionner.

LA RÉPONSE EN CE QUI A TRAIT À L'AGRÈMENT

Tout d'abord, si la présence d'intimidation ou de harcèlement dans un programme est mentionnée, le rapport de la visite devrait indiquer les réponses aux genres de questions expliquées précédemment. Ceci permet à la personne qui évalue le programme de comprendre l'ampleur et la gravité du problème ainsi que les mesures prises pour apporter des améliorations et fournir des solutions.

Il n'y a pas de réponse standard pour tous les signalements d'intimidation et de harcèlement dans un programme. Par contre, il importe de souligner qu'il doit y avoir une certaine forme de réponse. Le problème ne peut pas être ignoré.

Il arrive que l'incident soit un cas isolé et qu'il soit évident que le programme et l'université ont réglé complètement le problème. Il peut y avoir des cas de problèmes sérieux qui ont été réglés de manière rigoureuse. S'il y a une reconnaissance suffisante du problème, un bureau désigné et des mécanismes à cette fin ainsi que des progrès dans le règlement du problème, on peut maintenir la catégorie d'agrément.

Si des doutes sérieux persistent à propos de l'efficacité du processus, l'équipe d'agrément peut recommander un agrément provisoire conditionnel à la tenue subséquente d'une révision interne ou d'une visite externe. C'est une façon pour l'université et le programme d'avoir l'autorité et la sensibilisation voulues pour transiger avec le problème. Il est rare que les problèmes soient si largement répandus et ancrés qu'il faille considérer la catégorie de l'intention de retirer l'agrément. Habituellement, s'il y a des problèmes de cette ampleur dans un programme, des difficultés se produisent aussi dans d'autres secteurs. Ainsi, la catégorie de l'agrément ne repose pas uniquement sur la question de l'intimidation et du harcèlement.

Dans l'ensemble, toutes nos universités et tous nos programmes reconnaissent et épousent des normes de comportement professionnel qui sont propices à l'apprentissage. La grande majorité des interactions entre les professeurs et les apprenants sont positives et fructueuses. Ce sont là certains mécanismes permettant de reconnaître les cas qui demeurent problématiques et d'y remédier.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

1. Rapport du groupe de travail sur l'intimidation dans l'éducation médicale postdoctorale, mars 1996 et addenda de 1998
2. Sondage du CRMCC en 2000 sur le harcèlement et l'intimidation. Constatations préliminaires présentées au colloque du CRMCC sur l'éducation en septembre 2001
3. Code de conduite de l'UWO
4. Compétences CanMEDS
5. Questionnaire préparatoire à la visite d'agrément de l'Association canadienne des internes et des résidents
6. Atelier du colloque du CRMCC sur l'éducation en septembre 2002
7. CRMCC – *Renseignements généraux concernant l'agrément des programmes de résidence* (brochure grise)
8. CMFC *Critères pour l'agrément des programmes de résidence* (brochure rouge).
9. Normes de professionnalisme de l'UBC

PARTICIPANTS au GROUPE DE TRAVAIL - 2004

Pierre Blanchard
Paul Rainsberry
Margaret Kennedy
Karen Fung Kee Fung
Kristin Sivertz (présidente)
Ellen Toth
Ryan Zarychanski

Contributions additionnelles de :

Jason Frank
David McKnight
Laura Musselman
Vice-doyens aux études médicales postdoctorales
Vice-doyen de l'équité à l'UBC

Approuvé – octobre 2004
CRMCC, CMFC, CMQ

**PROCÉDURE DE TRAITEMENT D'UNE PLAINTÉ
D'UN USAGER ENVERS UN RÉSIDÉNT
DE
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

Préambule

L'Université de Montréal a pour vocation de former des professionnels de la santé compétents, responsables, respectueux et intègres. Au cours de leur formation, les résidents de l'Université de Montréal effectuent des stages dans différents établissements. Pendant ces stages, les résidents doivent respecter les règles universitaires et facultaires, le Code de déontologie du Collège des médecins et les règles de pratique propres au milieu où ils effectuent leur formation. Ils entrent en contact avec des patients et ces interactions peuvent engendrer des plaintes de la part de ces personnes. Ces plaintes peuvent être fondées ou non. Lorsqu'une plainte est non fondée, elle ne doit pas entacher le dossier du résident. Lorsqu'elle est fondée, l'établissement de résidence et l'Université de Montréal ont le devoir d'intervenir, dans le plus grand respect des droits du résident et de ceux du plaignant.

Le conseil d'administration d'un établissement doit, par règlement, établir une procédure d'examen des plaintes pour l'application du chapitre III de la Loi sur la Santé et les services sociaux (LSSS). À cette fin, le conseil d'administration doit nommer un commissaire local à la qualité des services et, pour les plaintes envers un médecin ou un résident, un médecin examinateur. Lorsque le commissaire local à la qualité des services reçoit une plainte d'un usager envers un résident, il la transfère immédiatement pour examen au médecin examinateur et en informe aussi par écrit l'usager, en y indiquant la date du transfert.

Procédure

1. Selon la nature des faits reprochés et leurs conséquences sur la qualité des soins, le médecin examinateur doit, sur réception de la plainte, en prendre connaissance et décider de son orientation parmi les suivantes :
 - a. Rejeter la plainte, s'il la juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi ;
 - b. Examiner la plainte, prendre connaissance des documents pertinents et entendre le résident concerné, ainsi que toute personne dont il juge le témoignage utile ;
2. Le médecin examinateur informe de la plainte le directeur de l'enseignement qu'il peut consulter tout au long du processus et le Vice-doyen aux études médicales postdoctorales.
3. Le médecin examinateur procède avec diligence au traitement de toute plainte dont il est saisi. Dans les trente (30) jours de la réception d'une plainte, il fait parvenir un avis écrit au résident, l'informant de la nature de la plainte et des principaux faits qui lui sont reprochés. L'avis doit indiquer que le résident a accès au dossier de plainte constitué conformément à la Loi. Cet avis constitue une plainte écrite, au sens de l'article 17.02 de l'Entente collective intervenue entre le Ministère de la Santé et des Services Sociaux et la Fédération des médecins résidents du Québec (l'Entente).
4. Au plus tard le trentième (30^e) jour, mais au moins cinq (5) jours après avoir fait parvenir au résident l'avis prévu à l'article 3, le médecin examinateur, s'il pense qu'une sanction disciplinaire doit être appliquée, doit alors en aviser le directeur de l'enseignement et le vice-doyen aux études postdoctorales et leur transmettre son rapport. Il doit aussi s'adresser au Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) qui crée alors un comité de discipline, lequel recommande ou non des sanctions au Conseil d'administration de l'établissement.

5. Le directeur des services professionnels ou le directeur de l'enseignement doit être consulté avant l'envoi de l'avis disciplinaire.
6. Le médecin examinateur transmet l'avis disciplinaire au résident par écrit. Cet avis doit prévoir que le résident peut, dans un délai de dix (10) jours, faire auprès du médecin examinateur, toute représentation écrite relative à la décision du médecin examinateur de lui imposer une sanction disciplinaire ainsi qu'à la nature de cette sanction.
7. À moins que le résident ne s'y oppose par écrit, le médecin examinateur envoie une copie de l'avis disciplinaire à l'Association des médecins résidents de Montréal.

TRANSMISSION DU DOSSIER À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Dans le cas où le médecin examinateur achemine la plainte au Comité exécutif du CMDP, sont informés le directeur de l'enseignement et le DSP ainsi que le Vice-doyen aux études médicales postdoctorales de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Le rapport du médecin examinateur leur sera transmis ainsi que tous les documents pertinents relatifs à la plainte.

Le vice-doyen peut, selon la nature de la plainte retenue :

- demander au programme de résidence d'assurer un encadrement particulier au résident;
- demander que le comité d'évaluation du programme examine les faits et en tienne compte dans l'évaluation du résident ;
- transmettre l'information à la Direction des études médicales du Collège des médecins.

MESURES D'ENCADREMENT ET SUSPENSION D'URGENCE

Lorsque le médecin examinateur juge que l'intégrité ou la sécurité des patients pourraient être menacées, il peut en tout temps recommander la mise en place de mesures d'encadrement du résident. Il communique alors avec le directeur de l'enseignement ou le directeur des services professionnels et le directeur du département hospitalier. Le vice-doyen aux études médicales postdoctorales doit aussi être avisé.

En cas d'urgence, le directeur général, le directeur de l'enseignement, le directeur des services professionnels ou un chef de département clinique peut suspendre le résident. La personne qui a ainsi procédé à la suspension doit, dans les quarante-huit (48) heures, aviser par écrit le médecin examinateur de sa décision. Tel avis constitue une plainte au sens de la Loi et une copie est transmise au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.



SUIVI DES ÉTUDIANTS, RÉSIDENTS ET MONITEURS PORTEURS D'UNE INFECTION TRANSMISSIBLE PAR LE SANG

Lorsqu'un étudiant, résident ou moniteur apprend qu'il est porteur d'une infection transmise par le sang, sa responsabilité est de déclarer sa condition à la Direction des études médicales (DEM) du Collège des médecins du Québec (CMQ) et à sa faculté de médecine.

Lors de la demande d'immatriculation ou de la première demande de carte de stages ...

1. L'étudiant, résident ou moniteur a l'obligation de déclarer s'il est ou a déjà été suivi ou traité pour une infection transmissible par le sang (ITS). Le cas échéant, il doit faire parvenir à la DEM du CMQ un certificat médical contenant les informations suivantes :
 - diagnostic du problème de santé ;
 - état de santé actuel.
2. La DEM s'assure de la réception du certificat médical dans un délai raisonnable après le dépôt de la demande d'immatriculation ou de carte de stages.
3. Sur réception du certificat médical confirmant un problème d'ITS, la DEM communique avec l'étudiant, résident ou moniteur et :
 - ⇒ lui envoie un exemplaire de l'énoncé de position du CMQ sur *Le médecin et les infections transmissibles par le sang* ;
 - ⇒ l'avise que conformément aux recommandations du CMQ, il doit demander une évaluation des risques de transmissibilité par un comité d'experts ;
 - ⇒ lui transmet les coordonnées du **Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH)**, incluant le numéro confidentiel sans frais qu'il pourra utiliser pour contacter le groupe d'experts, soit le 1 866 680-1856 ;
 - ⇒ demande à l'étudiant de lui transmettre une lettre de consentement pour autoriser le CMQ à communiquer avec le vice-doyen aux études médicales prédoctorales de son université.
4. La DEM communique aussi avec la faculté de médecine concernée afin de l'aviser qu'elle a été informée qu'un étudiant, un résident ou un moniteur est porteur d'une ITS. La DEM souhaite s'assurer qu'un suivi soit organisé par l'université et que cette dernière avise le CMQ advenant des modifications au programme de formation de l'individu concerné. Une copie conforme de la communication envoyée à l'université sera acheminée à l'individu.
5. Sur réception d'une confirmation du SERTIH à l'effet que l'évaluation des risques a été effectuée, la DEM communiquera avec l'étudiant, résident ou moniteur afin d'obtenir une copie du rapport.

CONFORMÉMENT À L'ÉNONCÉ DE POSITION DU CMQ, « L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE OU LE MÉDECIN RÉSIDENT QUI SE SAIT INFECTÉ PAR UN AGENT TRANSMISSIBLE PAR LE SANG (ENTRE AUTRES, LE VHB, LE VHC ET LE VIH) DOIT EN AVISER LA PERSONNE DÉSIGNÉE PAR LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE CONCERNÉE POUR OBTENIR L'ÉVALUATION D'UN COMITÉ D'EXPERTS. CETTE DÉMARCHE VISE À PERMETTRE AU CANDIDAT AINSI QU'AUX AUTORITÉS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DU COLLÈGE DE PRENDRE LES DÉCISIONS APPROPRIÉES RELATIVEMENT AUX STAGES DEVANT ÊTRE EFFECTUÉS. »

Note : L'énoncé de position *Le médecin et les infections transmissibles par le sang* est disponible en tout temps sur le site Internet du CMQ (www.cmq.org) Pour y accéder, choisissez l'onglet Étudiants, résidents et moniteurs, utiliser la fonction « Rechercher » (à droite) et y inscrire le mot « sang ».

En tout temps durant les études médicales ou la formation postdoctorale ...

L'étudiant, résident ou moniteur qui apprend qu'il est porteur d'une ITS doit :

- ⇒ déclarer sa condition à la DEM du CMQ et à sa faculté de médecine ;
- ⇒ contacter le SERTIH pour demander une évaluation des risques de transmissibilité par un comité d'expert.

L'information reçue par la DEM sera traitée selon la même séquence que celle prévue lors de la demande d'immatriculation ou de première carte de stages (étapes 2 à 5, en faisant les adaptations nécessaires).

À la fin des études médicales de 1^{er} cycle / lors de l'entrée en résidence ...

La DEM communiquera avec la faculté concernée pour chaque étudiant ayant déclaré être porteur d'une ITS, afin de s'assurer que les recommandations contenues dans le rapport d'experts du SERTIH ont été suivies et afin d'être informé, le cas échéant, des modifications apportées au programme d'études médicales de 1^{er} cycle en raison de l'état de santé d'un étudiant.

La DEM communiquera également avec la faculté de médecine du Québec responsable du programme de formation postdoctorale dans lequel l'étudiant sera inscrit, afin d'assurer la continuité du suivi des recommandations du SERTIH.

Enfin, la DEM avisera l'étudiant qu'une fois admis dans un programme de résidence, il devra demander une nouvelle évaluation de sa condition et de ses risques de transmissibilité par le SERTIH.

À la fin de la formation postdoctorale ...

La DEM communiquera avec la faculté de médecine du Québec responsable du programme de formation postdoctorale dans lequel le résident ou moniteur aura effectué sa formation afin de s'assurer que les recommandations du SERTIH ont été suivies et d'être informé, le cas échéant, des modifications apportées au programme de formation postdoctorale.

Lors de la demande de permis d'exercice ...

La DEM transmettra l'information consignée au dossier de tout demandeur de permis d'exercice ayant déclaré être porteur d'une ITS à la Direction de l'amélioration à l'exercice (DAE) au CMQ. Cette direction est responsable du suivi administratif des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine, incluant les médecins porteurs d'une infection transmissible par le sang.

La DAE verra à appliquer les mesures requises en fonction des caractéristiques individuelles de dossiers qui lui seront transmis. Dans certains cas, la DAE pourrait recommander au CMQ de limiter l'exercice d'un médecin compte tenu des modifications ayant dû être apportées à sa formation en raison de son état de santé.

**SUIVI DES ÉTUDIANTS, RESIDENTS ET MONITEURS
AYANT UN PROBLÈME DE SANTÉ PSYCHIQUE OU PHYSIQUE
INCLUANT LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR LE SANG**

Le Programme de suivi administratif de la Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE) du Collège des médecins du Québec (CMQ) a pour but d'assurer le suivi administratif et la réinsertion professionnelle des médecins ayant des problèmes de santé psychique ou physique susceptibles de compromettre la qualité de l'exercice.

Le programme peut également, dans certaines circonstances, assurer le suivi administratif d'un étudiant, résident ou moniteur (i.e. tout stagiaire détenteur d'un certificat d'immatriculation) ayant un problème de santé psychique ou physique.

Il est important de souligner que le suivi administratif assure la gestion du risque que la condition personnelle du stagiaire pose. Pour obtenir les soins requis, le stagiaire devra s'adresser à une autre ressource.

A) Problème de santé psychique ou physique :

Responsabilité de l'étudiant, résident ou moniteur

Lorsqu'un stagiaire présente un problème de santé psychique ou physique susceptible de compromettre la qualité de son exercice ou sa capacité à accomplir normalement ses activités de formation, sa responsabilité est de déclarer sa condition et de demander de l'aide.

Pour ce faire, il peut s'adresser directement à son directeur de programme, à son vice-doyen ou à la personne désignée à cette fin par le vice-doyen. Il peut aussi s'adresser au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) au 514 397-0888 ou 1 800 387-4166, afin qu'il puisse obtenir le soutien thérapeutique nécessaire, s'il n'est pas déjà traité.

Responsabilité de l'université

Dans les cas où l'université constate qu'un stagiaire présente un problème de santé psychique ou physique susceptible de compromettre la qualité de son exercice ou sa capacité à accomplir normalement ses activités de formation, il lui revient de déterminer les modalités et conditions qui permettront au résident ou moniteur de poursuivre sa formation. Ces modalités et conditions pourraient inclure, le cas échéant, l'adhésion obligatoire au programme de suivi administratif du CMQ.

Entre-temps, le processus universitaire d'évaluation, de promotion et de suivi doit suivre son cours.

L'université peut également s'adresser en tout temps ou suggérer au résident ou moniteur de s'adresser au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ).

Déclaration obligatoire

Au moment où il remplit une première demande de carte de stages, le résident a l'obligation de répondre aux questions suivantes :

ÊTES-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ SUIVI OU TRAITÉ POUR :

- UN PROBLÈME DE SANTÉ PHYSIQUE INCAPACITANT OU UNE INFECTION TRANSMISSIBLE PAR LE SANG ?
- UN PROBLÈME DE SANTÉ PSYCHIQUE
 - CHRONIQUE (EX. SCHIZOPHRENIE, MALADIE BIPOLAIRE) OU
 - ACTIF (EX. DÉPRESSION) IMPOSANT UNE RESTRICTION OU UNE LIMITATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ?
- UN PROBLÈME DE DÉPENDANCE OU D'ABUS DE SUBSTANCE (INCLUANT L'ALCOOLISME) ?

Les personnes qui répondent affirmativement à l'une de ces questions doivent faire parvenir à la Direction des études médicales du CMQ un certificat médical contenant les informations suivantes :

- diagnostic du problème de santé ou nature du problème de dépendance ;
- état de santé actuel ;
- capacité à poursuivre la formation sans restrictions ou conditions particulières.

Sur réception d'un certificat médical satisfaisant, l'information reçue sera classée au dossier du résident et sera conservée de façon strictement confidentielle.

Dans les cas où le certificat médical reçu laisserait des doutes quant à la capacité du résident ou moniteur à poursuivre sa formation sans restrictions ou conditions particulières, le résident ou moniteur devra :

- soit obtenir, de la personne désignée à cette fin par le vice-doyen aux études médicales postdoctorales de la faculté concernée, une attestation à l'effet que sa condition est connue et que les mesures nécessaires ont été mises en place pour assurer un suivi et encadrement adéquat et pour permettre la poursuite de la formation ;
- soit adhérer au programme de suivi administratif du CMQ ;

Dans les cas où les mesures mises en place pour permettre la poursuite de la formation impliquent une modification des stages telle que le résident ou moniteur ne pourra atteindre l'ensemble des objectifs du programme, la Direction des études médicales du CMQ devra en être informée.

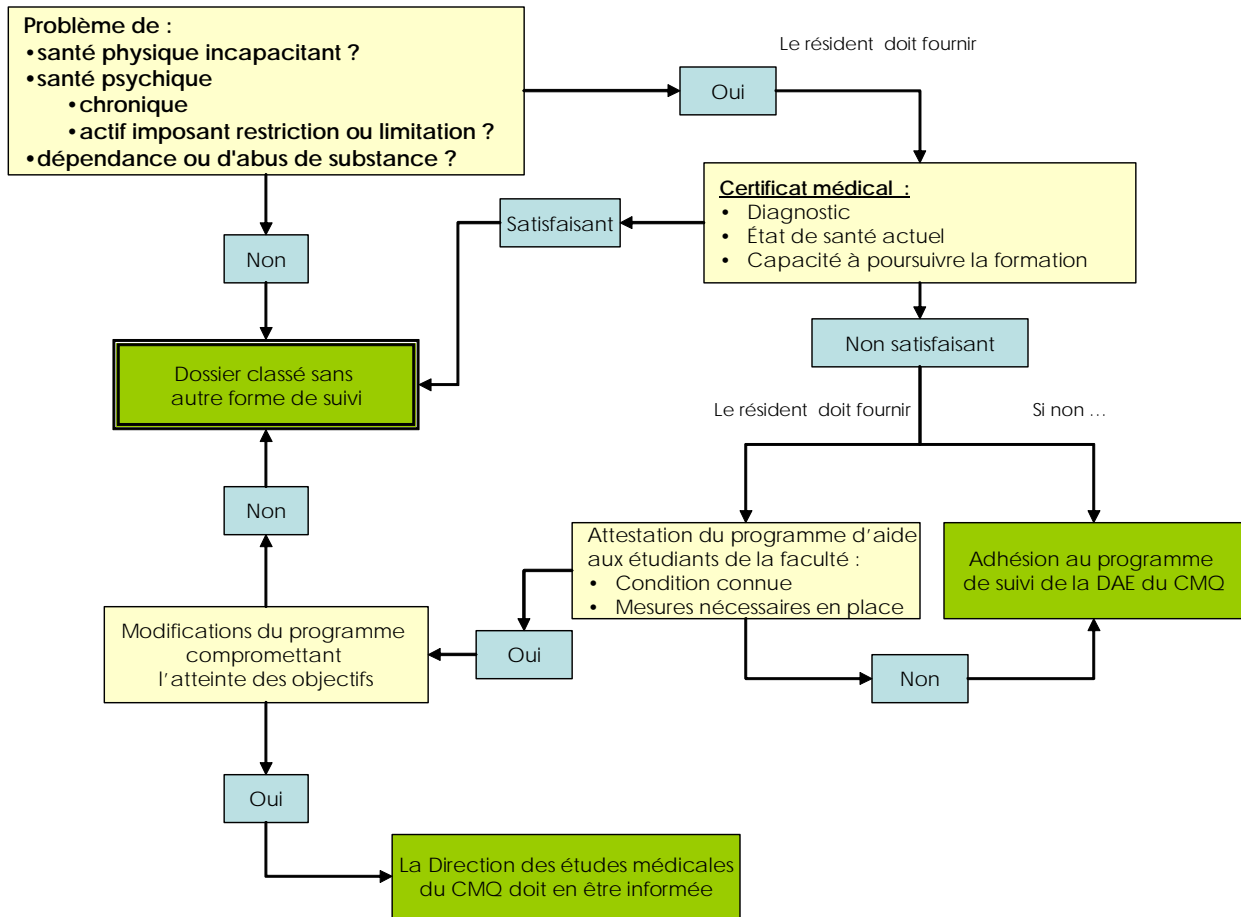
Tous les documents reçus au programme de suivi sont confidentiels et sont conservés à la DAE pour une période de cinq ans après la fin du suivi. Seul un résumé sera déposé au dossier de la DEM ou au dossier professionnel après la délivrance du permis.

En cours de suivi, advenant :

- une détérioration de l'état de santé compromettant la qualité de l'exercice, ou
- un abandon du suivi par le stagiaire, ou
- le non respect des recommandations émises,

le dossier pourra faire l'objet d'un transfert immédiat à la DEM qui communiquera alors avec l'université.

Algorithme de traitement des dossiers



B) Problème d'infections transmissibles par le sang :

S'il s'agit d'un problème d'infection transmissible par le sang le stagiaire doit informer la DEM et l'Université. L'université doit alors obtenir l'évaluation d'un comité d'experts. À cette fin, elle doit faire évaluer les risques de transmissibilité par un comité d'experts tel que le Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH) – Institut national de santé publique du Québec : 1 866 680-1856.

Si des recommandations quant à la limitation ou restriction de certains actes sont émises, et que celles-ci entraînent une modification de programme, la DEM doit obligatoirement en être informée par la faculté.

L'adhésion au programme de suivi administratif est obligatoire (pour la protection du public et conformément au *Code de déontologie des médecins*) pour les candidats visés par des limitations ou restrictions.

LE MÉDECIN ET LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR LE SANG

Énoncé de position

du Collège des médecins du Québec



La mission du Collège des médecins du Québec est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois.

AVRIL 2004



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Table des matières

Prévenir les infections transmissibles par le sang	5
Les conditions de transmission	6
Les facteurs influant sur le niveau de risque de la transmission	6
Définitions	6
Acte médical propice à la transmission	
Inaptitude	
Les principales lacunes observées dans la prise en charge des médecins infectés	7
Les fondements de la position du Collège des médecins du Québec	8
Responsabilisation plutôt que coercition	8
Non au dépistage systématique	9
Lignes directrices pour les médecins	10
Mécanisme d'évaluation et de prise en charge	12
Vers une nouvelle gestion d'un problème crucial	12





Afin de prodiguer en toute sécurité des soins médicaux à leurs patients, tous les médecins doivent respecter des règles bien précises, particulièrement les médecins infectés posant des actes médicaux propices à la transmission. Le Collège des médecins du Québec précise et rappelle ces règles à tous les médecins dans l'énoncé de position Le médecin et les infections transmissibles par le sang.

Dans ce document, qui s'appuie sur les conclusions du Groupe de travail sur les infections transmissibles par le sang, le Collège explique les fondements de sa position ainsi que les raisons pour lesquelles il a choisi la responsabilisation plutôt que la coercition et qu'il ne préconise ni le dépistage systématique de tous les médecins ni la divulgation aux patients.

Le Collège a bon espoir que cet énoncé de position contribuera à combler les lacunes observées jusqu'à maintenant dans la prise en charge et le suivi des médecins infectés par un agent transmissible par le sang, et ce, dans l'intérêt de la population et des médecins eux-mêmes.

Prévenir les infections transmissibles par le sang : l'affaire de tous

Les infections transmissibles par le sang ont toujours suscité des inquiétudes au sein de la population et du personnel soignant. Elles soulèvent périodiquement les mêmes questions complexes, particulièrement à la suite de la découverte en 1981 du syndrome de l'immunodéficience acquise et de son agent étiologique, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), découvert deux ans plus tard.

La recherche et le développement de nouveaux tests diagnostiques nous ont permis de mieux comprendre les infections transmissibles par le sang et de créer des outils de plus en plus raffinés facilitant leur caractérisation. Parallèlement à ces découvertes scientifiques, différentes situations — notamment l'utilisation de sang contaminé par les banques de sang et la tenue de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (commission Krever) qui a suivi dans les années quatre-vingt-dix — ont placé les infections transmissibles par le sang à l'avant-scène des préoccupations publiques.

Plusieurs agents infectieux sont transmissibles par le sang, dont les virus des hépatites B et C (VHB, VHC) et le VIH. Le risque de transmission varie toutefois d'un agent à l'autre, celui du VHB étant plus élevé que celui du VHC, lui-même plus élevé que le risque lié au VIH. Il existe des produits immunisants efficaces contre le VHB qui peuvent être administrés avant ou après l'exposition ainsi que des protocoles de prophylaxie postexposition concernant le VIH, mais il n'existe aucun moyen de prévention ni aucun traitement spécifique au VHC.

À l'occasion de certains actes médicaux, un agent infectieux peut être transmis d'un patient à son médecin et réciproquement. Il est donc normal que tous se préoccupent de la sécurité des interventions médicales et chirurgicales, tant pour le patient que pour le médecin.



Les conditions de transmission

De façon générale, pour qu'il y ait transmission entre deux personnes d'un agent transmissible par le sang, quatre conditions doivent obligatoirement être présentes :

1. Une personne infectée ;
2. Une infection pendant la phase où l'agent infectieux est transmissible ;
3. Une personne réceptive (non infectée ou non immunisée) ;
4. Un contact entre, d'une part, le sang de la personne infectée et, d'autre part, le sang ou une muqueuse de la personne réceptive.

De façon particulière, dans le cadre de soins médicaux, ces conditions peuvent survenir si les précautions universelles de prévention des infections ne sont pas appliquées ou s'il y a un accident impliquant l'exposition à du sang infecté au cours d'un acte médical propice à la transmission. Toutefois, même dans un tel contexte, en ce qui concerne le VIH, le risque de transmission est reconnu comme très faible et généralement bien supérieur pour le médecin, principalement à cause de la fréquence de l'exposition.

Les facteurs influant sur le niveau de risque de la transmission

Dans l'évaluation d'un risque, tous les facteurs qui influent sur le niveau de risque d'un agent transmissible par le sang entre le médecin et le patient doivent être pris en considération :

- ▢ les caractéristiques de l'agent infectieux ;
- ▢ la nature des actes médicaux effectués, surtout ceux propices à la transmission ;
- ▢ l'état de santé du médecin ou du patient ;
- ▢ l'état de l'infection du médecin ou du patient ;
- ▢ la nature de l'accident de soins ;
- ▢ la réceptivité du médecin ou du patient.

Définitions

Aux fins d'application de cet énoncé de position, le Collège des médecins du Québec retient, des quelques définitions d'un « acte médical propice à la transmission » d'une infection transmissible par le sang relevées dans la littérature médicale, la définition canadienne formulée par la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés. Quant à l'« inaptitude » dans un contexte d'infection transmissible par le sang, le Collège propose sa propre définition.

Acte médical propice à la transmission (exposition-prone procedure)

- a) la palpation avec le doigt de la pointe d'une aiguille dans une cavité du corps (espace creux à l'intérieur du corps ou d'un de ses organes) ou la présence simultanée des doigts du travailleur de la santé et d'une aiguille ou d'un autre instrument ou objet pointu ou tranchant dans une zone du corps cachée ou très exigüe, p. ex., durant les chirurgies abdominales, cardiothoraciques, vaginales ou orthopédiques lourdes;
- b) la réparation d'importants traumatismes;
- c) une section importante ou l'ablation de tout tissu buccal ou péri-buccal, y compris des structures dentaires [.]

*Relevé des maladies transmissibles au Canada (1998); 24S4: 6.
Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés*

Inaptitude

Un médecin infecté et qui pose des actes médicaux propices à la transmission est présumé inapte à l'exercice de sa profession s'il n'a pas soumis sa pratique professionnelle à une évaluation par un comité d'experts ou s'il ne respecte pas les limitations d'exercice qu'il doit observer.

Les principales lacunes observées dans la prise en charge des médecins infectés

L'application des normes scientifiques et déontologiques visant à prendre en charge un médecin infecté et posant des actes médicaux propices à la transmission peut comporter certaines lacunes :

- le suivi médical peut être déficient;
- le médecin infecté peut refuser le traitement requis ou pratiquer l'autotraitement;
- les comités d'experts chargés d'évaluer la pratique médicale d'un médecin infecté sont mal encadrés: on ignore qui les mandate, comment ils sont formés, la nature et la durée de leur mandat; en outre, leur indépendance vis-à-vis du médecin ou de l'organisation dans laquelle ce dernier travaille n'est pas clairement établie;
- il n'y a pas de mécanisme de suivi des recommandations du comité d'experts;
- il n'y a pas de mécanisme d'encadrement dans les lieux de pratique hors établissement ou de transmission de l'information entre les établissements;
- il n'y a pas de mécanisme clair de réévaluation périodique tenant compte de la condition médicale du médecin, des connaissances scientifiques et des avancées techniques;
- aucune instance reconnue n'est chargée d'assurer le respect des recommandations du comité d'experts qui imposent une limitation de l'exercice dans tous les lieux de pratique, privés ou publics, du médecin infecté et posant des actes médicaux propices à la transmission;
- le filet de soutien socioprofessionnel pour le médecin qui doit limiter ou réorienter sa pratique professionnelle est inexistant;
- de nombreux médecins méconnaissent les normes de pratique et de déontologie en vigueur sur le sujet;
- en cas d'exposition, la conduite pour effectuer des tests sanguins chez les personnes exposées et pour obtenir les renseignements indispensables à la prise de décision relative à la prophylaxie postexposition n'est pas clairement définie.



Les fondements de la position du Collège des médecins du Québec

Les questions soulevées par les infections transmissibles par le sang sont et demeurent complexes. Il n'y a pas de réponse simple et, même maintenant, aucune mesure ne peut garantir une absence absolue de risque. La poursuite du «risque zéro» est aussi utopique que dangereuse et s'associe à des effets pervers (dépistage inapproprié, stigmatisation), qui peuvent compromettre le respect d'autres droits fondamentaux. Les mesures coercitives à l'endroit des médecins, ou de toute autre personne ou tout groupe de personnes en général, encouragent la clandestinité et, paradoxalement, augmentent ainsi les risques d'exposition.

La poursuite du «risque zéro» est aussi utopique que dangereuse et s'associe à des effets pervers qui peuvent compromettre le respect d'autres droits fondamentaux.

Le Collège des médecins du Québec doit proposer une voie féconde, loin des solutions extrêmes, simplistes, coercitives ou plus susceptibles de mener à des impasses. Cette voie doit permettre d'assurer adéquatement la protection du public. Toutefois, certaines avenues ne peuvent être envisagées que si des conditions préalables sont mises en place pour soutenir le médecin infecté et posant des actes médicaux propices à la transmission :

- un soutien professionnel et personnel doit être offert au médecin ;
- les renseignements sur l'état de santé du médecin doivent être gérés de façon confidentielle ;
- un filet socioprofessionnel doit permettre de pallier les conséquences de certaines limitations d'exercice ou de réorientation professionnelle. Le Collège compte sur la collaboration des fédérations médicales et du gouvernement pour faire en sorte que les assurances invalidité tiennent compte de cette nouvelle réalité.

Responsabilisation plutôt que coercition

Pour combler les lacunes relatives à la prise en charge des médecins infectés, le Collège des médecins du Québec préconise une attitude respectueuse, misant d'abord sur la responsabilisation des personnes et leur participation volontaire plutôt que sur la coercition.

À cet égard, le Collège entend :

- rappeler à ses membres les normes scientifiques et déontologiques en vigueur sur le sujet ;
- informer de façon adéquate le médecin infecté et posant des actes médicaux propices à la transmission, d'une part, de la marche à suivre pour avoir accès à une évaluation de sa pratique professionnelle et à un soutien personnel et, d'autre part, du mécanisme de suivi des recommandations du comité d'experts ;
- offrir au patient l'assurance que tous les moyens raisonnables sont pris pour assurer sa sécurité quand il reçoit des soins médicaux.

Non au dépistage systématique

Le Collège des médecins du Québec ne recommande pas le dépistage systématique de ses membres. Le dépistage obligatoire et systématique à des fins préventives est une mesure considérée comme non médicalement requise et potentiellement nuisible pour les raisons suivantes :

- il est impossible de dépister toutes les infections transmissibles par le sang ;
- les tests comportent leurs limites ;
- les résultats ne statuent que sur des expositions passées ;
- il est impossible de garantir qu'il n'y aura pas d'infections futures ;
- il est impossible de fixer de périodicité aux tests ;
- il est impossible de garantir une absence de risque, même avec des dépistages.

L'ensemble de ces limites peut donc procurer un faux sentiment de sécurité qui pourrait motiver un relâchement injustifiable dans l'application des précautions universelles ou engendrer une perception sous-estimée d'un risque d'exposition. La prescription d'un test de laboratoire relatif à une infection transmissible par le sang doit répondre aux mêmes règles que la prescription de tout autre test de laboratoire, c'est-à-dire faire l'objet d'un consentement libre et éclairé (counselling pré- et post-test), répondre à des objectifs cliniques et faire l'objet de mesures appropriées visant le respect du secret professionnel.

La responsabilité de la gestion du risque professionnel relève d'abord du médecin lui-même.

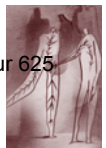
En somme, selon le Collège, la responsabilité de la gestion du risque professionnel relève d'abord du médecin lui-même. Ainsi, le médecin posant des actes médicaux propices à la transmission doit connaître son état concernant les infections transmissibles par le sang, quels que soient les facteurs de risque auxquels il est exposé. De plus, il doit, s'il est infecté, faire évaluer sa pratique professionnelle par un comité d'experts pour y soustraire tout acte médical propice à la transmission. Si sa situation personnelle ou professionnelle venait à changer, il devrait faire réévaluer sa pratique.

C'est le Collège qui doit assurer l'application des recommandations du comité d'experts. En établissement, il le fait en collaboration avec les autorités médicales concernées (directeur des services professionnels ou chef de département).

Enfin, dans la mesure où le médecin infecté et posant des actes médicaux propices à la transmission a fait l'objet d'une évaluation par un comité d'experts dont les recommandations sont appliquées, la divulgation de l'état du médecin à son patient n'est pas requise.

Lignes directrices pour les médecins

Le Collège des médecins du Québec formule cinq grandes lignes directrices en matière de gestion des médecins infectés par un agent transmissible par le sang.



1. Le médecin doit appliquer les précautions universelles de prévention des infections.

L'application rigoureuse des précautions universelles de prévention des infections est le meilleur moyen de protection du patient et du médecin contre les infections, incluant celles qui sont transmissibles par le sang. En pratique, pour tout étudiant en médecine, médecin résident ou médecin, il convient d'agir en tout temps comme si chaque patient était atteint d'une infection transmissible par le sang.

Les précautions universelles comprennent, entre autres :

- l'immunisation contre l'hépatite B et la vérification ultérieure de l'immunité ;
- les mesures de protection personnelle applicables au cours de toute intervention chirurgicale, selon les normes en vigueur :
 - l'utilisation des vêtements de protection (lunettes, masques, blouses et couvre-chaussures) et leur remplacement après un certain temps, lorsqu'ils peuvent avoir perdu leur imperméabilité,
 - le port de deux paires de gants,
 - l'utilisation de porte-aiguille,
 - l'utilisation de la technique *no touch*, qui consiste à transmettre les instruments par l'intermédiaire d'un plateau,
 - l'utilisation de bistouris électriques et de tout autre appareil permettant de réduire le saignement,
 - l'utilisation d'aiguilles émoussées ou de techniques de suture sans aiguille ;
- l'accès à la prophylaxie postexposition des personnes exposées (patient et personnel soignant).

Cela implique que les expositions accidentelles sont rapportées et prises en charge adéquatement dans les milieux de soins. L'usage d'une procédure de consentement préopératoire pour effectuer les tests sanguins requis auprès du patient, en cas d'exposition accidentelle, permet notamment d'obtenir les informations indispensables à la prise de décision clinique.

2. Le médecin exposé personnellement ou professionnellement aux infections transmissibles par le sang doit connaître son état relativement à ces agents infectieux.

Tout étudiant en médecine, médecin résident ou médecin en pratique clinique est responsable de connaître et de vérifier son état en regard de ces agents. Il le fera en tenant compte de ses risques d'exposition personnels ou professionnels et au moins après toute exposition documentée. Il sera ainsi en mesure de prendre les décisions requises pour assurer la protection des patients dont il est responsable.

3. Le médecin doit consulter un médecin traitant s'il est infecté.

Tout étudiant en médecine, médecin résident ou médecin infecté doit consulter un médecin afin de recevoir les soins et le suivi que requiert son état de santé.

Le médecin traitant joue un rôle capital dans l'évaluation de la condition médicale de son patient. Il a la compétence nécessaire pour le soutenir, le conseiller et l'orienter relativement aux conséquences personnelles, mais aussi professionnelles, de son état de santé. En ce qui concerne les infections transmissibles, il tient compte de l'environnement de son patient et du risque de contagion. De plus, il assume ses responsabilités à l'égard de tiers qui pourraient être exposés.

4. Le médecin doit faire évaluer initialement et périodiquement sa pratique professionnelle par un comité d'experts, s'il est infecté et qu'il pose des actes médicaux propices à la transmission. Il doit se conformer aux recommandations formulées par ce comité.

Tout médecin infecté et posant des actes médicaux propices à la transmission doit soumettre sa situation professionnelle à un comité d'évaluation du risque individuel et se conformer aux recommandations émises, notamment quant à la nécessité de réévaluer sa situation s'il survient un changement significatif dans son état de santé ou sa situation professionnelle. À défaut d'une démarche faite par le médecin lui-même, le médecin traitant doit effectuer les interventions qu'il juge nécessaires pour la protection du public, notamment auprès du Directeur de santé publique ou du Collège, après en avoir informé son patient.

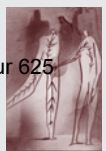
En ce qui concerne l'étudiant en médecine ou le médecin résident qui se sait infecté par un agent transmissible par le sang (entre autres, le VHB, le VHC et le VIH), il doit en aviser la personne désignée par le doyen de la faculté de médecine concernée pour obtenir l'évaluation d'un comité d'experts. Cette démarche vise à permettre au candidat ainsi qu'aux autorités de la faculté de médecine et du Collège de prendre les décisions appropriées relativement aux stages devant être effectués.

5. Le médecin doit connaître et respecter le Code de déontologie des médecins.

Tous les médecins doivent connaître le *Code de déontologie des médecins* et le respecter en tous points. Dans les situations impliquant des médecins infectés par des agents transmissibles par le sang, trois articles s'appliquent tout particulièrement :

43. *Le médecin doit s'abstenir d'exercer sa profession dans des circonstances ou états susceptibles de compromettre la qualité de son exercice ou de ses actes ou la dignité de la profession.*
70. *Le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même ou de traiter toute personne avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants.*
119. *Le médecin doit signaler au Collège tout médecin, étudiant, résident ou moniteur en médecine ou toute personne autorisée à exercer la médecine qu'il croit inapte à l'exercice, incompetent, malhonnête ou ayant posé des actes en contravention des dispositions du Code des professions, de la Loi médicale ou des règlements adoptés en vertu de ceux-ci.*

Le médecin doit en outre chercher à venir en aide à un collègue présentant un problème de santé susceptible de porter atteinte à la qualité de son exercice.



Mécanisme d'évaluation et de prise en charge

Le Collège des médecins du Québec participera à la constitution d'une banque centrale d'experts qui servira à former les comités d'experts dont le mandat sera d'évaluer individuellement les médecins infectés posant des actes médicaux propices à la transmission. Cette banque sera principalement constituée de médecins microbiologistes-infectiologues, chirurgiens, experts en santé publique ou de tout autre domaine pertinent.

Le médecin infecté et posant des actes médicaux propices à la transmission, son médecin traitant ou les autorités médicales d'un établissement pourront avoir accès à un comité d'experts en communiquant directement avec le Programme d'évaluation du personnel soignant, mis sur pied par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec (qui pourrait être localisé à l'Institut national de santé publique du Québec), ou avec le Collège. Dans les deux cas, la confidentialité des renseignements sera assurée.

Le Collège assurera le suivi des recommandations des comités d'experts ; en établissement, il le fera conjointement avec les autorités médicales responsables. En tout temps, les informations de nature nominative seront traitées de manière à n'être accessibles qu'aux seules personnes dûment mandatées.

Le Collège s'assurera, avec les autres partenaires concernés, que les médecins infectés pourront obtenir tout le soutien personnel et professionnel requis afin qu'ils puissent exercer leur profession en toute sécurité.

Vers une nouvelle gestion d'un problème crucial

Le Collège des médecins du Québec a bon espoir que cet énoncé de position contribuera à combler les lacunes observées jusqu'à maintenant dans la gestion des médecins infectés par un agent transmissible par le sang, dans l'intérêt de la population et des médecins eux-mêmes.

**Le Groupe de travail sur les infections transmissibles
par le sang est composé des personnes suivantes :**

D^r François Fassier, président
Médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pédiatrique
Hôpital Shriners

D^r Yves Robert, secrétaire
Directeur général adjoint et secrétaire adjoint
Collège des médecins du Québec

D^r Horacio Arruda
Médecin spécialiste en santé communautaire
Directeur de la Protection de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

D^r Claire Béliveau
Médecin spécialiste en microbiologie-infectiologie
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

D^r Pierre W. Blanchard
Directeur des études médicales
Collège des médecins du Québec

M. Guy Boisjoli
Membre du Bureau du Collège des médecins du Québec,
représentant du public nommé par l'Office des professions du Québec

D^r André Garon
Directeur général et secrétaire
Collège des médecins du Québec

D^r Yoan Lamarche
Médecin résident III en chirurgie vasculaire

D^r Mark Allen Miller
Médecin spécialiste en microbiologie-infectiologie
Hôpital général juif — Sir Mortimer B. Davis



Publication du
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : (514) 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : (514) 933-3112
Courriel : info@cmq.org
collegedesmedecins.qc.ca

Coordination

Direction des affaires publiques et des communications

Révision linguistique et correction d'épreuves

Sylvie Massariol

Graphisme

Bronx Communications

Illustration

Olivier Lasser

Impression

Integria

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

Dépôt légal : 2^e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-920548-14-X

© Collège des médecins du Québec, 2004

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

*Institut national
de santé publique*

Québec



Risques biologiques,
environnementaux et occupationnels

RESPONSABILITÉS DES PROFESSIONNELS INFECTÉS ET DE LEUR MÉDECIN TRAITANT

Table des matières

<u>Table des matières</u>	
<u>Préambule</u>	
<u>Responsabilité du professionnel infecté</u>	
<u>Collège des médecins du Québec</u>	3
<u>Ordre des dentistes du Québec</u>	4
<u>Ordre des infirmières et infirmiers du Québec</u>	5
<u>Gestion des étudiants</u>	
<u>Collège des médecins du Québec</u>	6
<u>Ordre des dentistes du Québec</u>	6
<u>Ordre des infirmières et infirmiers du Québec</u>	6
<u>Responsabilité du médecin traitant</u>	
<u>Collège des médecins du Québec</u>	6
<u>Ordre des dentistes du Québec</u>	7
<u>Ordre des infirmières et infirmiers du Québec</u>	7
<u>Santé publique</u>	7
<u>Références</u>	

Préambule

Le présent document tente de rassembler les énoncés de position et les lignes de conduite des trois ordres participant au Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH) relatifs aux responsabilités du professionnel infecté, à la gestion des étudiants infectés ainsi qu'aux responsabilités du médecin traitant du professionnel infecté.

Responsabilité du professionnel infecté

L'article 54 du *Code des professions* énonce que « tout professionnel doit s'abstenir d'exercer sa profession ou de poser certains actes professionnels dans la mesure où son état de santé y fait obstacle »¹. De façon plus précise, chacun des trois ordres participants au SERTIH a publié un énoncé de position ou des lignes de conduite pour leurs professionnels atteints d'une infection hématogène.

Collège des médecins du Québec

Le Collège des médecins du Québec a publié, en avril 2004, un énoncé de position appelé *Le médecin et les infections transmissibles par le sang*². Dans ce document, il est établi qu'« un médecin infecté et qui pose des actes médicaux propices à la transmission est présumé inapte à l'exercice de sa profession s'il n'a pas soumis sa pratique professionnelle à une évaluation par un comité d'experts ou s'il ne respecte pas les limitations d'exercice qu'il doit observer ».

Selon le Collège, « la responsabilité de la gestion du risque professionnel relève d'abord du médecin lui-même. Ainsi, le médecin posant des actes médicaux propices à la transmission doit connaître son état concernant les infections transmissibles par le sang, quels que soient les facteurs de risque auxquels il est exposé. De plus, il doit, s'il est infecté, faire évaluer sa pratique professionnelle par un comité d'experts pour y soustraire tout acte médical propice à la transmission. Si sa situation personnelle ou professionnelle venait à changer, il devrait faire réévaluer sa pratique ».

Le Collège des médecins du Québec formule cinq grandes lignes directrices en matière de gestion des médecins infectés par un agent transmissible par le sang.

1. Le médecin doit appliquer les précautions universelles de prévention des infections.
2. Le médecin exposé personnellement ou professionnellement aux infections transmissibles par le sang doit connaître son état relativement à ces agents infectieux.
 - Tout étudiant en médecine, médecin résident ou médecin en pratique clinique est responsable de connaître et de vérifier son état en regard de ces agents. Il le fera en tenant compte de ses risques d'exposition personnels ou professionnels et au moins après toute exposition documentée. Il sera ainsi en mesure de prendre les décisions requises pour assurer la protection des patients dont il est responsable.

3. Le médecin doit consulter un médecin traitant s'il est infecté.
 - Tout étudiant en médecine, médecin résident ou médecin infecté doit consulter un médecin afin de recevoir les soins et le suivi que requiert son état de santé. Le médecin traitant joue un rôle capital dans l'évaluation de la condition médicale de son patient. Il a la compétence nécessaire pour le soutenir, le conseiller et l'orienter relativement aux conséquences personnelles, mais aussi professionnelles, de son état de santé. En ce qui concerne les infections transmissibles, il tient compte de l'environnement de son patient et du risque de contagion. De plus, il assume ses responsabilités à l'égard de tiers qui pourraient être exposés.
4. Le médecin doit faire évaluer initialement et périodiquement sa pratique professionnelle par un comité d'experts, s'il est infecté et qu'il pose des actes médicaux propices à la transmission. Il doit se conformer aux recommandations formulées par ce comité.
 - Tout médecin infecté et posant des actes médicaux propices à la transmission doit soumettre sa situation professionnelle à un comité d'évaluation du risque individuel et se conformer aux recommandations émises, notamment quant à la nécessité de réévaluer sa situation s'il survient un changement significatif dans son état de santé ou sa situation professionnelle.
5. Le médecin doit connaître et respecter le Code de déontologie des médecins.
 - Tous les médecins doivent connaître le *Code de déontologie des médecins*³ et le respecter en tous points. Dans les situations impliquant des médecins infectés par des agents transmissibles par le sang, [deux] articles s'appliquent tout particulièrement :

43. Le médecin doit s'abstenir d'exercer sa profession dans des circonstances ou états susceptibles de compromettre la qualité de son exercice ou de ses actes ou la dignité de la profession.

70. Le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même ou de traiter toute personne avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants.

Ordre des dentistes du Québec

L'Ordre des dentistes du Québec a publié, en février 2005, un énoncé de position appelé *Les infections transmissibles par le sang et la protection du public*⁴. Selon cet énoncé, « il incombe au dentiste de connaître son état de Santé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Ordre des dentistes du Québec incitent tout dentiste qui se sait porteur d'une infection transmissible par le sang et qui effectue des actes propices à la transmission à se faire suivre régulièrement par un professionnel de la santé, dans son intérêt et celui de ses patients. Il devrait également faire évaluer les risques liés à sa pratique professionnelle, en s'adressant au Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes pour les soignants ».

L'Ordre des dentistes du Québec formule cinq énoncés de position en matière de gestion des dentistes infectés par un agent transmissible par le sang.

1. Le dentiste doit appliquer les mesures d'asepsie et de stérilisation reconnues afin d'éviter la transmission des infections.
2. Le dentiste exposé aux infections transmissibles par le sang doit connaître son état de santé relativement à ces agents infectieux.
 - Tout dentiste est responsable de connaître et de vérifier périodiquement son état de santé. Il doit tenir compte de ses risques d'exposition et, au moins après toute exposition documentée, avoir recours aux tests appropriés de dépistage.
3. Le dentiste doit consulter un médecin s'il est infecté.
 - Tout dentiste infecté doit consulter un médecin afin de recevoir les soins et le suivi que requiert son état de santé.
4. Le dentiste doit faire évaluer initialement et périodiquement sa pratique professionnelle par un comité d'experts, s'il est infecté et qu'il pose des actes de médecine dentaire propices à la transmission. Il doit se conformer aux recommandations formulées par ce comité.
5. L'Ordre des dentistes du Québec appuie le mandat du Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

L'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec a publié, en octobre 2004, un document appelé *Lignes de conduite à l'intention des infirmières atteintes d'une infection hématogène*⁵. Ce document rappelle les responsabilités professionnelles de l'infirmière relativement aux infections hématogènes. Il y est écrit que « conformément aux devoirs et obligations énoncés dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*⁶, l'infirmière a la responsabilité de prendre tous les moyens raisonnables pour gérer le risque de transmission d'infections hématogènes dans le cadre de sa pratique professionnelle. Elle est tenue également de prendre en charge sa situation de santé et sa situation professionnelle pour s'assurer que sa pratique est sécuritaire ». En effet, comme mentionné dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*⁶ :

Art. 16 Outre ce qui est prévu à l'article 54 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26), l'infirmière ou l'infirmier doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'il est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services [. . .].

Art. 42 L'infirmière ou l'infirmier doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité des clients, notamment en avisant les instances appropriées.

L'OIIQ affirme que « toutes les infirmières susceptibles de faire des gestes pouvant provoquer une infection hématogène sont responsables de faire vérifier périodiquement leur état de santé

relativement à ce type d'infections. [...] Une infirmière infectée doit demander une évaluation médicale et recevoir les soins que requiert son état de santé. Elle doit aussi prendre toutes les mesures requises pour prévenir la transmission de cette infection au patient ».

Finalement, l'OIIQ mentionne que « l'infirmière ou la candidate à l'exercice de la profession qui est infectée doit faire évaluer sa situation professionnelle par un comité d'experts : Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH) dans la prestation des soins de santé de l'Institut national de santé publique du Québec ».

Gestion des étudiants

Collège des médecins du Québec

Selon le Collège, concernant « l'étudiant en médecine ou le médecin résident qui se sait infecté par un agent transmissible par le sang (entre autres, le VHB, le VHC et le VIH), il doit en aviser la personne désignée par le doyen de la faculté de médecine concernée pour obtenir l'évaluation d'un comité d'experts. Cette démarche vise à permettre au candidat ainsi qu'aux autorités de la faculté de médecine et du Collège de prendre les décisions appropriées relativement aux stages devant être effectués »².

Ordre des dentistes du Québec

Il n'y a rien de mentionné sur les étudiants en dentisterie dans l'énoncé de position de l'ordre des dentistes du Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Selon l'OIIQ, « les candidates à l'exercice de la profession et les étudiantes en soins infirmiers sont visées par les mêmes devoirs déontologiques que les infirmières, car elles doivent avoir un comportement conforme aux règles d'éthique en vigueur dans le milieu clinique ». Ce faisant, « l'étudiante en soins infirmiers qui se sait atteinte d'une infection hématogène et qui effectue des interventions propices à la transmission doit en aviser l'infirmière désignée par la doyenne de la faculté, la directrice du département ou de l'école universitaire, ou l'infirmière désignée par le directeur des études du collège, afin qu'un suivi approprié soit effectué »⁵.

Responsabilité du médecin traitant

Bien que chacun des trois ordres participant au SERTIH énonce clairement la responsabilité de leurs membres de connaître leur statut sérologique et de subir une évaluation de leur pratique s'ils sont infectés, il pourrait arriver qu'un professionnel ne veule pas se faire évaluer par le SERTIH. Dans de tels cas, le médecin traitant est-il responsable de dénoncer son confrère ?

Collège des médecins du Québec

Selon le Collège, « à défaut d'une démarche faite par le médecin lui-même, le médecin traitant doit effectuer les interventions qu'il juge nécessaires pour la protection du public, notamment

auprès du Directeur de santé publique ou du Collège, après en avoir informé son patient ». En effet, selon l'article 119 du *Code de déontologie des médecins*³ :

119. Le médecin doit signaler au Collège tout médecin, étudiant, résident ou moniteur en médecine ou toute personne autorisée à exercer la médecine qu'il croit inapte à l'exercice, incompetent, malhonnête ou ayant posé des actes en contravention des dispositions du Code des professions, de la Loi médicale ou des règlements adoptés en vertu de ceux-ci.

Le médecin doit en outre chercher à venir en aide à un collègue présentant un problème de santé susceptible de porter atteinte à la qualité de son exercice.

Ordre des dentistes du Québec

Selon l'ODQ, « en ce qui concerne les infections transmissibles, le médecin [traitant] a l'obligation déontologique de tenir compte de l'environnement de son patient et du risque de contagion qu'il représente. De plus, il assume des responsabilités à l'égard de tiers qui pourraient être exposés. Par conséquent, un médecin peut, dans certains cas, être tenu d'informer l'Ordre des dentistes du Québec de l'état de son patient dentiste, s'il considère que ce dernier constitue un risque pour ses patients »⁴.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Il n'y a rien dans les lignes de conduite de l'OIIQ par rapport aux responsabilités du médecin traitant vis-à-vis un(e) infirmier (ière) ayant une infection hématogène et posant des actes à risque de transmission.

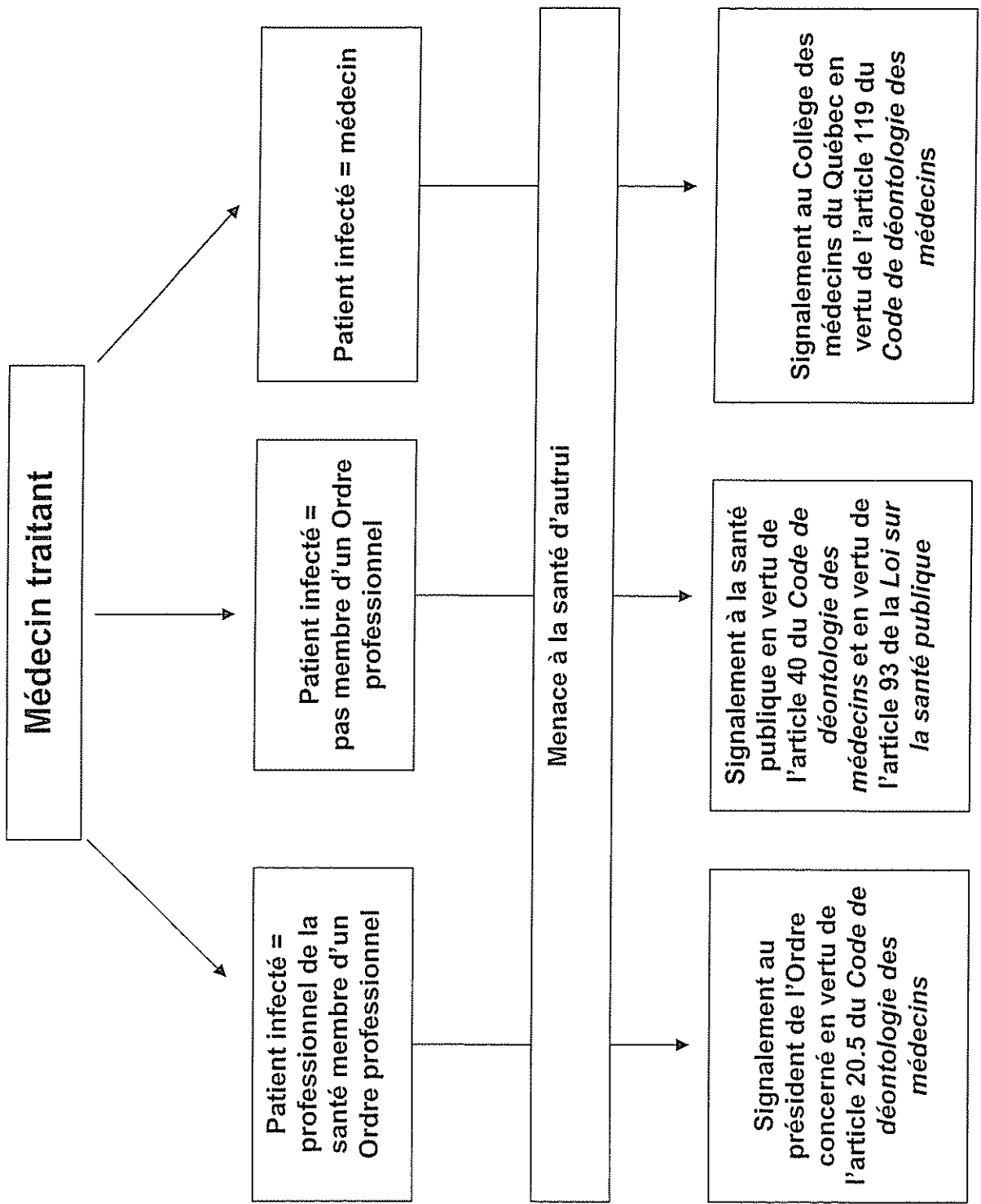
Santé publique

Finalement, le médecin traitant d'un professionnel de la santé infecté et posant des actes à risque de transmission peut avertir la santé publique si ce dernier refuse de faire évaluer sa pratique. L'article 40 du *Code de déontologie des médecins*³ s'adresse à de telles situations :

40. Le médecin qui a des motifs de croire que la santé de la population ou d'un groupe d'individus est menacée doit en aviser les autorités de santé publique concernées.

Références

1. Code des professions, L.R.Q., c. C-26.
2. Collège des médecins du Québec. *Le médecin et les infections transmissibles par le sang. Énoncé de position*. Avril 2004.
3. Code de déontologie des médecins. L.R.Q., c. C-26, a. 87 ; 2001, c. 78, a. 6)
4. Ordre des dentistes du Québec. *Les infections transmissibles par le sang et la protection du public*. Février 2005.
5. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. *Lignes de conduite à l'intention des infirmières atteintes d'une infection hématogène*. Octobre 2004.
6. Code de déontologie des infirmières, D. 1513-2002, (2003) 135 G.O. II, 98.



Formulaire d'engagement de l'étudiant au doctorat en médecine ou au programme d'études médicales postdoctorales porteur d'une infection hématogène

Suites à l'évaluation de cet étudiant au doctorat en médecine ou au programme d'études médicales postdoctorales (résidence) par le Service d'évaluation du risque de transmission d'infections hématogènes (SERTIH), l'Université (*nom de l'Université*) s'engage à offrir un programme de médecine ou de résidence, aménagé en fonction de la situation médicale de l'étudiant ou du résident en date du _____.

Par la présente, l'étudiant ou le résident confirme avoir lu et compris les éléments suivants :

1. L'étudiant ou le résident s'engage à respecter les recommandations émises par le SERTIH et approuvées par l'Université (voir document joint).
2. À moins d'un changement de son statut sérologique tel que défini dans le rapport d'expert, l'étudiant en médecine s'engage à ne pas s'orienter vers un programme de résidence présentant un risque de transmission de son infection, par exemple :
 - tout programme en chirurgie de spécialité primaire ou surspécialisé;
 - certaines spécialités médicales pour lesquelles les actes à risque font partie de la pratique normale tels la médecine d'urgence, les soins intensifs et la néphrologie;
 - l'obstétrique-gynécologie;
 - la radiologie d'intervention.
3. L'étudiant en médecine ou le résident dans tous les milieux où il exerce et quel que soit le niveau de charge virale retrouvé :
 - doit respecter les standards de prévention des infections et de tenue de dossier, y compris la documentation des expositions accidentelles;
 - doit, en cas d'exposition significative d'un patient à son sang, mentionner son état de porteur et recommander un suivi clinique postexposition. Dans la mesure du possible, le cas impliqué dans l'accident transfèrera la responsabilité de cette intervention à un autre professionnel.
4. L'étudiant ou le résident accepte que soit transmise toute information pertinente à son sujet par le directeur du programme responsable de sa formation à l'Université responsable de son programme de résidence ainsi qu'au Collège des médecins (CMQ), ou tout autre organisme semblable dans une autre province ou pays, dans le cadre de la demande d'émission du permis d'exercice. Ceci inclut la transmission de l'information sur le statut en regard de l'infection hématogène de l'étudiant ou du résident à tout milieu de stage ou département clinique, y compris ceux reliés à une autre université, où des actes à risque pourraient être posés par l'étudiant ou le résident.

L'Université évaluera périodiquement le comportement de l'étudiant ou du résident ainsi que son attitude vis-à-vis des mesures de prévention de transmission de son infection. Si l'Université décèle un problème quelconque de comportement chez l'étudiant ou le résident qui pourrait provoquer des bris des mesures préventives, cette dernière peut être en mesure de le suspendre de sa formation.

**Je, (nom de l'étudiant ou du résident) _____ ,
comprends les recommandations qui ont été émises par le service d'évaluation
des risques de transmission d'infections hématogènes, ainsi que les impacts de
ces recommandations sur ma pratique. Je m'engage à respecter les clauses de la
présente entente afin de poursuivre ma formation au doctorat en médecine ou au
programme d'études médicales postdoctorales.**

Signature de l'étudiant ou du résident : _____

Date : _____

Signature du directeur de programme : _____

Date : _____

Signature du vice-doyen aux études médicales : _____

Date : _____

GUIDE PRATIQUE DU RÉSIDENT

ÉDITION 2014

JUIN 2014

TABLE DES MATIÈRES

Les études médicales postdoctorales.....	1
Aide aux résidents	4
Intimidation et harcèlement.....	5
L'évaluation	6
Généralités	6
Processus pour l'évaluation des stages	6
Évaluations en retard.....	10
Le Comité d'évaluation du programme.....	7
Fonctionnement du comité d'évaluation du programme	10
Révision de l'évaluation et droit d'appel.....	11
Liste des critères déterminants et normaux.....	12
Comité de révision	13
Formation et cours	17
Document d'accueil pour le stage de nuit.....	22
Règlement des études médicales postdoctorales	28
Politiques facultaires	
Sécurité des résidents.....	37
Protection des risques biologiques	39
Radio-protection.....	46
Protection respiratoire	50
Exigences de maîtrise du français	53
Réussite de l'ACLS, résidents 1.....	54
Réussite de l'ATLS, résidents 1	55
Gardes hospitalières	56
Congé de maladie	57
Retour d'un congé de maladie	58
Congés sans solde	59
Stage à option.....	60
Stage hors Québec	61
Stages à temps partiel et exemptions de garde	62

Stages non contributoires.....	63
Demande de changement de programme.....	64
Demande de transfert d'université	65
Stages en entente interuniversitaire.....	66
Changement sur les grilles de stages	67
Formulaire de demande de changement de stage.....	68
Dispense de formation	69
Prolongation de formation	70
Formations complémentaires	71
Formulaire de demande de formation complémentaire.....	73
Octroi du diplôme d'études spécialisées (D.E.S.)	78

LES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES

Vice-doyenne :	D ^{re} Josée Dubois ☎ 514 343-7798 Courriel : josee.dubois@umontreal.ca
Support Pédagogique	Adjointe à la vice-doyenne D ^{re} Carole Lambert ☎ 514 890-8254 Courriel : carole.lambert.chum@ssss.gouv.qc.ca
Secteur informatique	D ^r Patrick Hamel ☎ 514 343-7094 Courriel : patrick@hamel.ca
Admission/Procédures	Adjointe à la vice-doyenne M ^{me} Marie Galibois ☎ 514 343-7798 Courriel : marie.galibois@umontreal.ca
Comité de médecine	D ^r Richard Gauthier ☎ 514 343-7798 Courriel : rgauthier.hmr@ssss.gouv.qc.ca
Comité de chirurgie	D ^r Louis Guertin Courriel : louis.guertin@umontreal.ca
Comité de pédiatrie	D ^{re} Christine Boutin ☎ 514 345-4931 Courriel : christine_boutin@ssss.gouv.qc.ca
Comité autres	D ^{re} Carole Lambert ☎ 514 890-8254 Courriel : carole.lambert.chum@ssss.gouv.qc.ca
Comité de sécurité	D ^{re} Isabelle Tardif Courriel : itardif9@gmail.com
Opération Dossier-Résident	Coordonnatrice – gestion des études M ^{me} Niema Khalifi ☎ 514 343-7004 Courriel : niema.khalifi@umontreal.ca
Technicienne coordination du travail de bureau :	Josée Aganier Tél. : 514-343-7798 Télé. : 514-343-2068 josee.aganier@umontreal.ca

Techniciennes en gestion des dossiers étudiants (TGDE), selon le groupe de programmes:

Meryem Ait Haddout
Tél. : 514 343-6111 poste 44630
Télé. : 514-343-2068
meryem.ait.haddout@umontreal.ca

Bureau S-737

Chirurgie tronc commun
Chirurgie cardiaque
Chirurgie générale
Chirurgie pédiatrique
Chirurgie orthopédique
Chirurgie plastique
Chirurgie thoracique
Chirurgie vasculaire
Neurochirurgie
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
Urologie

Nathalie Morand
Tél. : 514 343-5932
Télé. : 514-343-2068
nathalie.morand@umontreal.ca

Bureau S-733

Biochimie médicale
Cardiologie
Échographie cardiaque
Électrophysiologie
Endocrinologie et métabolisme
Gastroentérologie
Gériatrie
Hématologie
Immunologie clinique et allergie
Maladies infectieuses
Médecine – tronc commun
Médecine de soins intensifs adulte
Médecine interne générale
Microbiologie médicale et infectiologie
Néphrologie
Oncologie médicale
Pneumologie
Rhumatologie

Joëlle Besry
Tél. : 514-343-6111 poste 0932
Télé. : 514-343-2068
joelle.besry@umontreal.ca

Bureau S-737

Anesthésiologie
Dermatologie
Endocrinologie gynécologique de la reproduction et infertilité
Greffe de cellules hématopoïétiques
Médecine d'urgence spécialisée
Médecine maternelle et fœtale
Médecine physique et réadaptation
Médecine du travail
Neurologie
Obstétrique et gynécologie
Oncologie gynécologique
Ophtalmologie
Urogynécologie et reconstruction pelvienne
Santé publique et médecine préventive

Saida Ettaki
Tél. : 514 343-6111 poste 4152
Télé. : 514-343-2068
saida.ettaki@umontreal.ca

Bureau S-734

Cardiologie chez l'enfant
Endocrinologie et métabolisme chez l'enfant
Gastroentérologie chez l'enfant
Hématologie et oncologie pédiatrique
Immunologie clinique et allergie chez l'enfant
Maladies infectieuses chez l'enfant
Médecine d'urgence pédiatrique
Médecine de l'adolescence
Médecine de soins intensifs chez l'enfant
Médecine néonatale et périnatale
Néphrologie chez l'enfant
Neurologie chez l'enfant
Pédiatrie tronc commun
Pédiatrie du développement
Pédiatrie générale
Pneumologie chez l'enfant
Programme de cliniciens-chercheurs

Aïda Mikhno
Tél. : 514 343-6111 poste 4151
Télé. : 514 343-2068
aida.mikhno@umontreal.ca

Bureau S-733

Anatomo-pathologie
Compétence spéciale en médecine d'urgence
Génétique médicale
Gérontopsychiatrie
Médecine familiale
Médecine nucléaire
Médecine palliative
Neuropathologie
Neuroradiologie
Programme de cliniciens-érudit
Psychiatrie
Radiologie diagnostique
Radio-oncologie
Soins aux personnes âgées

Site Internet: http://www.med.umontreal.ca/etudes/programme_formation/postdoctorales/guide.html

AIDE AUX RÉSIDENTS

Si vous éprouvez des difficultés d'ordre personnel ou professionnel, incluant les problèmes de stress, vous pouvez rencontrer un des professeurs ou votre directeur de programme à n'importe quel moment au cours de l'année afin de discuter de vos problèmes et de trouver des solutions. Au besoin, le professeur ou votre directeur de programme peut vous recommander de contacter l'une des ressources disponibles. Vous pouvez aussi vous adresser d'emblée à l'une des ressources suivantes :

- BUREAU D'AIDE AUX ÉTUDIANTS ET AUX RÉSIDENTS (BAER) : Le BAER de la Faculté de médecine offre des services de consultation en cas de problème de santé physique et mentale ou de difficultés pédagogiques, ainsi que des services d'orientation professionnelle et de choix de carrière et d'intégration des résidents étrangers (DHCEU). Vous pouvez laisser un message sur la boîte vocale du 514 343-6603 ou envoyer un courriel à baer@meddir.umontreal.ca. Un suivi de réponse sera donné dans les 24 à 48 heures, sauf les fins de semaine et les jours fériés.

Responsable: Dr Ramses Wassef

- PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC (PAMQ) : vient en aide aux résidents et leur famille immédiate qui seraient en difficulté pour des problèmes de toxicomanie, alcoolisme, santé mentale, ou autres problèmes personnels. Ce programme autonome et à but non lucratif est financé par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Association des médecins de langue française du Canada.

Responsable : Dre Anne Magnan ☎ 514-397-0888

- BUREAU D'INTERVENTION EN MATIÈRE DE HARCÈLEMENT (BIMH) : Le BIMH de l'Université de Montréal peut procurer de l'information et des conseils confidentiels aux résidents qui considèrent vivre du harcèlement ou de l'intimidation. Avec l'accord des résidents qui s'adressent à lui, il peut faire des démarches auprès des personnes concernées afin de trouver une entente acceptable et intervenir dans leur milieu (médiation, rencontre, formation, intervention de crise).

Responsable: Mme Pascale Poudrette ☎ 514-343-7020

- BUREAU DE L'OMBUDSMAN DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL : L'Ombudsman traite les demandes d'intervention des résidents qui, après avoir épuisé les recours internes à leur disposition, s'estiment victimes d'injustice ou de discrimination de la part de l'Université. Il offre des conseils sur les diverses avenues qui s'offrent à eux dans une situation donnée.

Responsable : M^{me} Pascale Descary ☎ 514-343-2100

- FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC : ☎ 514 282-0256 ou 1-800-465-0215
 - **Difficultés sur le plan pédagogique**; Mme Jocelyne Carrier, jcarrier@fmrq.qc.ca
 - **Difficultés liées à la prévention et à l'intimidation** : Mme Johanne Carrier, responsable du Comité du bien-être des résidents : Johanne.carrier@fmrq.qc.ca

INTIMIDATION ET HARCÈLEMENT

Si vous jugez être victime d'une situation d'intimidation ou de harcèlement de la part d'un professeur, d'un collègue de travail, d'un employé ou de toute autre personne, dites-vous que vous n'avez pas à accepter un tel comportement.

- Notez les détails des incidents : date, heure, lieu, noms des témoins, gestes posés, mots prononcés, vos sentiments, vos réactions, à qui vous en avez parlé. Conservez tout élément de preuve (par exemple, une lettre ou un courriel).
- Si vous êtes à l'aise de le faire, dites clairement à la personne concernée que son comportement est importun, offensant, intimidant ou humiliant. Vous pouvez le faire verbalement, de préférence en présence d'un témoin, ou par écrit (conservez une copie).
- Sinon, parlez-en, ou encore signalez la situation par écrit, à l'une des personnes suivantes, pour qu'elle puisse intervenir : directeur de l'enseignement, directeur de programme, directeur de département ou vice-doyenne.
- Cette personne tentera de remédier à la situation en prenant les mesures appropriées, en consultation avec la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales. La médiation est le moyen privilégié par l'Université pour résoudre le conflit.
- Rappelez-vous que le Bureau d'intervention en matière de harcèlement (BIMH) de l'Université peut vous conseiller et vous offrir son soutien (**Tél : 514-343-7020**).
- Advenant que la situation ne soit pas résolue à votre satisfaction, ou si elle le juge approprié, la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales vous rencontrera et rencontrera aussi, séparément, la ou les personnes concernées. Le directeur du département universitaire du professeur participera à ces rencontres, et un représentant du BIMH peut aussi être présent.
- À toute étape du processus, si la situation le justifie, le directeur de département peut prendre des mesures pour éviter que la situation ne se reproduise.
- Si vous ne désirez pas participer à la médiation ou si la situation n'est pas résolue à votre satisfaction, vous pouvez déposer une plainte formelle au BIMH, lequel fera suivre la plainte au recteur de l'Université qui, le cas échéant, demandera une enquête administrative. Suite à cette enquête, le Recteur peut saisir le Comité de discipline de l'Université pour décision.
- Lorsque la personne en cause est un employé d'un établissement, le dossier sera confié à la direction des ressources humaines de cet établissement.
- Si la situation implique un étudiant ou un autre résident, la vice-doyenne peut faire des recommandations aux personnes responsables de son programme.
- Dans tous les cas, vous serez informé des mesures qui auront été prises, par la Faculté, l'Université ou l'établissement.

L'ÉVALUATION

En tant que résident inscrit ou en stage à l'Université de Montréal, vous avez la responsabilité de vous familiariser avec vos objectifs d'apprentissage et les règles régissant votre évaluation. Vous devez vous soumettre aux différentes procédures d'évaluation de votre programme, conformément au *Règlement des études médicales postdoctorales* disponible sur le site Internet des études médicales postdoctorales à l'adresse suivante : <http://www.med.umontreal.ca/etudes/postdoc.htm>.

GÉNÉRALITÉS

L'évaluation comporte deux volets :

- a. Une évaluation des stages et autres activités d'apprentissage, notamment les cours théoriques, ateliers, séminaires, laboratoires, etc.
- b. Une évaluation longitudinale qui porte sur l'acquisition de l'ensemble des compétences requises pour votre niveau de formation.

Vous êtes soumis à l'évaluation non seulement de vos connaissances, mais de vos attitudes et de vos habiletés, ainsi qu'à l'évaluation de votre comportement en milieu professionnel.

L'évaluation peut se faire sous forme d'observation, de travaux ou d'examens. Elle comporte également des données issues de personnes (professeurs, professionnels de la santé, étudiants et patients) qui ont été en contact avec vous.

PROCESSUS POUR L'ÉVALUATION DES STAGES

Le résident est responsable d'obtenir son évaluation.

Une semaine avant le début de chaque période, la secrétaire du programme envoie un courriel aux résidents qui débutent un nouveau stage ainsi qu'aux superviseurs qui inclut un lien pour compléter l'évaluation en ligne ou la fiche d'évaluation du stage en fichier attaché. Il inclut les objectifs spécifiques de ce stage ainsi que le lieu et l'horaire de la rencontre d'accueil. Dès le début du stage, un rendez-vous est fixé entre le résident et le superviseur de stage pour l'évaluation de mi-stage et l'évaluation de fin de stage.

À mi-stage, le superviseur rencontre le résident pour lui faire part de sa progression dans le stage par rapport aux attentes et aux objectifs. Il lui fait part de son opinion quant à ses connaissances, attitudes et habiletés, ainsi qu'à l'atteinte des compétences associées au stage. Il lui fait part de ses observations et de ses recommandations.

Dans la dernière semaine du stage (ou après un segment de stage, pour les stages de plus de trois mois) le superviseur rencontre le résident. Le résident complète son auto-évaluation. Le superviseur partage son évaluation. Si vous avez travaillé avec plusieurs professeurs, cette évaluation reflétera l'opinion de la majorité des professeurs ayant travaillé avec vous. Après discussion, l'évaluation est signée par les deux parties et envoyée à la secrétaire du programme. Cette évaluation est consignée sur une fiche d'appréciation de stage clinique, en format papier ou électronique. La fiche est ensuite saisie dans le portail d'évaluation de l'Université de Montréal.

Lorsque la fiche est saisie sur le portail, un courriel automatique est envoyé au résident l'avisant qu'une fiche d'évaluation le concernant a été saisie. Le résident accède alors au portail où il peut y lire le message suivant :

« Vous devez remplir les formulaires d'évaluation de l'enseignement et des enseignants afin d'avoir accès à la signature de votre fiche d'évaluation finale. La signature de toutes vos fiches d'évaluation est nécessaire à la signature, par le vice décanat de votre FEF (fiche d'évaluation de fin de formation).

Le Secteur d'évaluation du vice décanat aux études postdoctorales de la Faculté de médecine recueille votre opinion et vos commentaires sur les enseignants et les stages cliniques. Les évaluations et commentaires inférieurs aux attentes sont acheminés à la vice-doyenne. Le directeur universitaire reçoit également des bilans bi-annuels de l'ensemble des évaluations des professeurs de la faculté. Le directeur de programme reçoit les évaluations des résidents et des stages.

Chaque six mois, si au moins quatre évaluations ont été cumulées pour un professeur ou un stage particulier, les autres personnes ciblées par l'évaluation reçoivent un rapport cumulé des évaluations. L'évaluation du professeur sera transmise au professeur lui-même et au directeur de son département universitaire. L'évaluation des stages sera transmise au directeur du programme.

Nous vous encourageons à formuler des commentaires constructifs et nous vous remercions de contribuer à faire grandir et évoluer les programmes et la qualité de l'enseignement.

Le Secteur d'évaluation prend toutes les mesures à sa portée pour protéger le caractère confidentiel des commentaires qui lui sont soumis. Ainsi, il n'est pas possible de retracer un répondant à partir des rapports que nous fournissons aux différents départements, écoles et programmes. Les commentaires écrits, qui sont transmis intégralement aux professeurs, ne sont pas dans l'ordre chronologique des stages. »

Vous devez sans délai signer votre évaluation, en indiquant si vous êtes en accord ou en désaccord avec celle-ci.

1. Accéder à l'application SESR : <http://evaluation.med.umontreal.ca>
2. Accéder à l'évaluation concernée
3. Cocher la case indiquant si vous en avez discuté avec l'évaluateur» ou non
4. Cocher la case indiquant si vous êtes en accord avec votre évaluation ou non
5. Cliquer sur le bouton «**Sauvegarder**»

Lorsque le résident signe sa fiche d'évaluation, celle-ci ne peut plus être modifiée à moins de justifications, et avec l'appui du superviseur, du directeur de programme et du résident, à l'effet qu'il y a eu erreur. Une demande par courriel doit alors être soumise au bureau du vice-décanat aux études médicales postdoctorales.

LE COMITÉ D'ÉVALUATION DU PROGRAMME

Le professeur ou le responsable de stage qui complète votre évaluation consigne ses observations mais ne se prononce pas sur la réussite ou non du stage. Cette responsabilité incombe au Comité d'évaluation du programme, qui tient compte de la fiche d'appréciation de stage et de toute autre forme d'évaluation faite en cours de stage, s'il y a lieu, ainsi que de votre progression dans le programme.

Le Comité d'évaluation est constitué :

- de professeurs de la Faculté désignés par le directeur de programme;
- d'au moins un représentant des résidents, élu ou désigné par ses pairs.

Le Comité d'évaluation du programme a pour mandat d'établir les critères et les modalités de l'évaluation et de se prononcer sur l'évaluation de chacun des résidents. Il fait des recommandations au doyen ou à l'autorité compétente concernant la reprise d'un ou plusieurs stages, ou d'une année de formation par un résident, sa promotion ou son exclusion.

Vous ne pouvez pas exiger que le résident qui siège au Comité d'évaluation se retire lorsque votre évaluation est discutée. Par contre, pour préserver le principe d'impartialité, le résident membre du Comité d'évaluation doit se retirer des délibérations lorsque son évaluation est discutée ou s'il se considère en conflit d'intérêts lorsque l'évaluation d'un autre résident est discutée. En l'absence d'un Comité d'évaluation du programme, le Comité de programme peut agir à sa place.

Le Comité d'évaluation accorde une mention globale de « succès », « échec » ou « inférieur aux attentes » qui sera inscrite sur votre fiche d'appréciation de stage. La mention « échec » ou « inférieur aux attentes » constitue une évaluation de stage défavorable. Pour accorder la mention globale, le Comité tient compte, sans nécessairement s'y limiter, de l'importance relative des différents critères d'évaluation (annexe A) et des commentaires écrits présents sur la fiche d'évaluation.

DÉCISIONS ET RECOMMANDATIONS

Quatre verdicts peuvent être rendus dans votre dossier par le Comité d'évaluation, Ainsi, ce dernier :

- décide d'autoriser le résident à poursuivre sa formation dans son programme de résidence;
- décide d'autoriser le résident à poursuivre sa formation, mais sous certaines conditions¹;
- décide d'imposer au résident la reprise d'un ou plusieurs stages;
- recommande l'exclusion du résident de son programme de formation.

Mention « succès »

Pour obtenir la mention « succès » et pour que le stage soit valide, vous devez en avoir complété au moins les trois quarts (75 %).

Note : les congés de maladie, les suspensions (congés sans solde), les jours fériés et les vacances sont considérés comme des absences mais les lendemains de garde ne le sont pas. Une garde de fin de semaine (de samedi à dimanche ou de dimanche à lundi) ne compense pas une absence. Les gardes font partie intégrale de la formation et un stage ne peut être considéré comme valide sans les gardes, exception faite du retrait préventif à partir de 20 semaines de grossesse prévu à la convention collective.

¹ Les conditions de poursuite de la formation sont déterminées par le Comité d'évaluation. Ce peut être, par exemple, la mise en place de mesures d'aide pédagogique (plan de remédiation), la transmission d'un certificat médical attestant de l'aptitude au travail, la mise en place d'un suivi par le Programme du suivi administratif du Collège des médecins du Québec.

Mention « stage invalide»

Dans le cas où le résident n'a pas complété 75 % de son stage, le stage est considéré invalide et le Comité d'évaluation doit décider si ce stage doit être ultérieurement complété ou repris en entier.

- Absences: congé de maladie, de maternité, de paternité, pour études, pour congrès.
- Non-comptabilisées: cours obligatoires du programme ou de la faculté, examens, participation à des comités à visée pédagogique.

Mention « échec » ou « inférieur aux attentes »

La mention « échec » ou « inférieur aux attentes » constitue une évaluation de stage défavorable. Le résident qui obtient une mention « *échec* » à la suite d'un stage, est tenu de le reprendre, selon les modalités que le Comité d'évaluation détermine.

Le Comité d'évaluation peut également décider qu'il y a reprise de stage, si le résident a obtenu la mention globale « *inférieur aux attentes* ».

Pour toutes évaluations, le résident peut demander à rencontrer le Comité d'évaluation.

En cas d'échec ou inférieur aux attentes, si vous vous estimez lésé et que vous êtes en mesure de présenter des faits nouveaux de nature à modifier cette décision vous pouvez soumettre une demande de révision, écrite et motivée à la doyenne ou à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales, dans les dix jours ouvrables suivant la rencontre avec le Comité d'évaluation où la mention globale vous a été communiquée.

Recommandation d'exclusion du programme

Une recommandation d'exclusion du programme à l'endroit d'un résident peut être formulée par le Comité dans les cas suivants :

- a. le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un stage; dans l'application de cette règle, la reprise du stage consécutive à l'attribution de la mention « inférieur aux attentes » n'est pas comptabilisée;
- b. le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un cours obligatoire, d'un cours à option ou d'un cours au choix
- c. le résident obtient une mention « échec » à un deuxième stage au cours de sa formation postdoctorale²;
- d. le résident obtient une mention « échec » à un deuxième cours obligatoire au cours de sa formation postdoctorale;
- e. l'évaluation globale du résident est jugée insatisfaisante par le Comité d'évaluation;
- f. la progression du résident est jugée insatisfaisante par le Comité d'évaluation;
- g. le résident refuse de se soumettre aux conditions entourant une reprise de stage;

² Les deux échecs ne doivent pas nécessairement survenir dans la même année de formation mais pendant toute la formation postdoctorale.

- h. le résident ne répond pas à une exigence spécifiée dans les dispositions réglementaires propres au programme;
- i. le résident n'a pas rempli toutes les exigences du programme au terme de sa scolarité;
- j. l'état de santé du résident est incompatible avec la poursuite de son programme de résidence; à cette fin, le doyen ou l'autorité compétente peut exiger au besoin que le résident se soumette à un examen médical par un médecin qu'il désigne;
- k. le résident a une connaissance insuffisante du français.

Le résident qui souhaite en appeler d'une recommandation d'exclusion doit en faire lui-même la demande par écrit au doyen dans les délais prévus au Règlement des études médicales postdoctorales.

Si le résident est exclu, sur recommandation du Comité d'évaluation, le vice-doyen des études médicales postdoctorales peut retirer le résident de son programme jusqu'à ce qu'il se soit prévalu, le cas échéant, de son droit de révision et qu'une décision finale ait été rendue.

FONCTIONNEMENT DU COMITÉ D'ÉVALUATION DU PROGRAMME

Une semaine avant chaque rencontre du Comité, un message sera envoyé par la secrétaire à tous les résidents pour leur rappeler de signer leurs fiches d'évaluation.

À chaque rencontre du Comité, une liste des fiches manquantes de tous les résidents du programme sera présentée afin qu'on décide d'une stratégie pour régulariser la situation. La priorité sera accordée aux dossiers des résidents finissants du programme afin qu'ils puissent recevoir leur diplôme d'études spécialisées (D.E.S.) dès la fin de leur formation.

Après chaque rencontre du Comité, le directeur de programme (ou la secrétaire) saisit les décisions du Comité.

Il est à noter que le résident et le directeur du programme concerné sont informés automatiquement par courriel lorsque la décision du Comité d'évaluation du programme confirme qu'un stage complété par le résident n'obtient pas une mention de succès (inférieur, échec ou invalide). Ainsi, le résident peut rapidement en prendre connaissance et signifier son accord ou son désaccord en signant de nouveau sa fiche d'évaluation. Pour toutes les évaluations problématiques d'un résident, un drapeau rouge s'affichera dans le portail d'évaluation afin que cette fiche puisse être facilement identifiée.

ÉVALUATIONS EN RETARD

Dix jours après la fin du stage, si la fiche d'évaluation n'a pas encore été complétée, un courriel de rappel automatique sera envoyé par le bureau d'évaluation de l'Université au résident et au responsable du stage.

Deux mois après la fin du stage, un dernier courriel de rappel automatique est de nouveau envoyé au résident et au responsable du stage si nécessaire. Cette fois, le directeur de programme est également en copie du courriel.

Si le résident éprouve des difficultés à obtenir son évaluation de stage après un rappel à son superviseur de stage et un avis au directeur de programme, il est invité à communiquer avec la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales.

Toutes les évaluations doivent être complétées et signées et une décision doit avoir été rendue par le Comité d'évaluation du programme pour obtenir le diplôme d'études spécialisées de l'Université de Montréal (D.E.S.), pour passer les examens du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada et pour que la fiche de fin de formation soit signée et transmise au Collège des médecins du Québec pour permettre au résident d'obtenir son permis de pratique.

RÉVISION DE L'ÉVALUATION ET DROIT D'APPEL

Fiche d'appréciation de stage clinique

Si vous êtes en désaccord avec l'information consignée sur votre fiche d'appréciation de stage clinique, vous avez plusieurs possibilités, qui ne sont pas mutuellement exclusives :

- demander à rencontrer votre directeur de programme pour en discuter avant que le Comité d'évaluation ne se prononce sur la mention globale de cette évaluation;
- faire des représentations écrites au Comité d'évaluation, avant qu'il ne se prononce sur la mention globale;
- vous pouvez demander à rencontrer le Comité d'évaluation pour lui faire part de vos observations.

Mention globale

En cas d'échec, si vous vous estimez lésé et que vous êtes en mesure de présenter des faits nouveaux de nature à modifier cette décision vous pouvez soumettre une demande de révision, écrite et motivée, la doyenne ou à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales, dans les dix jours ouvrables suivant la date où la mention globale vous a été communiquée.

- Demande recevable

Si votre demande est jugée recevable, le Comité de révision des études médicales postdoctorales en est saisi. Le Comité de révision, après vous avoir donné l'opportunité de vous faire entendre, peut recommander à la doyenne de maintenir la mention globale d'échec ou la transformer en mention « inférieur aux attentes » ou « succès ». La doyenne vous informe par écrit de sa décision, qui est sans appel.

- Demande rejetée

Si votre demande de révision est rejetée, la doyenne ou la vice-doyenne vous communiquera les motifs de son refus par écrit et ce, dans les 10 jours ouvrables suivant la date de réception de la demande. Ce refus est sans appel.

ANNEXE A Critères déterminants et normaux ^{note}

Critères déterminants :

- 1 Sens des responsabilités (Professionnalisme)
- 2 Respect et honnêteté dans ses rapports professionnels (Professionnalisme)
- 3 Empathie envers ses patients (Professionnalisme)
- 4 Capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique (Professionnalisme)
- 5 Capacité d'autocritique (Professionnalisme)
- 20 Habiletés de communication : patients, familles, professionnels de la santé (Communication)
- 28 Motivation et autonomie à lire, questionner et apprendre (Érudition)

Critères normaux :

- 6 Connaissances cliniques (Expertise)
- 7 Connaissances fondamentales (Expertise)
- 8 Anamnèse organisée, dirigée et pertinente (Expertise)
- 9 Maîtrise des gestes d'examen physique appropriés (Expertise)
- 10 Formulation du problème à partir des données cliniques et para cliniques (Expertise)
- 11 Élaboration d'hypothèses diagnostiques appropriées (Expertise)
- 12 Formulation et justification des conduites à tenir (Expertise)
- 13 Élaboration d'un plan de suivi approprié (Expertise)
- 14 Identification et prise en charge des urgences (Expertise)
- 15 Habiletés techniques (Expertise)
- 21 Documentation écrite utile et pertinente (rapports et procédures) (Communication)
- 22 Consultation efficace et collaboration avec les autres équipes médicales (Collaboration)
- 23 Collaboration constructive lors du travail interdisciplinaire (Collaboration)
- 24 Organisation du travail clinique (Gestion)
- 25 Utilisation judicieuse des ressources dans les soins de ses patients (Gestion)
- 26 Intégration des concepts de médecine préventive aux conduites à tenir (Promotion de la santé)
- 27 Capacité d'enseignement au patient des principes de promotion de la santé (Promotion de la santé)
- 29 Capacité d'évaluation critique de la littérature et de ses enseignements (Érudition)
- 30 Contribution académique et à l'enseignement (Érudition)

RÉSIDENTS JUNIORS

Critères déterminants : Une seule note « Insuffisant » entraîne un échec de stage.

Critères normaux : Trois notes « Insuffisant » entraînent un échec de stage.

Somme des mentions « IA » et « IS » : Si l'une ou l'autre des mentions inférieur aux attentes (IA) ou insuffisant (IS) se retrouvent dans six catégories ou plus, il y a échec de stage. Si le nombre de catégories évaluées lors d'un stage est ≤ 18 , le nombre de catégories où l'on retrouve ces mentions ne devra pas dépasser 25% de ce nombre.

RÉSIDENTS SÉNIORS

Critères déterminants : Une seule note « Insuffisant » entraîne un échec de stage.

Critères normaux : Deux notes « Insuffisant » entraînent un échec de stage.

Somme des mentions « IA » et « IS » : Si l'une ou l'autre mentions inférieur aux attentes (IA) ou insuffisant (IS) se retrouvent dans cinq catégories ou plus, il y a échec de stage. Si le nombre de catégories évaluées lors d'un stage est ≤ 18 , le nombre de catégories où l'on retrouve ces mentions ne devra pas dépasser 20% de ce nombre.

NOTE : Le Comité d'évaluation n'est pas tenu d'appliquer ces barèmes, mais il doit alors justifier sa décision par écrit à la vice-doyenne.

COMITÉ DE RÉVISION

Le Comité de révision relève du doyen de la Faculté de médecine. Ce Comité est constitué de :

- a. huit professeurs nommés par le Conseil de la Faculté, dont l'un agit comme président;
- b. d'un résident en fin de formation, élu ou nommé par ses pairs.

Trois membres, dont le résident, forment le quorum du Comité.

Le Comité de révision a pour mandat d'étudier les demandes de révision des évaluations ainsi que les recommandations d'exclusion.

A. APPEL D'UN ÉCHEC DE STAGE

Dispositions du *Règlement des études médicales postdoctorales* (article 11.7)

Le *Règlement des études médicales postdoctorales* prévoit qu'en cas d'échec, le résident qui s'estime lésé et est en mesure de présenter des faits nouveaux de nature à modifier cette décision, peut soumettre une demande de révision, écrite et motivée, au doyen ou à l'autorité compétente, dans les dix jours ouvrables suivant la date où le résultat de l'évaluation lui a été communiqué.

1. Demande recevable

Si le doyen ou l'autorité compétente juge la demande recevable, il en saisit le Comité de révision. Le Comité de révision, après avoir donné au résident l'opportunité de se faire entendre, peut recommander au doyen ou à l'autorité compétente de maintenir la mention globale d'échec, ou la transformer en mention « inférieur aux attentes » ou « succès ». Le doyen ou l'autorité compétente informe le résident par écrit de sa décision. La décision du doyen ou de l'autorité compétente est sans appel.

2. Demande rejetée

Si le doyen ou l'autorité compétente rejette la demande de révision, il doit le faire par écrit et avec motifs à l'appui et ce, dans les 10 jours ouvrables suivant la date de réception de la demande. Ce refus est sans appel.

Procédure administrative

Lorsque la demande est jugée recevable, la suite des procédures administratives se déroule comme suit :

1. Le résident doit recevoir, dans un délai de 10 jours ouvrable, une lettre de la doyenne lui signifiant que sa demande sera entendue par le Comité de révision.

La lettre est acheminée par courriel au résident à son adresse courriel de l'Université de Montréal, (avec preuve de transmission).

2. Selon l'agenda prévu des prochaines réunions du Comité de révision, une date est fixée pour entendre la demande de révision du résident.

Avant de convoquer le résident, la tenue de la rencontre est confirmée par courriel aux membres.

L'ordre du jour de ces réunions est aménagé en fonction du nombre de dossiers qui seront entendus. Normalement, un maximum de trois demandes est entendu au cours de la même réunion. Un calendrier annuel de réunion est planifié en début d'année académique pour faciliter l'organisation de ces rencontres. Une réunion est confirmée lorsque le quorum est atteint (trois membres du Comité de révision et le résident). (Règlement art. 3.7)

3. Le dossier du résident est soumis aux membres du Comité de révision et il est constitué des éléments suivants :
 - i. toutes les évaluations de stage complétées depuis l'entrée en résidence jusqu'au stage faisant l'objet d'une demande de révision pour échec de stage;
 - ii. tous les extraits de procès-verbaux du Comité d'évaluation qui concerne ce résident;
 - iii. les plans de remédiation et autres évaluations, de même que l'ensemble des communications officielles avec le résident;
 - iv. la demande de révision adressée par le résident et la réponse de la doyenne à celle-ci.

Après vérification détaillée des fiches d'évaluation du résident, on s'assure que tous les éléments auxquels il est fait référence dans ces évaluations sont déposés au dossier.

4. Lorsque le dossier est jugé complet, il est numérisé et paginé. Les documents doivent être disposés dans l'ordre suivant : (1) fiche du résident, (2) fiches d'évaluation, (3) extraits de procès-verbaux, (4) correspondance et (5) autres documents pertinents.
5. Aviser le résident par courriel (à son adresse courriel de l'Université de Montréal, avec preuve de transmission), dans un délai de 10 jours ouvrables avant son audition devant les membres du Comité de révision, de la date et de l'heure où il sera entendu et spécifier qu'à défaut de se présenter, sans motif valable³, une décision sera rendue en son absence.

À cette convocation officielle est joint le dossier du résident. Si un avocat a été désigné au dossier, une copie du dossier lui est également transmise par courriel, avec preuve de transmission. Copie de la convocation du résident et de son dossier sont également transmis par courrier interne au directeur du programme et aux membres du Comité de révision qui seront présents à la réunion.

Il est à noter que le résident doit recevoir copie de tout document qui est soumis aux membres du Comité. Si exceptionnellement un document est ajouté et transmis aux membres du Comité de révision après la convocation, le document doit également être transmis au résident.

³ On entend par motif valable, un motif indépendant de la volonté de l'étudiant, tel que la force majeure, le cas fortuit ou une maladie attestée par un certificat médical.

Le résident, pour sa part, est invité à transmettre les éléments additionnels qu'il juge pertinent à sa défense au plus tard 48 heures avant son audition devant le Comité. Le cas échéant, ces documents sont transmis par le résident (ou son avocat le cas échéant) à l'adjointe à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales qui s'assure de les faire suivre au directeur du programme et aux membres du Comité.

6. Au moment de l'audition, les membres du Comité prennent connaissance de l'ensemble du dossier et entendent le témoignage du résident et du directeur du programme en présence du résident.

Le résident peut être accompagné de la personne de son choix⁴. Toutefois, cette personne n'a pas droit de parole devant le Comité.

À l'issue de l'audition, les membres délibèrent en l'absence du directeur du programme, du résident et de son accompagnateur. Avant de formuler leur recommandation à l'intention du doyen, les membres du Comité de révision considèrent le respect de la procédure d'évaluation, les mesures de médiation et d'encadrement pédagogique et les différents critères d'évaluation obtenus par le résident.

7. Lorsque la décision est rendue, le président du Comité rédige le procès-verbal faisant état de la recommandation formulée par les membres à l'intention de la doyenne. Cette recommandation doit être motivée et inclure un résumé des faits en cause et de la preuve soumise par toutes les parties, de même qu'une explication quant à la recommandation formulée par les membres du Comité à la lumière des faits et de la preuve au dossier. Le procès-verbal de la réunion est ensuite transmis par le président du Comité de révision à l'adjointe à la vice-doyenne EMPD. Celle-ci prépare l'extrait du procès-verbal à déposer au dossier du résident.
8. La doyenne rend ensuite sa décision à la lumière de la recommandation formulée par le Comité de révision. La lettre de la doyenne est transmise par courriel au résident à son adresse courriel de l'Université de Montréal, (avec preuve de transmission). Une copie de la décision de la doyenne est également transmise par courriel à l'avocat au dossier (s'il y a lieu) et au directeur de programme. La décision de la doyenne est sans appel.

B. APPEL D'UNE DÉCISION D'EXCLUSION DU PROGRAMME

Procédure administrative

1. Le Comité de révision doit entendre le résident avant de faire une recommandation d'exclusion (art. 11.12) Si le résident était absent de la réunion du Comité d'évaluation au cours de laquelle les membres ont formulé une recommandation d'exclusion, ce dernier doit être rencontré par le Comité d'évaluation avant que le Comité de révision soit sollicité et recommande ou non son exclusion définitive.
2. Une copie de la recommandation d'exclusion formulée par le Comité d'évaluation doit être transmise sans délai au vice doyen aux études médicales postdoctorales, sous la forme:
 - a. d'une fiche d'évaluation complémentaire, ou;
 - b. d'un extrait du procès-verbal de la réunion.

⁴ Un conseiller peut être un étudiant, un professeur, un médecin, un avocat ou un membre de la famille.

3. Le rapport complémentaire⁵ doit être complété et signé par le directeur du programme et le résident impliqué, que ce dernier soit en accord ou non avec la recommandation formulée par le Comité d'évaluation dans son dossier.
4. Suite à la recommandation d'exclusion, le Doyen rend sa décision. Lorsque le doyen communique au résident sa décision de l'exclure du programme il doit aviser le résident qu'il peut se prévaloir d'un droit d'appel conformément au paragraphe 13.2 du Règlement des études médicales postdoctorales.
5. Le résident qui souhaite en appeler d'une décision d'exclusion doit en faire lui-même la demande par écrit au doyen dans les quinze jours ouvrables suivant le moment où cette décision lui a été communiquée. Le doyen en saisit le Comité de révision, qui entend le directeur de programme, en présence du résident. Le Comité recommande ensuite au doyen la levée ou le maintien de l'exclusion. Le doyen informe le résident de sa décision. La décision du doyen est sans appel.
6. La procédure administrative pour le traitement d'une demande d'appel suite à une recommandation d'exclusion est similaire à celle pour les demandes d'appel pour échec de stage, à l'exception du fait que c'est l'ensemble du dossier académique du résident qui est soumis à l'attention des membres du Comité de révision.
7. Dans les cas où l'exclusion du résident est confirmée par le doyen, il convient d'aviser le Collège des médecins du Québec, de même que le Collège Royal ou le Collège des médecins de famille, selon le cas, de la date et de la raison de la cessation de formation du résident.

⁵ Le rapport complémentaire peut contenir un extrait du procès-verbal de la réunion du Comité d'évaluation au cours de laquelle la recommandation d'exclusion a été formulée par les membres.

FORMATION ET COURS

1. ACLS – *Advanced Cardiac Learning System*

STATUT : **obligatoire**

- Théorie : 03 juillet 2014
- Journées d'atelier pratique : 07 au 15 juillet 2014

Les invitations vous seront envoyées par courriel.

2. **Gestion** - Association Médicale Canadienne (AMC)

STATUT : **Fortement recommandée** pour les résidents R3, R4, R5 et plus

- 29 janvier 2015

Pour vous inscrire, communiquer avec Mme Josée Aganier : josee.aganier@umontreal.ca

3. Introduction à la gestion sur l'agressivité

STATUT : **obligatoire** pour les résidents R2 et R3 en 2015

Les résidents nouvellement admis (R1) doivent suivre cette formation au cours des deux premières années de leur formation.

- 04 février 2015
- 17 avril 2015
- 21 mai 2015

Pour vous inscrire, communiquer avec Mme Josée Aganier : josee.aganier@umontreal.ca

4. Éthique – R1

STATUT : **obligatoire** pour tous les résidents R1

- Atelier 1 : Éthique clinique au quotidien – le 10 octobre 2014
- Atelier 2 : Cinéthique – le 27 mars 2015

5. Éthique – R2 et R3

STATUT : **obligatoire** pour tous les résidents R2 et R3

- Atelier 3 : Éthique narrative – le 28 novembre 2014
- Atelier 4 : Éthique et communication – le 30 janvier 2015

Les invitations vous seront envoyées par courriel.

6. Pédagogie de base - Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS)

STATUT : **obligatoire** pour tous les résidents
Une date parmi celles inscrites dans le calendrier ci-dessous.

L'inscription se fait [en ligne](#) sur le site du CPASS⁶

CALENDRIER DES SESSIONS DE FORMATION – année académique 2014-2015

DATES	FORMATION	LIEU
19 septembre 2014	R1 Formation de base	Laval
22 septembre au 19 octobre 2014	Stage optionnel - résidents seniors	En milieu clinique
1 ^{er} octobre 2014	R1 Formation de base	Laval
16 octobre 2014	R1 Formation de base	Mauricie Local U4-418
17 octobre 2014	R1 Formation de base	Maria
19 novembre 2014	R1 Formation de base	Laval
15 juin 2015	R1 Formation de base	Amos

⁶ Le calendrier et les formulaires d'inscriptions sont disponibles à l'adresse suivante :
<http://www.cpass.umontreal.ca/calendrier.html?completeyear=true&month=6&year=2013&theme=157>

SITUATIONS D'URGENCE EN MÉDECINE INTERNE - ÉTÉ 2014

Lieux : ND - CHUM-Notre-Dame - Salle K-6247, 6^e Mailloux
 HD - CHUM- Hôtel-Dieu - Salle à venir
 SL - CHUM- Saint-Luc – Salle 2229, 2^e étage (SL)
 MR - Maisonneuve-Amphithéâtre – 1^{er} étage J.A. De Sève (sauf exceptions)
 SC - Sacré-Cœur-Salle Émilie Gamelin (SC)

Heures : Tous les cours se déroulent de 8 h à 9 h, sauf exceptions indiquées dans le calendrier ci-dessous où les cours se déroulent alors de 9 h à 10 h.

Sigle : MMD 6605

Responsable: Richard Gauthier, HMR : 514-252-3822, rgauthier.hmr@ssss.gouv.qc.ca

DATE		CONFÉRENCIER	SITE	TITRE DE LA PRÉSENTATION
Jeudi 3 juillet		Obligatoire pour les R1	U de M	ACLS
Vendredi 4 juillet		Dr Jean Diodati	SC	Angine instable/nstemi l'infarctus
Lundi 7 juillet		Dr Yannick Beaulieu	SC	Complications mécaniques de l'infarctus
Mardi 8 juillet	8 h	Dr Paolo Costi	HD	Fibrillation auriculaire
	9 h	Dre Céline Bard	HD	Neuro-radiologie
Mercredi 9 juillet		Dr Vincent Jobin	HD	Status asthmaticus
Jeudi 10 juillet	8h	Dr Alex Desautels Dr Vincent Jobin Dr Martin Michaud	ND	Fatigue et insomnie – comment survivre aux perturbations du sommeil et des rythmes biologiques pendant la résidence
	9 h	Dre Lorraine Legrand Westfall, ACPM	ND	Les méandres de l'interprétation – comment améliorer la communication entre médecins
Vendredi 11 juillet		Dr Samer Mansour	HD	OAP
Lundi 14 juillet		Dr Éric Scampaert	SC	Stemi / thrombolyse / PCI primaire
Mardi 15 juillet		Dre Céline Chayer	MR	Coma
Jeudi 17 juillet		Dr Louis Legault	SL	Anomalies électrolytiques
Vendredi 18 juillet		Dre Catherine Vincent	SL	Urgences en hépatologie
Lundi 21 juillet		Dre Martine Leblanc	MR	Dialyse

DATE	CONFÉRENCIER	SITE	TITRE DE LA PRÉSENTATION
Mardi 22 juillet	Dre Jeannine Kassis	MR	Urgences en hématologie
Mercredi 23 juillet	Dr Éric Rich	ND	Mono-arthrite
Jeudi 24 juillet	Dre Odile Prosmanne	HD	PSA
Vendredi 25 juillet	Dr Alain Desjardins	SC	Embolie pulmonaire
Lundi 28 juillet	Dr Tarik Slaoui	SC	AVC
Mardi 29 juillet	Dre Aline Bérubé	ND	Épilepsie
Mercredi 30 juillet	Dr Jean-Hugues Brossard	SL	Urgence en endocrinologie
Jeudi 31 juillet	Dr Marc Jacques Dubois	HD	États de choc
Vendredi 1 août	8h Dr André Gagnon	MR	Hémodynamie : notions de base
	9h Dr Karl Weiss	MR	Urgence en infectiologie
Lundi 4 août	8 h Dre Josée Bouchard	SC	Insuffisance rénale
	9 h Dr Simon Parenteau	SC	Infections pulmonaires
Mardi 5 août	Dre Lynne Sénécal	MR	Intoxications
Mercredi 6 août	8h Dr Stéphane Ahern	MR	Acharnement thérapeutique et dons d'organes
	9h Dr Gilles Jobin	MR	Hémorragies digestives
Jeudi 7 août	Dr Jean Paradis	ND	Anaphylaxie angioedème et allergie aux antibiotiques
Vendredi 8 août	Dr Pierre Mayer	HD	Insuffisance respiratoire
Lundi 11 août	Dr Michael Laskine	ND	HTA
Mardi 12 août	Dr Fadi Massoud	ND	Le patient âgé agité : une urgence médicale
Mercredi 13 août	Dr Benjamin Rioux-Massé	MR	Produits sanguins et indications transfusionnelles
Jeudi 14 août	Dr Marc Lenorgan	HSC	Delirium

DATE		CONFÉRENCIER	SITE	TITRE DE LA PRÉSENTATION
Lundi 18 août		Dre Som Mail Le	HD	Radiographies pulmonaires
Mardi 19 août		Dr Guy Lalonde	SC	ECG 1
Mercredi 20 août		Dr Agnes Rakel	SL	Acido-cétose diabétique
Jeudi 21 août	8h	Dr Francis Bernard	SC	HSA
	9h	Dr Simon Parenteau	SC	Médecine hyperbare
Vendredi 22 août		Dr Guy Lalonde	SC	ECG-2
Lundi 25 août		Dr Benjamin Rioux-Massé	MR	Réactions transfusionnelles et transfusion massive
Mardi 26 août		Dr Patrick Bellemare	SC	Ventilation effractive et non-effractive
Jeudi 28 août		Dre Chantal Bolduc	HD	Urgences dermatologiques
Vendredi 29 août		Dre Michèle Mahone	SL	Urgences obstétricales

Université de Montréal, Faculté de médecine, Vice-décanat aux études médicales postdoctorales, 3 juin 2014

DOCUMENT D'ACCUEIL POUR LE STAGE DE NUIT

PRÉAMBULE

Le stage de nuit est un moment privilégié d'apprentissage où vous ferez face à des problèmes variés et diversifiés permettant de mettre à l'épreuve votre autonomie et votre jugement. Le stage de quatre semaines de nuits consécutives dans un même milieu favorisera la rétroaction sur les situations et l'acquisition des compétences. Il vous permettra d'assumer votre leadership et de collaborer étroitement avec les membres d'une équipe de soins.

HORAIRE

Le stage débute le lundi soir et se termine le vendredi matin (quatre nuits consécutives, pas de week-end). L'horaire de travail aux soins intensifs est de 18h à 7h. L'horaire de travail aux étages-urgence-unité coronarienne est de 20h à 8h.

Le stage est d'une durée de quatre semaines pour les résidents des spécialités et de 2 x 2 semaines, au cours de l'année, pour les résidents du programme de médecine de famille.

Quatre rencontres auront lieu avec le responsable du stage :

- Une rencontre d'accueil, le lundi de la première nuit de garde. L'horaire et le lieu précis vous seront communiqués par courriel une semaine avant le stage.
 - Vous permettra de rencontrer les autres membres de l'équipe de nuit
 - Vous permettra de discuter avec le responsable et vos pairs de l'horaire des rencontres subséquentes en cours de stage et en fin de stage
 - Vous permettra de clarifier tout élément du stage pour lequel vous souhaiteriez des précisions
- Une rencontre à mi-stage, pour échanger avec le responsable du stage sur les exercices réflexifs et recevoir une rétroaction
- Une rencontre à la troisième semaine de stage pour échanger avec le responsable du stage sur les exercices réflexifs
- Une rencontre individuelle de fin de stage pour discuter de l'évaluation du stage

Note 1 : Pour les résidents de médecine de famille qui seront présents aux semaines 1 et 2 : vous assisterez à la rencontre d'accueil et à la rencontre de mi stage qui sera pour vous la rencontre de fin du stage. Vous transmettez les informations quant aux horaires prévus de rencontres et toute autre information pertinente à votre collègue des semaines 3 et 4.

Note 2 : Pour les résidents de médecine de famille qui seront présents aux semaines 3 et 4 : vous obtiendrez par courriel les informations relatives aux rencontres de la troisième semaine et celle de la fin du stage de votre collègue résident des semaines 1 et 2. Vous pourrez référer à cette personne ainsi qu'au responsable du stage pour toutes questions.

OBJECTIFS DU STAGE

Au cours de ce stage, vous devrez démontrer que vous pouvez vous adapter aux exigences des soins médicaux en assurant la couverture de nuit en tenant compte des ressources physiques et matérielles disponibles dans un contexte d'apprentissage autonome basé sur la pratique réflexive.

Et plus spécifiquement :

1. Assumer vos responsabilités
2. Assumer la prise de décision dans un contexte d'accès limité aux ressources
3. Interagir de façon constructive avec les membres de l'équipe de soins
4. Communiquer efficacement avec les intervenants de l'équipe de soins, les patients et les proches
5. Identifier vos limites et la pertinence de consulter un pair, le médecin superviseur de la garde ou un autre professionnel
6. Traduire votre expérience dans un processus réflexif structuré
7. Identifier vos besoins de formation en lien avec votre apprentissage
8. Utiliser les ressources disponibles pour un apprentissage autonome

ÉVALUATION

Formative

1. Exercice de communication efficace (seulement les résidents des soins intensifs et à l'unité coronarienne) : vous serez observé au moment du transfert des patients à la fin du quart de travail. Vous recevrez une rétroaction formative orale de la part du superviseur de la garde.
2. Au cours du stage, deux (une pour le résident de médecine familiale) rencontres avec le responsable seront organisées afin de vous permettre de partager vos réflexions sur une situation ou un cas difficile rencontré pendant le stage. Vous devrez documenter par écrit au moins une réflexion critique par période de deux semaines. Ces exercices feront l'objet d'une rétroaction formative de la part du responsable du stage.
3. Les membres de l'équipe de soins, incluant vos pairs résidents, les médecins référant, consultant ou superviseurs ainsi que les autres professionnels de la santé en contact avec vous durant le stage pourront formuler au responsable du stage des commentaires **constructifs**⁷ à votre égard en lien avec les capacités à développer. Ces commentaires pourront être communiqués par courriel à une des adresses suivantes (selon votre milieu de stage) :

stagedenuit-hsl@meddir.umontreal.ca
stagedenuit-hnd@meddir.umontreal.ca
stagedenuit-hdm@meddir.umontreal.ca
stagedenuit-hsc@meddir.umontreal.ca
stagedenuit-hmr@meddir.umontreal.ca

⁷ Constructif : fait dans un but pédagogique, suite à l'observation d'un comportement et toujours respectueusement. Décrit l'écart entre ce qui est attendu et ce qui est observé

Seuls les responsables du stage de ce milieu et la vice-doyenne auront accès aux commentaires envoyés dans cette boîte courriel. Ces commentaires enrichiront la rétroaction qui vous sera formulée en cours de stage. Vous devrez également remettre au responsable, votre propre appréciation de vos forces et limites (auto-évaluation à l'aide de la fiche d'évaluation du stage).

De fin de stage

La fiche d'évaluation du stage sera discutée et documentée en fin de stage. Vous devrez également de nouveau remettre au responsable, votre propre appréciation de vos forces et limites (auto-évaluation à l'aide de la fiche de fin de stage).

Pour les deux derniers items de la fiche d'évaluation, le fait d'avoir documenté une réflexion par période de deux semaines et d'avoir participé activement aux rencontres de discussion avec le responsable du stage sera suffisant pour qu'on vous attribue une cote « conforme ».

Votre évaluation du stage

Il s'agit de la première occasion formelle que vous avez de communiquer à votre directeur de programme et/ou au bureau du vice-décanat aux études médicales postdoctorales vos commentaires constructifs* (même définition que tout à l'heure!) à l'égard de la **structure et de l'encadrement** du travail des résidents pendant la nuit. Nous vous invitons fortement à vous exprimer soit par l'entremise de votre directeur de programme ou directement à la vice-doyenne des études médicales postdoctorales par courriel : josee.dubois@umontreal.ca ou josee-dubois@ssss.gouv.qc.ca

Vous pourrez aussi évaluer individuellement l'encadrement et l'enseignement du responsable des stages ainsi que des superviseurs de nuit. Les évaluations des professeurs seront acheminées à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales et, après qu'un nombre de plus de quatre évaluations auront été produites, également au directeur du département universitaire concerné et ce, afin de préserver votre confidentialité.

RESSOURCES

- Le médecin responsable du stage
- Applications utiles: il est fortement recommandé de télécharger dès maintenant ces applications et de parcourir les différentes sections, afin de vous y familiariser.
 - [MD on call](#): conçu par des médecins de l'Université de Sherbrooke, cette banque de données vous permet d'accéder rapidement à une information utile sur le terrain afin d'agir promptement en situation d'urgence.
 - [Le Lanthier](#): guide de médecine interne également conçu par un professeur de l'Université de Sherbrooke.
 - [ACLS advisor](#): guide pour les situations de codes. Révision des principes importants.
- Atelier de formation de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) sur le transfert des patients lors de la garde le 10 juillet 2014 (document pdf disponible sur demande : carole.lambert.chum@ssss.gouv.qc.ca).

- Activité d'auto-apprentissage en ligne sur le transfert de patients avec la méthode SBAR (à faire au début du stage, les informations pour l'accès vous seront communiquées avant votre stage)
- Cours sur la gestion du sommeil
- Formation ACLS les 3 juillet 2014 (formation théorique) et 4, 7-11, 14 et 15 juillet 2014 (formation pratique)
- Cours en ligne sur les urgences :

Ces cours sont offerts en présentiel et par visioconférence. Vous pouvez aussi, à tout moment, consulter le cours en ligne après qu'il aura été diffusé. Voir le détail de l'horaire des cours dans la section correspondante de ce document).

Les cours sont enregistrés et mis en ligne sur l'environnement numérique d'apprentissage de la Faculté à l'URL suivant:

www.medcours.umontreal.ca

Nom d'utilisateur: Votre code SIM (accès au portail de UdeM)

Mot de passe: Votre UNIP

- Formation en ligne sur la réflexion critique (à faire au début du stage, les informations pour l'accès vous seront communiquées avant votre stage)
- Le journal réflexif
- Exemples d'exercices réflexifs bons et moins bons
- Articles
 - *Reflection in/and writing. Pedagogy and practice in medical education.* D. Wear, J. Zarconi, R. Garden, T. Jones. *Academic Medicine* 2012; 87:603-609.
 - *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 7e.* Judith E. Tintinalli, J. Stephan Stapczynski, David M. Cline, O. John Ma, Rita K. Cydulka, and Garth D. Meckler. The American College of Emergency Physicians.
- Site internet de l'ACPM : <http://www.cmpa-acpm.ca/gbp> notamment les sections suivantes (Ctrl + clic pour suivre les liens)

COMMUNICATION AU SEIN D'UNE EQUIPE

- L'importance du travail d'équipe
- Communication efficace
- Principes de base
- Outils et techniques
- Conscience situationnelle
- Parler franchement
- Documentation
- Le patient en tant que membre de l'équipe

TRANSFERTS

- Qu'est-ce qu'un transfert des soins?
- Obstacles à un transfert des soins efficace
- Stratégies visant à améliorer le transfert des soins
- Transferts des soins plus sécuritaires grâce à des communications structurées
- Documentation du transfert des soins

VACANCES ET VALIDITÉ DU STAGE

Le stage compte 16 nuits au lieu de 20 jours, contrairement à la plupart des stages de jour. Pour que le stage soit valide, vous pouvez prendre au maximum une nuit de congé. Idéalement, cette nuit sera reprise un dimanche à l'intérieur du stage de nuit, afin d'éviter de retirer une journée d'activité clinique additionnelle à un autre résident.

Pendant les jours fériés, vous ferez votre chiffre de 20h à 8h (ou de 18h à 7h) comme à l'habitude, par contre cette journée fériée pourra être reprise ultérieurement. Si vous désirez demander une nuit de congé ou si vous avez une contrainte majeure, prévisible à l'avance ou de dernière minute, vous devez adresser votre demande ou vos contraintes directement au vice-décanat: josee.dubois@umontreal.ca ou josee-dubois@ssss.gouv.qc.ca. Les demandes de congé ou de modifications d'horaires devront se faire au moins 60 jours à l'avance pour permettre un rééquilibrage des horaires.

JOURNAL RÉFLEXIF

Après un événement marquant pendant la garde, je rédige mon journal en respectant les principes suivants⁸ :

1. Je prends du temps pour écrire ma réflexion.
2. Je m'engage à considérer d'autres points de vue.
3. J'inclus dans mon raisonnement des émotions et des éléments intuitifs de réflexion.
4. Je m'engage à utiliser cette réflexion pour moduler ma pratique future

Expérience

1. Je décris un événement qui s'est passé dans la nuit alors que j'intervenais, du genre reportage journalistique en décrivant les événements, le contexte et en incorporant les éléments ci-dessous :
 - a. Je choisis une action que j'ai réalisée au cours de cet événement et je la décris.
 - b. J'établis des liens entre cette action et certains éléments du contexte. Je dégage la logique d'enchaînement de mes actions. Je montre des liens entre mes actions et leurs conséquences.
 - c. Je décris ce que j'avais dans la tête pendant que je posais cette action. Je décris ce que je ressentais et ce que me disais intérieurement.
 - d. Je décris les idées ou les théories qui m'ont amené à agir de cette façon.

⁸ Adapté de: Reflection in/and writing. Pedagogy and practice in medical education. D. Wear, J. Zarconi, R. Garden, T. Jones. *Academic Medicine* 2012; 87:603-609

Expérimentation

1. Qu'est-ce que j'ai appris de cette réflexion ?
2. Qu'est-ce que je ferai la prochaine fois que j'aurai à intervenir dans une situation et un contexte semblables?

FICHE D'ÉVALUATION DE FIN DE STAGE

Le résident démontre qu'il...

CRITÈRE	INSUFFISANT	À AMÉLIORER	CONFORME
Assume ses responsabilités	Se présente en retard ou ne répond pas à ses appels, répond aux demandes de façon irrespectueuse ou utilise mal ses ressources pour répondre aux problèmes promptement.		Est à l'heure et répond à ses appels de façon diligente, efficace et prompte. Gère adéquatement les situations.
Interagit de façon constructive avec les membres de l'équipe de soins	Ne se rend pas disponible pour aider les autres, interactions non respectueuses avec les pairs ou les autres professionnels.		Disponible, offre son soutien, toujours respectueux.
Communique efficacement avec les intervenants de l'équipe de soins, les patients et les proches	Ne communique pas lorsque nécessaire ou le fait à un moment inopportun. Communique de façon confuse, désorganisée ou en incluant beaucoup d'éléments superflus.		Communique clairement, efficacement et au moment opportun avec les intervenants de l'équipe de soins, les patients et les proches.
Identifie ses limites et la pertinence de consulter	Ne demande pas de soutien même quand n'a pas les ressources ou les compétences pour réagir à une situation ou manque important de confiance en ses moyens.		Demande du soutien lorsque nécessaire, conscient de ses forces et de ses limites.
Traduit son expérience dans un processus réflexif structuré	N'a pas fait le travail demandé ou avec un minimum d'effort de réflexion. Peu ou pas d'interaction ou interaction non constructive avec le responsable du stage		Analyse complète et honnête. Tâche complétée avec sérieux. Partage constructif avec le responsable du stage.
Identifie ses besoins de formation et planifie son apprentissage	Manque de conscience de ses besoins de formation. Manque d'intérêt, de motivation ou d'initiative pour parfaire son apprentissage.		Conscient de ses besoins de formation. Motivé, intéressé et proactif dans sa recherche de solutions.

RÈGLEMENT DES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES

Règlement des études médicales postdoctorales

ARTICLE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les études médicales postdoctorales consistent en un ensemble de stages effectués dans le cadre d'un programme universitaire agréé par le Collège des médecins du Québec, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le présent règlement a pour objet de déterminer les règles relatives aux études médicales postdoctorales à l'Université de Montréal.

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS

À moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

2.1 Année de formation

L'année de formation comprend treize périodes de quatre semaines; elle débute le 1^{er} juillet et se termine le 30 juin. Dans certains cas, sur décision de l'autorité compétente, la date du début de l'année de formation peut être modifiée.

2.2 Autorité compétente

Tout officier de la faculté, autre que le doyen, ou toute autre personne qui, en raison des Statuts ou d'un règlement de l'Université, est autorisé à exercer un pouvoir ou une prérogative conféré au doyen.

2.3 Conseil de la Faculté

Le Conseil de la Faculté de médecine.

2.4 Cours

Un ensemble d'activités de formation théorique ou pratique pouvant constituer un élément d'un ou de plusieurs programmes.

2.5 Crédit

Une unité qui permet à l'Université d'attribuer une valeur numérique à la charge de travail exigée d'un étudiant pour atteindre les objectifs d'une activité d'enseignement ou de recherche.

2.6 Département

Un département universitaire relevant de la Faculté de médecine auquel le programme concerné est rattaché.

2.7 Directeur de programme

Le directeur du programme de résidence concerné.

2.8 Doyen

Le doyen de la Faculté de médecine.

2.9 Étudiant

Une personne inscrite à un programme d'études médicales postdoctorales. Il y a trois catégories d'étudiants : l'étudiant régulier, l'étudiant libre et l'étudiant visiteur.

a) l'étudiant régulier

L'étudiant régulier est l'étudiant admis à un programme et inscrit, ou pouvant s'inscrire, à un ou à des cours de ce programme. L'étudiant régulier peut aussi avoir accès à des cours hors programme. Un étudiant ne peut être à la fois régulier dans un programme et libre dans un autre programme.

b) l'étudiant libre

L'étudiant libre est l'étudiant inscrit à un ou à quelques cours; il ne postule ni certificat, ni diplôme, ni grade, mais il doit se soumettre à l'évaluation des apprentissages. L'étudiant libre est admis pour une année ou moins, sa réadmission est exceptionnelle. L'étudiant libre est soumis à la même réglementation que l'étudiant régulier.

c) l'étudiant visiteur

L'étudiant visiteur est l'étudiant admis à un programme dans une autre université ou dans un établissement de niveau universitaire et qui, en vue de satisfaire à certaines exigences de ce programme, est inscrit à un ou à quelques cours à l'Université de Montréal en vertu d'une entente officielle ou dans le cadre d'un programme d'échanges. L'étudiant visiteur ne postule ni certificat,

ni diplôme, ni grade à l'Université de Montréal; il est néanmoins soumis à la réglementation de cette dernière.

2.10 Faculté

La Faculté de médecine.

2.11 Officier

Le doyen, un vice-doyen, le secrétaire de la Faculté, un directeur de département ou d'école.

2.12 Organisme d'agrément

Le Collège des médecins du Québec, le Collège des médecins de famille du Canada ou le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

2.13 Professeur

Tout professeur, chargé de cours ou toute autre personne responsable d'un cours ou d'un enseignement.

2.14 Programme

Un ensemble défini, structuré et cohérent de cours, de stages et d'autres activités de formation qui permettent l'acquisition, par les titulaires d'un diplôme de médecine, des compétences nécessaires à la pratique professionnelle, en médecine de famille ou dans une des spécialités de la médecine.

Dans le cadre du présent règlement, le terme « programme » signifie programme de formation médicale postdoctorale.

2.15 Résident

Tout étudiant inscrit dans un programme de formation médicale postdoctorale à l'Université.

2.16 Responsable de stage

Un professeur qui assure la supervision du stage clinique dans un établissement, un département ou un service.

2.17 Scolarité

Le temps normal requis pour compléter un programme.

2.18 Stage

Un cours qui se déroule dans un milieu professionnel ou dans un laboratoire de recherche sous la responsabilité académique de l'Université. La durée d'un stage peut varier de une à plusieurs périodes. Lorsqu'un stage dure plus de trois périodes, il est divisé en segments d'au plus trois périodes.

2.19 Vice-doyen

Le vice-doyen aux études médicales postdoctorales de la Faculté de médecine.

ARTICLE 3 - STRUCTURE ADMINISTRATIVE DES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES

Le vice-doyen est responsable de l'ensemble de la conduite et de la supervision de la formation médicale postdoctorale.

3.1 Le Comité des études médicales postdoctorales

Le Comité des études médicales postdoctorales est responsable de l'élaboration et de la révision de tous les aspects de la formation médicale postdoctorale. Il a notamment pour fonctions l'établissement de politiques générales en matière d'éducation médicale postdoctorale, la mise en place et le maintien de mécanismes de liaison appropriés avec les directeurs des programmes de résidence et les milieux de formation, l'établissement de politiques de sélection, d'évaluation, de promotion et de renvoi des résidents dans tous les programmes et la supervision de leur mise en vigueur, et l'établissement de politiques permettant d'assurer une supervision appropriée des résidents. Le Comité des études médicales postdoctorales est constitué :

- a) du vice-doyen, qui le préside;
- b) de professeurs de la Faculté, nommés par le vice-doyen;
- c) d'un résident en médecine de famille, élu ou nommé par ses pairs;
- d) d'un résident d'un programme de spécialité, élu ou nommé par ses pairs;
- e) d'un représentant, siégeant à titre d'observateur, du Collège des médecins du Québec.

3.2 Le Comité d'agrément des programmes

Les programmes de formation médicale postdoctorale sont soumis aux normes d'agrément du Collège des médecins du Québec, et du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Le Comité d'agrément des programmes a pour mandat, notamment, la préparation, la tenue et le suivi des visites internes d'agrément. Il contribue aussi à la formation des directeurs de programme et des comités de programme en vue des visites d'agrément. Le vice-doyen en est membre d'office. Il est constitué :

- a) d'un président, nommé par le vice-doyen après consultation du Comité des études médicales postdoctorales;
- b) de professeurs de la Faculté, nommés par le vice-doyen;
- c) d'un résident, élu ou nommé par ses pairs.

3.3 Le directeur de programme

Chaque programme de résidence est sous la responsabilité d'un directeur, qui en assure la gestion et la supervision.

Il est nommé par le Conseil de la Faculté, sur recommandation du directeur de département concerné et du Comité des études médicales postdoctorales.

Il rend compte au vice-doyen et au directeur de département concerné.

3.4 Le comité de programme

Pour chaque programme est institué un comité de programme qui a pour mandat de planifier, d'organiser et de superviser la formation. Le comité est constitué :

- a) du directeur de programme, qui le préside;
- b) de professeurs représentant chacun des principaux établissements participant au programme, nommés par le directeur de programme;
- c) d'au moins un résident du programme, élu ou nommé par ses pairs.

3.5 Le comité d'admission du programme

Chaque programme comprend un comité d'admission qui a pour fonction d'établir les modalités d'admission au programme, d'étudier les demandes d'admission et d'émettre une recommandation quant à l'acceptation ou au refus de chacun des candidats, de planifier les entrevues d'admission, s'il y a lieu, et d'établir un ordre de priorité de recrutement. Le comité d'admission est constitué :

- a) de professeurs de la Faculté, nommés par le directeur de programme;
- b) d'au moins un représentant des résidents, élu ou nommé par ses pairs.

En l'absence d'un comité d'admission du programme, le comité de programme peut agir à sa place.

3.6 Le comité d'évaluation du programme

Chaque programme comprend un comité d'évaluation qui a pour fonction d'établir les critères et les modalités de l'évaluation et de se prononcer sur l'évaluation de chacun des résidents.

Le comité d'évaluation fait des recommandations au doyen ou à l'autorité compétente concernant la reprise d'un ou plusieurs stages, ou d'une année de formation par un résident, sa promotion ou son exclusion. Le comité d'évaluation est constitué :

- a) de professeurs de la Faculté désignés par le directeur de programme;
- b) d'au moins un représentant des résidents, élu ou désigné par ses pairs.

En l'absence d'un comité d'évaluation du programme, le comité de programme peut agir à sa place.

3.7 Le Comité de révision des études médicales postdoctorales

Le Comité de révision relève du doyen. Ce Comité est constitué :

- a) de huit professeurs nommés par le Conseil de la Faculté, dont l'un agit comme président;
 - b) d'un résident en fin de formation, élu ou nommé par ses pairs.
- Trois membres, dont le résident, forment le quorum du comité.

RÉMP-2

Le Conseil peut, au besoin, nommer des membres substitués, pour un mandat d'une durée équivalente à celle des membres réguliers.

Le Comité de révision étudie les demandes de révision de l'évaluation ainsi que les recommandations d'exclusion.

ARTICLE 4 – LES PROGRAMMES DE FORMATION MÉDICALE POSTDOCTORALE

4.1 Objectifs des programmes

Les programmes permettent l'acquisition, par les titulaires d'un diplôme de médecine, des compétences nécessaires à la pratique professionnelle de la médecine. Les programmes respectent les normes des organismes d'agrément de telle sorte que le résident qui complète un programme peut postuler en vue de l'obtention du certificat ou de l'attestation décerné par ces organismes.

Certains programmes permettent aussi à des détenteurs d'une attestation en médecine de famille ou d'un certificat de spécialiste de poursuivre une formation supplémentaire dans une discipline spécifique.

4.2 Responsabilités relatives aux programmes

Les programmes sont sous la responsabilité de la Faculté. Un programme peut cependant comprendre des cours qui sont sous la responsabilité d'une autre faculté que la Faculté de médecine.

Conformément aux Statuts de l'Université, le doyen dirige les études dans sa faculté et voit à l'application du présent règlement touchant les programmes et les cours de sa faculté ainsi que les programmes multifacultaires dont la responsabilité a été attribuée à sa faculté par entente inter-facultaire ou interuniversitaire.

4.3 Structure d'un programme

La formation postdoctorale consiste dans un ensemble de stages de formation en médecine de famille ou en spécialité effectués dans des milieux de formation agréés ou approuvés par le Collège des médecins du Québec, ainsi que d'autres formes de cours tels que des cours théoriques, ateliers, séminaires et autres activités d'apprentissage.

La structure d'un programme comprend la liste des cours obligatoires et à option et précise, s'il y a lieu, leur répartition selon l'année de formation.

4.4 Scolarité

Pour tout résident, la scolarité minimale est déterminée par la Faculté. La scolarité maximale, en excluant les périodes de suspension, est de :

- a) deux ans, pour un programme dont la durée prévue est de un an;
- b) quatre ans, pour un programme dont la durée prévue est de deux ou trois ans;
- c) sept ans, pour un programme dont la durée prévue est de quatre ou cinq ans;
- d) huit ans, pour un programme dont la durée prévue est de six ans;
- e) neuf ans, pour un programme dont la durée prévue est de plus de six ans.

ARTICLE 5 – ADMISSION À UN PROGRAMME

L'admission est un processus au terme duquel le doyen ou l'autorité compétente accorde, à une personne ayant satisfait à certaines conditions, le droit d'être admis dans un programme.

Le fait de satisfaire aux conditions d'admissibilité ne garantit pas nécessairement l'admission.

5.1 Responsabilité de l'admission

Le doyen ou l'autorité compétente est responsable de l'admission. Le Comité d'admission du programme étudie les demandes d'admission et transmet ses recommandations au doyen ou à l'autorité compétente.

5.2 Procédure

La procédure d'admission est établie par la Faculté et est soumise aux conditions imposées par les organismes d'agrément et les décrets gouvernementaux.

Le candidat à l'admission doit présenter une demande suivant la procédure établie et fournir les documents requis dans les délais prescrits pour l'admission à un programme. Les formulaires à compléter varient selon la nature de l'admission.

La procédure d'admission applicable aux différentes catégories de candidats est présentée sur le site Internet des études médicales postdoctorales.

5.3 Conditions d'admission

a) Conditions d'admissibilité

Pour être admissible, le candidat doit :

- i) être titulaire d'un diplôme de médecine d'une université du Québec, du Canada ou des États-Unis, ou d'une équivalence du diplôme de médecine reconnue par le Collège des médecins du Québec, ou d'une lettre d'admissibilité du Collège des médecins du Québec;
- ii) satisfaire aux conditions d'admissibilité propres au programme choisi.

La Faculté peut exiger une preuve d'immunisation contre des maladies transmissibles, des examens de dépistage, et un examen médical par un médecin de son choix avant d'admettre un candidat. L'état de santé d'un candidat peut justifier un refus si celui-ci est incompatible avec l'atteinte des objectifs du programme ou comporte un danger pour les patients, d'autres personnes, ou pour lui-même.

b) Restrictions

Le doyen ou l'autorité compétente n'est pas tenu d'offrir l'admission à tous les candidats qui satisfont aux conditions d'admissibilité. Notamment, le doyen ou l'autorité compétente peut refuser l'admission pour les motifs suivants :

- i) le nombre de candidats admissibles excède la capacité d'accueil d'un programme;
- ii) le rendement scolaire est insuffisant;
- iii) le dossier académique est non compétitif;
- iv) la formation, le diplôme ou les cours préalables requis pour l'admission datent de plus de deux ans.

c) Année de qualification

Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer une année de qualification, dans un programme d'appoint ou dans un programme connexe, à tout candidat dont la formation a été acquise en dehors du réseau collégial ou universitaire québécois afin de pouvoir mieux évaluer le potentiel du candidat pour une admission dans un programme contingenté et de favoriser une meilleure intégration dans le cursus des études médicales postdoctorales.

5.4 Conditions relatives à la langue française

Pour être admissible, le candidat doit satisfaire aux conditions relatives à la connaissance et, le cas échéant, à la maîtrise de la langue française.

a) Connaissance de la langue française

Le candidat doit démontrer qu'il a la capacité de communiquer en français jugée suffisante pour suivre un programme d'études dans une institution universitaire francophone. Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer à tout candidat dont la langue maternelle n'est pas le français ou qui n'a pas antérieurement fait d'études en français de se soumettre préalablement à un test de français. Le candidat qui a échoué au test de français n'est pas autorisé à s'inscrire au programme auquel il est admis tant qu'il ne peut démontrer, en reprenant et en réussissant le test, qu'il a une connaissance suffisante du français pour suivre avec profit les cours du programme auquel il a été admis.

b) Cours de mise à niveau

Lorsqu'un candidat possède une maîtrise insuffisante de la langue française, le doyen ou l'autorité compétente peut lui imposer de s'inscrire, à ses frais, à des cours de mise à niveau comme condition préalable à son admission.

5.5 Connaissance de l'anglais

Dans certains programmes, la connaissance de l'anglais est indispensable et le résident peut être invité à soumettre des travaux ou à présenter des exposés dans cette autre langue.

Dans ce cas, un test de connaissance de cette langue peut être imposé au candidat par la Faculté.

5.6 Étude des dossiers d'admission

Dans l'évaluation du dossier d'admission, les résultats scolaires étudiés sont ceux disponibles à la date limite officielle pour le dépôt de la demande d'admission, à moins que ceux-ci ne permettent pas de porter un jugement pertinent, auquel cas des résultats postérieurs à cette date sont pris en compte.

5.7 Tests et entrevues

Le candidat qui satisfait aux conditions d'admissibilité relatives aux études antérieures et, le cas échéant, qui a été présélectionné, peut être invité à se présenter à une entrevue et à subir un ou des tests d'admission ou un examen.

a) Conditions de l'entrevue

L'entrevue est menée par au moins deux personnes désignées par le doyen ou l'autorité compétente. Le contenu de l'entrevue est établi en fonction des critères fixés par le programme.

b) Absence

Un candidat qui, pour un motif indépendant de sa volonté, ne peut se présenter à une entrevue, à un test ou à un examen auquel il est convoqué et pour lequel il a confirmé sa présence, doit en aviser la Faculté, par écrit, dans les meilleurs délais avant ou suivant le jour de l'entrevue. Si le motif est jugé valable, le candidat sera convoqué de nouveau.

5.8 Décision

Selon le cas, le vice-doyen transmet au candidat, pour chacun des programmes de formation médicale postdoctorale inscrits dans sa demande d'admission :

a) une offre d'admission définitive

Si celui-ci satisfait à toutes les conditions d'admissibilité propres au programme. L'avis d'admission précise les conditions additionnelles que le candidat doit remplir dans les délais prescrits.

b) une offre d'admission sous engagement

S'il y a présomption que le candidat aura satisfait aux conditions d'admissibilité dans les délais prescrits. L'avis d'admission précise les conditions additionnelles que le candidat doit remplir dans les délais prescrits.

c) une offre d'inscription sur une liste d'attente

Une telle offre peut être suivie d'une offre d'admission définitive ou d'une offre d'admission sous engagement si, en raison de désistements, la capacité d'accueil d'un programme n'est pas atteinte.

d) une offre d'admission conditionnelle

À titre exceptionnel, dans certains programmes, le doyen ou l'autorité compétente peut admettre un candidat qui ne satisfait pas à toutes les conditions d'admissibilité. Le doyen ou l'autorité compétente impose alors des conditions que le candidat doit remplir dans les délais prescrits.

e) un avis de refus

Un refus à un programme est sans appel, mais n'exclut pas la possibilité que le candidat soit admis à un autre programme.

5.9 Acceptation d'une offre

a) Délais de réponse

Le candidat qui reçoit une offre d'admission définitive, une offre d'admission sous engagement ou une offre d'inscription sur une liste d'attente doit faire part de son acceptation ou de son refus de l'offre dans les délais indiqués dans l'avis.

b) Délais pour satisfaire aux conditions d'une admission

Le candidat admis sous engagement doit satisfaire aux conditions de son admission dans les délais prescrits et en faire la preuve le plus tôt possible en transmettant les documents appropriés au vice-doyen.

5.10 Poste de résident

L'admission à un programme de résidence ne devient définitive qu'après son acceptation par les autorités administratives de l'établissement auquel le candidat est recommandé par la Faculté et l'obtention d'une carte de stages émise par le Collège des médecins du Québec.

La Faculté désigne l'établissement auquel le candidat sera recommandé à un poste de résident.

5.11 Désistement

Le candidat peut se désister à tout moment du processus d'admission. Il y a désistement automatique dans les cas suivants :

a) Offre d'admission à un autre programme

Le candidat a reçu une offre d'admission définitive ou une offre d'admission sous engagement à un autre programme pour lequel il avait indiqué une préférence (choix prioritaire).

b) Défaut de répondre à une offre d'admission

Le candidat omet de répondre à une offre d'admission définitive, à une offre d'admission sous engagement ou à une offre d'inscription sur une liste d'attente dans les délais prescrits. Il en est alors averti.

RÉMP-3

- c) **Défaut de se présenter à une entrevue, à un test ou à un examen**
Le candidat ne se présente pas à une entrevue, à un test ou à un examen auquel il est convoqué, sans motif valable.
- d) **Défaut de satisfaire aux conditions d'admission**
Le candidat ne satisfait pas aux conditions de son admission.
- e) **Défaut de s'inscrire**
Le candidat omet de s'inscrire au programme auquel il a été admis.

5.12 Prolongation d'engagement

Exceptionnellement, le doyen ou l'autorité compétente peut prolonger d'un maximum de onze mois le délai accordé à un candidat pour satisfaire à l'engagement d'obtenir son diplôme de médecine ou de terminer un cours préalable.

5.13 Réadmission

- a) **Demande**
Le résident qui a abandonné ses études dans un programme ou qui en a été exclu pour des raisons autres que le renvoi en vertu d'un règlement disciplinaire peut présenter une nouvelle demande. Il doit alors satisfaire aux conditions d'admissibilité en vigueur au moment du dépôt de la demande de réadmission et démontrer à la satisfaction du doyen ou de l'autorité compétente qu'il a amélioré ses possibilités de réussite.
- b) **Conditions à la réadmission**
Pour une réadmission dans un programme contingenté, le doyen ou l'autorité compétente tient également compte du nombre de places et de la valeur comparative du dossier du candidat à la réadmission.
Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer des conditions à la réadmission.

5.14 Nullité d'une admission

Est nulle l'admission reposant sur un faux diplôme, sur un document falsifié, sur des déclarations mensongères ou sur toute autre forme de fraude.

5.15 Effets d'une admission ou d'une réadmission

L'admission d'un candidat à un programme de formation médicale postdoctorale lui confère le statut d'étudiant régulier, d'étudiant libre ou d'étudiant visiteur pour la version en vigueur de ce programme, statut qu'il maintient jusqu'à la réussite, l'abandon ou l'exclusion du programme. L'étudiant doit procéder à son inscription selon les modalités et dans les délais qui lui sont indiqués.

5.16 Changement de programme

La Faculté n'a pas l'obligation d'accepter une demande de changement de programme. Lorsqu'elle accepte de le faire, elle doit prendre en considération les lois, règlements et autres actes gouvernementaux. Elle tient également compte de la valeur comparative du dossier du candidat.

Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer des conditions au changement de programme.

5.17 Transfert d'université

La Faculté n'a pas l'obligation d'accepter une demande de transfert d'un résident en provenance d'une autre université. Dans l'étude d'une telle demande, elle doit prendre en considération les lois, règlements et autres actes gouvernementaux. Elle tient également compte de la valeur comparative du dossier du candidat.

Le doyen ou l'autorité compétente peut imposer des conditions au transfert d'université.

5.18 Formation complémentaire

La Faculté n'a pas l'obligation d'accepter une demande de formation complémentaire. Dans l'étude d'une telle demande, elle doit prendre en considération les lois, règlements et autres actes gouvernementaux. Elle tient également compte de la valeur comparative du dossier du candidat.

5.19 Admission de l'étudiant libre à titre d'étudiant régulier

L'étudiant libre ne peut changer son statut pour celui d'étudiant régulier. Il peut cependant faire une demande d'admission à titre d'étudiant régulier.

ARTICLE 6 – LES COURS

Suivant les objectifs visés, le cours peut prendre diverses formes, notamment de stage clinique, de stage de recherche, de leçon magistrale, d'atelier, de séminaire, de laboratoire.

6.1 Responsabilités relatives aux cours

La Faculté est responsable des cours. Elle en définit les contenus et les modalités d'insertion dans chacun des programmes.

Les activités de formation sont sous la responsabilité des professeurs dans le respect du cadre établi par le doyen et des règlements et politiques de l'Université.

6.2 Modalité d'insertion d'un cours dans un programme

- a) **Cours obligatoire**
Le cours obligatoire est imposé à tous les résidents inscrits à un programme ou, le cas échéant, à une orientation d'un programme.
- b) **Cours à option**
Le cours à option est choisi par le résident parmi un certain nombre de cours faisant partie de blocs structurés; l'Université se réserve le droit de modifier l'offre de cours à option d'une version de programme.
- c) **Cours au choix**
Le cours au choix est choisi par le résident dans l'ensemble des cours offerts par l'Université. La Faculté peut imposer des restrictions à la liste des cours qui peuvent être choisis à ce titre par le résident.

6.3 Cours hors programme

Le cours hors programme est un cours choisi par le résident dans l'ensemble des cours offerts par l'Université. Il ne fait cependant pas partie du programme du résident.

6.4 Autres caractéristiques des cours

- a) **Cours équivalent**
Est dit équivalent un cours qui comporte un recoupement significatif de la matière avec un autre cours. Un seul des cours dits équivalents peut être crédité dans le programme du résident.
- b) **Cours préalable**
Est dit préalable un cours qui doit obligatoirement avoir été suivi avant un autre.
- c) **Cours concomitant**
Est qualifié de concomitant un cours qui doit être suivi parallèlement à un autre; ce cours peut avoir été suivi préalablement.
- d) **Cours de mise à niveau**
Un cours imposé au candidat par le doyen ou l'autorité compétente à titre de cours préparatoire ou un cours imposé à la suite d'un résultat insatisfaisant à un test d'admission requis par la Faculté, est dit cours de mise à niveau. Sauf exception, ce cours est obligatoirement considéré hors programme.
- e) **Cours éliminatoire**
Est dit éliminatoire un cours dont l'échec n'admet aucune reprise et, de ce fait, exclut la poursuite des études dans le programme.

6.5 Langue d'enseignement

La langue d'enseignement est le français sauf exception justifiée par la nature du programme ou du cours, ou encore, par la présence d'un conférencier ou d'un professeur invité. Les ouvrages de références obligatoires sont en français, de préférence, ou en anglais. Il n'y a cependant pas de restriction quant à la langue des ouvrages suggérés aux résidents dans les listes bibliographiques.

ARTICLE 7 – INSCRIPTION

Selon le contexte, on distingue l'inscription à un programme et l'inscription à un cours.

- a) L'inscription à un programme réfère au statut de l'étudiant par rapport au programme auquel il a été admis.
- b) L'inscription à un cours est un processus comportant deux étapes :
 - i) l'indication par l'étudiant de son intention de suivre un cours;
 - ii) l'autorisation et l'enregistrement par l'Université.

7.1 Disposition générale

Nul n'est autorisé à suivre un cours ou à se soumettre aux évaluations s'il n'est dûment inscrit au cours.

Une inscription à un cours n'est valide que pour la durée du cours.

7.2 Offre de cours

a) Liste de cours offerts

La Faculté n'est pas tenue d'offrir tous les cours de sa banque de cours à chaque trimestre, voire à chaque année de formation. De plus, la Faculté peut retirer de l'horaire un cours si, compte tenu des circonstances, il devient impossible ou déraisonnable de l'offrir.

La Faculté n'est pas tenue d'offrir une version de programme au-delà du temps normalement requis pour compléter un programme ou si, compte tenu des circonstances, il devient impossible ou déraisonnable de l'offrir.

b) Accessibilité aux cours

La Faculté indique quels cours peuvent recevoir des étudiants libres et des étudiants visiteurs, elle précise également les cours auxquels des étudiants réguliers peuvent s'inscrire à titre de cours au choix et de cours hors programme.

ARTICLE 8 – INSCRIPTION DE L'ÉTUDIANT RÉGULIER

8.1 Obligation d'inscription

Le candidat admis doit être inscrit. Pour maintenir son inscription au programme, il doit être réinscrit à chaque année, sans quoi il est réputé avoir abandonné son programme.

8.2 Autorisation

Le doyen ou l'autorité compétente entérine l'inscription de l'étudiant.

Sauf exception autorisée par le doyen ou l'autorité compétente, un étudiant ne peut s'inscrire à plus d'un programme à la fois.

8.3 Régimes d'inscription

Sauf exception autorisée par le doyen ou l'autorité compétente, l'étudiant s'inscrit à temps plein.

8.4 Prescriptions d'inscription – inscription concurrente à deux programmes

Le résident inscrit dans deux programmes concurrentement doit s'inscrire aux cours en respectant les structures de chacun des programmes et les exigences propres aux cours. Il doit également tenir compte de la scolarité de chacun des programmes.

8.5 Prescriptions d'inscription – cours de mise à niveau

L'étudiant qui, en raison de résultats non satisfaisants à un test de français ou à tout autre test, doit suivre un ou des cours de mise à niveau, doit s'y inscrire dans les délais prescrits par le doyen ou l'autorité compétente et, le cas échéant, se soumettre aux prescriptions particulières d'inscription.

L'étudiant admis conditionnellement à la réussite d'un cours offert à l'Université doit s'y inscrire dans les délais prescrits par le doyen ou l'autorité compétente et, le cas échéant, se soumettre aux prescriptions particulières d'inscription.

8.6 Prescriptions d'inscription – stage

Les milieux de stage sont assignés par la Faculté. Tout lieu de stage qui ne l'est pas doit avoir reçu l'approbation préalable du doyen ou de l'autorité compétente.

8.7 Inscription à un cours hors établissement

En vertu d'ententes interuniversitaires, le doyen ou l'autorité compétente peut permettre à un étudiant régulier de s'inscrire à un ou plusieurs cours dans un autre établissement universitaire.

Le cours suivi dans le cadre de l'Entente relative au transfert de crédits académiques entre les établissements universitaires du Québec est considéré au même titre qu'un cours substitut.

Le cours suivi dans le cadre d'une entente interprovinciale ou internationale est considéré au même titre qu'un cours équivalent ou qu'un cours substitut, selon les termes de l'entente conclue entre l'Université et l'autre établissement.

Le maximum de cours hors établissement auxquels un étudiant peut s'inscrire est déterminé par la Faculté.

8.8 Inscription à des cours hors programme

L'étudiant régulier peut s'inscrire à des cours hors programme. La Faculté peut imposer des restrictions à la liste des cours qui peuvent être choisis à ce titre par l'étudiant. La Faculté peut limiter le nombre de cours hors programme auxquels peut s'inscrire un résident aussi bien pendant une année de formation que dans l'ensemble de son programme.

8.9 Modification d'inscription

Le résident peut modifier son choix de cours avant la date limite fixée dans le calendrier facultaire ou, le cas échéant, dans le délai fixé pour chacun des cours.

L'autorisation du doyen ou de l'autorité compétente est requise.

Tout changement de choix de cours doit être fait dans le respect des délais d'inscription.

8.10 Abandon d'un cours

a) Demande

Le résident qui, pour un motif valable, désire abandonner un cours alors que le délai de modification de l'inscription est écoulé, doit présenter une demande écrite et motivée au plus tard avant la date limite fixée dans le calendrier facultaire ou, le cas échéant, dans le délai fixé pour chacun des cours. Le doyen ou l'autorité compétente responsable du programme auquel est inscrit le résident juge du bien-fondé de la demande.

b) Abandon autorisé

Si le doyen ou l'autorité compétente agréé la demande, la mention « abandon » est inscrite au dossier du résident. Il peut alors exiger que le résident se réinscrive au cours dans un délai qu'il prescrit.

c) Abandon non autorisé

Si la demande est refusée ou si le résident abandonne le cours sans se conformer à la procédure décrite, le cours reste inscrit au dossier et l'évaluation finale du cours porte la mention « échec ».

8.11 Abandon du programme

a) Le résident qui désire abandonner ses études doit faire parvenir un avis écrit à l'autorité compétente de la Faculté et y joindre sa carte d'étudiant. L'abandon prend effet le jour de la réception de cet avis. Au dossier du résident, la mention « abandon » est inscrite en regard des cours non complétés si l'abandon survient un mois ou plus avant la fin des cours. La mention « échec par absence » est portée au dossier du résident si l'abandon survient après ce délai.

b) Le résident qui abandonne ses études sans se conformer à cette exigence est réputé inscrit jusqu'à la fin du trimestre ou du stage en cours et la mention « échec » est inscrite au dossier en regard des cours non complétés. Son inscription est ensuite annulée automatiquement.

c) Le résident dont l'inscription est annulée doit, pour être réadmis, soumettre une nouvelle demande d'admission.

8.12 Suspension temporaire de l'inscription à un programme et dérogation aux prescriptions d'inscription

a) Suspension de l'inscription à un programme

Le résident qui désire suspendre temporairement son inscription doit présenter une demande écrite et motivée au doyen ou à l'autorité compétente. Celui-ci peut permettre la suspension pour une période ne dépassant pas treize périodes. Au terme de ce délai, le résident peut reprendre sa formation sans qu'il lui soit nécessaire de présenter une nouvelle demande d'admission. Dans le cas d'un stage clinique ou de recherche, le retour s'effectue en début de période.

b) Dérogation aux prescriptions d'inscription

L'étudiant qui désire déroger aux prescriptions d'inscription doit présenter une demande écrite et motivée au doyen ou à l'autorité compétente avant la date limite pour une modification d'inscription.

ARTICLE 9 – INSCRIPTION DE L'ÉTUDIANT LIBRE ET DE L'ÉTUDIANT VISITEUR

9.1 Autorisation d'inscription

Le doyen ou l'autorité compétente autorise l'inscription à un programme à titre d'étudiant libre ou d'étudiant visiteur à la personne qu'il estime avoir la formation suffisante pour suivre avec profit le cours choisi.

L'étudiant visiteur inscrit en vertu de l'Entente relative au transfert de crédits académiques entre les établissements universitaires du Québec ou de toute autre entente interuniversitaire doit en respecter les dispositions.

9.2 Modalités d'inscription

L'étudiant s'inscrit par cours et, le cas échéant, par trimestre ou par année de formation, dans les délais indiqués par la Faculté. Celle-ci détermine le nombre de cours auxquels l'étudiant libre ou l'étudiant visiteur peut s'inscrire.

9.3 Modification d'un choix de cours

L'étudiant libre ou l'étudiant visiteur qui désire modifier son choix de cours peut le faire avant la date limite indiquée au calendrier universitaire. Le doyen ou l'autorité compétente autorise toute nouvelle inscription.

9.4 Abandon d'un cours

L'étudiant libre ou l'étudiant visiteur qui désire abandonner un cours alors que le délai de changement du choix de cours est écoulé, doit en aviser le doyen ou l'autorité compétente au plus tard avant la date limite fixée dans le calendrier universitaire ou, le cas échéant, dans le délai fixé pour chacun des cours. La mention « abandon » est inscrite au dossier. Si l'étudiant abandonne le cours hors délai ou s'il le fait sans se conformer à la procédure décrite, le cours reste inscrit au dossier et l'évaluation finale du cours porte la mention « échec ».

9.5 Nullité d'une inscription

Est nulle l'inscription reposant sur un faux diplôme, sur un document falsifié, sur des déclarations mensongères ou sur toute autre forme de fraude.

ARTICLE 10 – RECONNAISSANCE D'ÉQUIVALENCES DE FORMATION

10.1 Généralités

Le résident n'est pas tenu de suivre un cours et de le réussir si, au jugement du doyen ou de l'autorité compétente, il a autrement atteint les objectifs du cours. Les crédits du cours lui sont alors accordés par équivalence ou exemption selon le cas. Le doyen ou l'autorité compétente peut aussi permettre à un résident de s'inscrire à un autre cours en substitution d'un cours du programme.

10.2 Équivalence de cours

- a) **Définition**
Il y a équivalence de cours lorsqu'un ou des cours réussis par un étudiant satisfont aux exigences d'un cours inscrit à son programme. Le cas échéant, la Faculté peut exiger un examen pour évaluer les connaissances et les compétences avant d'accorder l'équivalence, ou n'accorder l'équivalence qu'après une période d'observation dans le programme.
- b) **Maximum autorisé**
L'équivalence de cours, que ceux-ci aient ou non servi à l'obtention d'un grade, ne doit pas dépasser la moitié des crédits d'un programme.
- c) **Indication au dossier du résident**
Le dossier du résident fait état de l'équivalence de cours accordée. Le cours pour lequel on a reconnu une équivalence demeure au dossier.

10.3 Exemption

- a) **Définition**
Il y a exemption de cours lorsque la formation ou l'expérience d'un étudiant justifie de l'autoriser à ne pas suivre un cours inscrit à son programme. Le cas échéant, la Faculté peut imposer un examen ou tout autre mode d'évaluation pour vérifier les connaissances et les compétences du résident avant de lui accorder l'exemption.

- b) **Maximum autorisé**
L'exemption de cours ne peut être accordée pour plus de la moitié des crédits d'un programme.
- c) **Indication au dossier du résident**
Le dossier du résident fait état de l'exemption de cours accordée. Le cours pour lequel on a reconnu une exemption demeure au dossier, mais l'indication « exemption » tient lieu de résultat d'évaluation.

10.4 Cumul d'équivalences et d'exemptions

Le total des équivalences et exemptions ne peut dépasser la moitié des crédits d'un programme. Dans tous les cas, le résident doit suivre au moins le tiers de la formation du programme à l'Université, exclusion faite des cours au choix.

10.5 Transfert de cours

- a) **Définition**
Il y a transfert lorsqu'un cours suivi à l'Université de Montréal est reporté d'un programme à un autre, mais sans faire l'objet d'une demande d'équivalence ou d'exemption, ou lorsque des cours suivis à titre d'étudiant libre à l'Université sont reportés au programme du résident.
- b) **Maximum autorisé**
Le nombre maximal de cours qui peuvent faire l'objet d'un transfert est déterminé par la structure et les objectifs du programme.
La Faculté détermine le nombre de cours suivis à titre d'étudiant libre qui peuvent être transférés au programme du résident.
Aucun transfert de cours ne peut être accordé pour un cours ayant servi à l'obtention d'un grade.
- c) **Indication au dossier du résident**
La note du cours transféré est portée au dossier du résident.

10.6 Substitution de cours

- a) **Définition**
Il y a substitution de cours lorsqu'un cours offert à l'Université remplace un autre cours du même programme.
Le doyen ou l'autorité compétente peut aussi permettre à un résident de s'inscrire à un autre cours en substitution d'un cours du programme. Il y a nécessairement substitution de cours lorsque, compte tenu de l'offre de cours, le résident ne peut compléter les cours obligatoires de la version de programme dans laquelle il a été admis.
- b) **Maximum autorisé**
Le nombre maximal de cours qui peuvent faire l'objet d'une substitution est déterminé en fonction de la structure du programme.
- c) **Indication au dossier du résident**
Le dossier du résident fait état de la substitution accordée. La note du cours de substitution est inscrite au dossier avec indication du cours substitué.
Aux fins d'une indication au dossier du résident, le cours suivi dans le cadre de l'Entente relative au transfert de crédits académiques entre les établissements universitaires du Québec est considéré au même titre qu'un cours substitué. Le cours suivi dans un autre établissement en vertu d'ententes interprovinciales ou internationales peut être considéré comme un cours de substitution si l'entente entre l'Université et l'autre établissement le prévoit.
- d) **Procédure de reconnaissance d'équivalence de formation**
 - i) **Demande**
L'étudiant qui désire obtenir une équivalence de cours, une exemption de cours ou qui entend suivre un cours en substitution à un cours de son programme doit en faire la demande par écrit au vice-doyen et, selon le cas, fournir les pièces justificatives appropriées ou justifier le bien-fondé de sa demande dans les délais prescrits par la Faculté responsable du programme. Le transfert de cours est automatique.
 - ii) **Approbaton**
L'équivalence, l'exemption et la substitution doivent être approuvés par l'autorité compétente.
Dans le cas d'équivalence, la reconnaissance est conditionnelle aux objectifs, au contenu et au niveau du cours; elle dépend en outre du temps écoulé depuis la réussite du cours.

RÉMP-6

Pour qu'un cours puisse faire l'objet d'une équivalence, il doit avoir été réussi avec une note conforme ou supérieure aux attentes.

10.7 Nullité d'une équivalence ou d'une exemption

Est nulle l'équivalence, ou l'exemption reposant sur un faux diplôme, sur un document falsifié, sur des déclarations mensongères ou sur toute autre forme de fraude.

ARTICLE 11 – ÉVALUATION DES APPRENTISSAGES

11.1 Généralités

Chaque programme de résidence comporte des objectifs d'apprentissage écrits qui sont communiqués aux résidents. Le processus d'évaluation est fondé sur ces objectifs.

Tout résident doit se soumettre aux évaluations des apprentissages du programme auquel il est inscrit. Le résident a la responsabilité de se familiariser avec les objectifs d'apprentissage et les règles régissant l'évaluation.

Le résident est soumis à l'évaluation de ses connaissances, de ses attitudes et de ses habiletés, ainsi qu'à l'évaluation de son comportement en milieu professionnel.

11.2 Responsabilité de l'évaluation

Les professeurs évaluent le niveau de compétence atteint pour un stage donné et pour toute autre activité de formation. Le comité d'évaluation est responsable de la décision normative à la fin de chaque stage et du suivi de l'ensemble des évaluations.

11.3 Langue

Sauf exception justifiée par la nature du stage, les travaux et les examens sont présentés en français. Toutefois, durant une période d'adaptation définie par le doyen ou l'autorité compétente, celle-ci peut autoriser un résident dont la langue maternelle ou la langue d'usage n'est pas le français et qui en fait la demande à présenter des travaux et des examens en anglais. Quelle que soit la langue utilisée, la qualité de la langue compte parmi les critères d'évaluation.

L'évaluation tient également compte de la capacité à utiliser la terminologie et le style propres à la discipline ou au champ d'études, et à la profession.

11.4 Forme des évaluations

En fonction de la nature et des objectifs du cours et de l'enseignement donné, l'évaluation se fait selon une ou plusieurs des formes décrites aux paragraphes ci-dessous ou sous toute autre forme que le comité d'évaluation du programme détermine.

a) Évaluation sous forme d'observation

L'évaluation sous forme d'observation porte sur la démonstration de l'acquisition par le résident de compétences en fonction du niveau de performance attendu :

- i) dans le cadre d'un cours offert sous forme de stage ou sous une autre forme, conformément aux modalités prévues dans le plan de cours ou les objectifs de stage;
- ii) dans un ensemble de stages ou d'autres formes de cours, pour une période prédéfinie du cheminement dans le programme et, s'il y a lieu, dans toute autre activité de formation. L'évaluation est faite conformément aux modalités prévues aux exigences de formation additionnelles du programme; elle tient également compte des exigences des règlements et politiques universitaires ou de codes d'éthique professionnels ou facultaires.

b) Évaluation sous forme de travaux

L'évaluation sous forme de travaux porte sur les travaux imposés pendant la durée d'un ou de plusieurs cours (dissertations, travaux dirigés, exposés oraux, travaux pratiques, travaux cliniques, laboratoires, participation à un travail de groupe, participation à des activités, portfolio etc.).

Dans le cas d'un travail de groupe, chaque résident doit être évalué individuellement, sauf si un objectif du cours justifie une évaluation collective.

c) Évaluation sous forme d'examens

L'évaluation sous forme d'examens (examen écrit sous surveillance, examen oral, examen pratique ou autre) porte sur une partie ou la totalité de la matière d'un ou de plusieurs cours (stage clinique ou de recherche, notes de cours, lectures, laboratoires, etc.).

Avant chaque séance d'examen, le professeur ou son représentant donne aux résidents les consignes particulières appropriées à cet examen.

11.5 Évaluation des stages

Pendant un stage, chaque professeur observe le résident dont la formation lui est confiée, afin de se faire une opinion quant à ses connaissances, attitudes et habiletés, ainsi qu'à l'atteinte des compétences associées au stage. Il fait part au résident de ses observations et de ses recommandations.

a) Évaluation écrite

À la fin de chaque stage, le résident reçoit une évaluation écrite. Cette évaluation est consignée sur une fiche d'appréciation de stage clinique.

L'évaluation écrite est préparée par le responsable de stage ou par un des professeurs ayant supervisé le résident au cours de son stage ou segment de stage, et est communiquée au résident. Le cas échéant, cette évaluation est réputée refléter l'opinion de la majorité des professeurs ayant travaillé avec le résident.

Lorsqu'un stage a une durée de plus de trois périodes, une évaluation écrite est faite à la suite de segments d'au plus trois périodes ainsi qu'à la fin du stage.

Le résident doit sans délai prendre connaissance de son évaluation et la signer en indiquant s'il est en accord ou en désaccord avec celle-ci.

b) Mention au dossier

Le comité d'évaluation se prononce sur chaque évaluation de stage et accorde une mention globale de « succès », « échec » ou « inférieur aux attentes » qui sera inscrite au dossier du résident. Dans sa décision, le comité d'évaluation tient compte de la fiche d'appréciation de stage ainsi que de toute autre forme d'évaluation faite en cours de stage. La mention « échec » ou « inférieur aux attentes » constitue une évaluation de stage défavorable.

Pour obtenir la mention « succès », le résident doit avoir complété au moins les trois quarts de son stage.

c) Stage incomplet

Pour qu'un stage soit valide, le résident doit y avoir été présent pendant au moins les trois quarts de sa durée. Dans le cas contraire, le comité d'évaluation décide si ce stage doit être ultérieurement complété ou repris en entier.

11.6 Évaluation des autres formes de cours

Lorsqu'il évalue le résident, le comité d'évaluation tient également compte des évaluations relatives aux autres activités d'apprentissage (notamment les cours théoriques, ateliers, séminaires, laboratoires).

a) Attribution d'une note

Le professeur responsable de l'évaluation attribue les notes selon le système de notation qu'il a annoncé au début du cours. Toutefois, la note finale est exprimée en termes de « succès » ou « échec ».

b) Mention au dossier

Dans un délai raisonnable après une évaluation, le comité d'évaluation examine le résultat et arrête la mention finale qui sera inscrite au dossier du résident.

11.7 Révision de l'évaluation

En cas d'échec, le résident qui s'estime lésé et est en mesure de présenter des faits nouveaux de nature à modifier cette décision peut soumettre une demande de révision, écrite et motivée, au doyen ou à l'autorité compétente, dans les dix jours ouvrables suivant la date où le résultat de l'évaluation lui a été communiqué.

a) Demande recevable

Si le doyen ou l'autorité compétente juge la demande recevable, il en saisit le Comité de révision. Le Comité de révision, après avoir donné au résident l'opportunité de se faire entendre, peut recommander au doyen ou à l'autorité compétente de maintenir la mention globale d'échec, ou la transformer en mention « inférieur aux attentes » ou « succès ». Le doyen ou l'autorité compétente informe le résident par écrit de sa décision. La décision du doyen ou de l'autorité compétente est sans appel.

b) Demande rejetée

Si le doyen ou l'autorité compétente rejette la demande de révision, il doit le faire par écrit et avec motifs à l'appui et ce, dans les 10 jours ouvrables suivant la date de réception de la demande. Ce refus est sans appel.

RÉMP-7

11.8 Défaillance de se soumettre à une évaluation**a) Évaluation continue**

Dans les cours où l'évaluation est continue, la mention globale « échec » est attribuée au résident lorsque, en raison d'une absence prolongée ou d'absences répétées, il s'avère impossible de l'évaluer, à moins qu'il n'ait justifié l'absence auquel cas il y a report de l'évaluation. Celui-ci doit alors combler ses absences selon les modalités et dans les délais fixés par le comité d'évaluation.

b) Évaluation sous forme d'examen

Une mention « échec » est attribuée au résident qui ne se présente pas à une évaluation, à moins qu'il ne justifie valablement son absence auprès du directeur de programme ou de l'autorité compétente conformément aux modalités établies à l'article 11.10.

La mention « échec » est attribuée au résident présent à une séance d'examen s'il ne remet aucune copie ou s'il refuse de répondre à l'ensemble des questions d'une épreuve orale.

c) Évaluation sous forme de travaux

Lorsque le résident omet de remettre un travail dans le délai prescrit, le comité d'évaluation peut soit fixer un nouveau délai et requérir que la correction du travail soit alors faite en tenant compte du retard, ou bien attribuer une mention « échec » pour ce travail.

11.9 Évaluation différée

Si le résident est absent à une évaluation pour un motif valable et s'il a respecté les procédures prévues au paragraphe 11.10, le comité d'évaluation impose une évaluation différée ou remplace cette évaluation par d'autres évaluations.

11.10 Justification d'une absence à une évaluation

Le résident doit motiver, par écrit, toute absence à une évaluation dès qu'il constate qu'il ne pourra être présent et fournir les pièces justificatives. Dans les cas de force majeure, il doit le faire le plus rapidement possible par téléphone ou par courriel et fournir les pièces justificatives dans les cinq jours ouvrables suivant l'absence.

Le doyen ou l'autorité compétente détermine si le motif est acceptable conformément aux règles, politiques et normes applicables à l'Université.

Les pièces justificatives doivent être dûment datées et signées. De plus, le certificat médical doit préciser les activités auxquelles l'état de santé interdit de participer, la date et la durée de l'absence, il doit également permettre l'identification du médecin.

Le doyen ou l'autorité compétente se réserve le droit de vérifier la véracité des pièces justificatives.

11.11 Plagiat

Le plagiat, le copiage ou la fraude, ou toute tentative de commettre ces actes, ou toute participation à ces actes, à l'occasion d'une activité faisant l'objet d'une évaluation, est régi par le *Règlement disciplinaire sur le plagiat ou la fraude concernant les étudiants*.

11.12 Progression dans un programme

Au fur et à mesure que progresse sa formation, le résident se voit confier des responsabilités professionnelles croissantes qui nécessitent d'avoir atteint un niveau attendu de compétence. Le résident est autorisé à progresser normalement dans le programme s'il rencontre les conditions suivantes :

- a) avoir réussi tous les cours auxquels il était inscrit;
- b) avoir acquis l'ensemble des compétences requises pour son niveau de formation.

Au terme de chaque stage ou segment de stage, ainsi qu'à tout autre moment que le directeur de programme ou un officier facultaire juge approprié, le comité d'évaluation évalue la progression du résident. Il peut réviser le dossier complet du résident et peut en tout temps demander à le rencontrer. Il prend alors l'une ou l'autre des décisions suivantes :

- a) le résident est autorisé à poursuivre son programme;
- b) le résident est autorisé à poursuivre son programme à des conditions que le comité précise;
- c) le résident doit reprendre un ou plusieurs stages.

Le comité peut aussi recommander l'exclusion du résident de son programme de formation.

Avant de formuler une recommandation d'exclusion, le comité doit entendre le résident. Il rédige par la suite un rapport qui explique les motifs de sa recomman-

datation. Il transmet sa recommandation au directeur du programme qui l'achemine au doyen, pour décision. Le doyen examine la recommandation et informe le résident par écrit, de sa décision. Si le résident est exclu, sur recommandation du comité d'évaluation, le doyen peut retirer le résident de son programme jusqu'à ce qu'il se soit prévalu, le cas échéant, de son droit de révision et qu'une décision finale ait été rendue.

11.13 Réussite dans un programme

Le résident réussit dans un programme s'il réussit à tous les cours du programme, s'il progresse adéquatement dans son programme et s'il satisfait aux autres exigences du programme.

ARTICLE 12 – REPRISE**12.1 Droit de reprise**

À moins qu'il ne soit exclu de son programme conformément au présent règlement, le résident qui subit un échec à un cours a droit de reprise.

12.2 Reprise d'un stage clinique ou de recherche

Le résident qui obtient une mention « échec » pour un cours offert sous forme de stage doit le reprendre.

Le résident qui obtient une mention « inférieur aux attentes » pour un cours offert sous forme de stage peut être tenu de le reprendre.

Les conditions suivantes s'appliquent à la reprise d'un cours offert sous forme de stage de clinique ou de recherche :

- a) le comité d'évaluation détermine les modalités entourant la reprise, y compris le milieu dans lequel celle-ci s'effectuera;
- b) le résident doit se soumettre aux mesures d'aide jugées appropriées par le comité d'évaluation;
- c) le stage de reprise doit être complété avec succès avant la promotion à l'année de formation suivante.

Le résident qui subit un échec à la reprise du stage est exclu du programme auquel il est inscrit.

12.3 Reprise d'un cours obligatoire ou d'un cours de rattrapage

Le résident qui a subi un échec à un cours obligatoire ou à un cours de rattrapage (à l'exception des cours de rattrapage en français) doit reprendre, dans l'année qui suit cet échec ou dès que le cours sera offert ultérieurement, le même cours ou l'équivalent ou subir un examen de reprise, selon la décision du comité d'évaluation du programme. Le résident qui subit un échec à la reprise du cours, ou qui ne se présente pas à un examen de reprise, est exclu du programme auquel il est inscrit.

12.4 Reprise d'un cours à option

Le résident qui a subi un échec à un cours à option doit reprendre le même cours ou, avec l'approbation de l'autorité compétente, lui substituer un autre cours à option dans l'année qui suit cet échec ou subir un examen de reprise, selon la décision du comité d'évaluation du programme. Le résident qui subit un échec à la reprise du cours, ou qui ne se présente pas à un examen de reprise est exclu du programme auquel il est inscrit.

12.5 Reprise d'un cours au choix

Le résident qui a subi un échec à un cours au choix peut le reprendre ou, avec l'approbation de l'autorité compétente, lui substituer un autre cours au choix ou subir un examen de reprise selon les modalités de reprise prévues au règlement pédagogique de la faculté responsable du cours. Le résident qui subit un échec à la reprise du cours, ou qui ne se présente pas à un examen de reprise, peut être exclu du programme auquel il est inscrit.

ARTICLE 13 – EXCLUSION**13.1 Exclusion**

Un résident peut être exclu du programme dans les cas suivants :

- a) le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un stage; dans l'application de cette règle, la reprise du stage consécutive à l'attribution de la mention « inférieur aux attentes » n'est pas comptabilisée;
- b) le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un cours obligatoire, d'un cours à option ou d'un cours au choix;

- c) le résident obtient une mention « échec » à un 2^e stage au cours de sa formation postdoctorale;
- d) le résident obtient une mention « échec » à un 2^e cours obligatoire au cours de sa formation postdoctorale;
- e) l'évaluation globale du résident est jugée insatisfaisante par le comité d'évaluation;
- f) la progression du résident est jugée insatisfaisante par le comité d'évaluation;
- g) le résident refuse de se soumettre aux conditions entourant une reprise de stage;
- h) le résident ne répond pas à une exigence spécifiée dans les dispositions réglementaires propres au programme;
- i) le résident n'a pas rempli toutes les exigences du programme au terme de sa scolarité;
- j) l'état de santé du résident est incompatible avec la poursuite de son programme de résidence; à cette fin, le doyen ou l'autorité compétente peut exiger au besoin que le résident se soumette à un examen médical par un médecin qu'il désigne;
- k) le résident a une connaissance insuffisante du français.

Il s'applique dès ce moment et pour l'avenir, à tous les résidents déjà admis ou inscrits dans un programme d'études médicales postdoctorales.

Il remplace toute version antérieure du *Règlement pédagogique des études médicales postdoctorales* et toutes les Règles de procédure internes qui y ont été rattachées.

13.2 Droit de révision

Le résident qui souhaite en appeler d'une décision d'exclusion doit en faire la demande par écrit au doyen dans les quinze jours ouvrables suivant le moment où cette décision lui a été communiquée. Le doyen en saisit le Comité de révision, qui entend le directeur de programme, ainsi que toute autre personne qu'il juge approprié, en présence du résident. Le Comité recommande ensuite au doyen la levée ou le maintien de l'exclusion. Le doyen informe le résident de sa décision. La décision du doyen est sans appel.

ARTICLE 14 – RÈGLEMENT DISCIPLINAIRE

Le *Règlement disciplinaire concernant les membres du personnel enseignant et les étudiants* s'applique aux résidents inscrits dans un programme d'études médicales postdoctorales.

ARTICLE 15 – ABSENCES

Tout résident qui s'absente doit en informer le responsable de l'enseignement hospitalier ou, en son absence, le chef du département ou du service hospitalier. S'il s'absente pour plus d'une semaine, il doit en outre en informer son directeur de programme par écrit et lui en donner les raisons. Il doit également adresser une copie de cette lettre au vice-doyen et au directeur de l'enseignement du milieu de formation où il est assigné.

ARTICLE 16 – PROLONGATION EXCEPTIONNELLE

Pour des raisons exceptionnelles, et après consultation du directeur de programme, le doyen ou l'autorité compétente peut accorder à un résident qui le demande une prolongation d'au plus un an pour lui permettre de satisfaire à toutes les exigences du programme.

ARTICLE 17 – OCTROI DE DIPLÔMES

Pour recevoir un diplôme, le résident doit :

- a) avoir réussi tous ses stages;
- b) avoir progressé adéquatement dans son programme;
- c) avoir satisfait aux autres exigences du programme;
- d) dans le cas de formation faite en partie dans une autre Université, avoir réussi à l'Université de Montréal au moins la moitié des années de formation de son programme.

ARTICLE 18 – RÈGLEMENT PROPRE À CHAQUE PROGRAMME

Des exigences particulières peuvent être fixées par le règlement propre à chaque programme.

ARTICLE 19 – DISPOSITIONS DIVERSES

Le présent règlement régit les études médicales postdoctorales à compter de son adoption.

La Faculté reconnaît le fait que chacun des résidents a le droit de travailler dans un environnement sécuritaire tout au long de sa formation. La responsabilité de développer une culture et un environnement sécuritaires repose sur l'action concertée de la direction facultaire, des établissements affiliés, des départements cliniques, des autorités régionales de la santé et des résidents eux-mêmes. Cette politique constitue un outil de base qui doit être adapté de façon plus spécifique dans chacun des programmes de formation.

Le concept de sécurité des résidents inclut les aspects physiques, psychologiques et professionnels.

RESPONSABILITÉS

Résidents

Se soumettre aux politiques de sécurité adoptées. Transmettre aux autorités de leur programme et/ou à la direction des établissements toute information mettant en cause des questions de sécurité.

Programmes de formation

Répondre avec diligence à toute inquiétude ayant trait aux questions de sécurité et être proactif dans la promotion d'un environnement éducatif sécuritaire en collaboration avec les directions des établissements.

SÉCURITÉ PHYSIQUE

Contact avec les patients

- Les résidents appelés à évaluer des patients potentiellement violents doivent pouvoir le faire dans des locaux appropriés, spécialement aménagés, et à proximité de services de sécurité.
- Les résidents ne devraient pas travailler seuls dans une clinique en dehors des heures ouvrables.
- Les résidents doivent en tout temps avoir accès au service de sécurité de l'établissement où ils travaillent.
- Lors d'une première visite à domicile chez un patient, le résident doit être accompagné d'un enseignant. Lors des visites subséquentes chez le même patient, le résident peut ne pas être accompagné seulement si le domicile est jugé sécuritaire par le résident et les enseignants. Les résidents doivent avoir accès à un moyen de communication pour rejoindre leur superviseur ou de l'aide (téléphone cellulaire)

- Tous les résidents devraient avoir accès à une formation de base en gestion du patient agressif (formation de type Omega). Les résidents appelés plus régulièrement à être en contact avec cette clientèle devraient bénéficier d'une formation plus poussée.
- Les mesures de sécurité doivent être connues des résidents.

Lieux physiques

- Les résidents doivent pouvoir travailler dans des locaux adéquats, bien entretenus et sécuritaires. Des locaux spécialement aménagés pour des circonstances particulières doivent être disponibles.
- Les lieux prévus pour déposer leurs vêtements et effets personnels doivent être accessibles et pourvus de mécanismes contre les vols.
- Les chambres de garde doivent être entretenues adéquatement et munies de portes qui verrouillent, d'un téléphone et d'un éclairage adéquat. Elles doivent être localisées dans un endroit sécuritaire et facilement accessibles.

Risques biologiques

- Les résidents doivent être formés et se soumettre aux règles universelles de précautions et aux procédures d'isolation, le cas échéant.
- Les résidents doivent se familiariser avec les services offerts par les autorités des établissements, notamment concernant les procédures et protocoles à appliquer en cas d'exposition à des liquides contaminés, de piqûres avec aiguilles souillées, ou de contact avec des maladies contagieuses à déclaration obligatoire.
- Les résidents sont fortement encouragés à garder leur immunisation à jour selon le Programme d'Immunisation du Québec (PIQ) et sont avisés du fait que les établissements de santé peuvent restreindre l'accès aux résidents ne s'étant pas conformés au PIQ. Si des déplacements à l'étranger en zone endémique sont nécessaires pour des stages obligatoires ou optionnels d'un programme, ils doivent être avisés au moment opportun des vaccinations et autres mesures de prévention requises.
- Politique sur la protection des risques biologiques
- Politique en radioprotection
- Les résidents appelés à travailler dans un environnement exposé à la radiation doivent recevoir une formation de base en radioprotection et observer les règles de fonctionnement, incluant le port d'un dosimètre.
- Politique de protection respiratoire

VACCINATION

L'exposition à certains pathogènes est potentiellement plus élevée en milieu hospitalier. En plus des pratiques de base en prévention des infections, la vaccination est une méthode efficace et sûre de prévenir certaines maladies infectieuses. Tout étudiant à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal doit se conformer au programme de vaccination des sciences de la santé en vigueur. Ce document propose des recommandations en ce qui a trait à la vaccination des résidents à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Les vaccins dans la section suivante sont gratuits pour tous les étudiants et résidents qui souscrivent au régime d'assurance-maladie du Québec (RAMQ). D'autres vaccins pourraient être indiqués dans des contextes particuliers. Consulter le document Protocole d'immunisation du Québec pour plus d'informations sur les contre-indications, les allergies et les effets secondaires.

Pour tous les vaccins recommandés, le résident doit fournir une preuve d'immunisation écrite et signée par un médecin ou une infirmière si le vaccin a déjà été administré. En l'absence d'une telle preuve, le vaccin sera considéré comme non administré et il faudra procéder à la vaccination¹⁰. Il est de la responsabilité du résident de s'assurer d'obtenir une preuve écrite et signée par un médecin ou une infirmière pour tout nouveau vaccin reçu.

Coqueluche

Les résidents qui n'ont pas reçu à l'adolescence une dose de vaccin comprenant la composante coqueluche acellulaire doivent recevoir UNE DOSE de dcaT (diphtérie-coqueluche acellulaire-tétanos).

- Il n'y a pas d'intervalle d'administration à respecter chez les résidents qui ont reçu un vaccin comprenant la composante tétanique (ex. d2T5) et qui ont besoin d'une protection contre la coqueluche.
- Un vaccin combiné dcaT-Polio peut être utilisé pour amorcer ou compléter la vaccination contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite chez les résidents avec ou sans antécédents d'immunisation.
- Immunisation incomplète pour la poliomyélite.
- Une dose du composant contre la coqueluche doit être donnée à toute personne ne l'ayant pas reçue à l'âge adulte. L'intervalle minimal à respecter est de 10 ans depuis la dose du composant coqueluche reçu à l'adolescence, le cas échéant.

⁹ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, novembre 2012

¹⁰ Dans le cas où un vaccin serait contre-indiqué pour une condition médicale, l'étudiant ou le résident devra obtenir une note de son médecin qui sera consignée à son dossier.

Diphthérie et tétanos

Un résident est considéré immunisé contre la diphtérie et le tétanos s'il a reçu :

- Quatre doses du vaccin contenant les composantes diphtérique et tétanique, dont un à l'âge de quatre ans ou plus si la première dose a été administrée avant l'âge de quatre ans **OU**
- Trois doses de vaccins contenant les composants diphtérique et tétanique si la première dose a été administrée à l'âge de quatre ans ou plus.
- **ET** a reçu une dose de rappel au cours des 10 dernières années.

En l'absence d'immunité contre la diphtérie et le tétanos, la vaccination devra être amorcée et complétée:

- Trois doses de vaccin avec composante diphtérie-tétanos incluant une dose de vaccin avec composante dcaT réparties en 7 mois¹¹.

Un rappel vaccinal contre la diphtérie-tétanos (d2T5) pourra ensuite être administré au besoin¹² et à tous les 10 ans.

Vaccination contre la poliomyélite

Un résident est considéré immunisé contre la poliomyélite s'il a reçu :

- Trois doses totales de VPTO (vaccin contre la poliomyélite trivalent oral ou Sabin) et/ou de VPI (vaccin contre la poliomyélite inactivé ou Salk) dont l'une après l'âge de quatre ans.
- Trois doses totales administrées après l'âge de sept ans du VPI et du vaccin d2T5-Polio.
- En l'absence d'immunité contre la poliomyélite, la vaccination devra être amorcée et complétée¹³.
- Trois doses de vaccin avec composante polio, incluant une dose de vaccin avec composante dcaT réparties en sept mois³.

Vaccination contre la rougeole

Un résident est considéré immunisé contre la rougeole s'il répond à l'un des critères suivants:

- Est né avant 1970.
- Est né après 1970 ET a reçu deux doses après l'âge d'un an avec un intervalle minimal d'un mois entre les doses.

¹¹ Se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)

¹² Se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)

¹³ La vaccination systématique des adultes n'est pas indiquée au Canada. Par contre, la vaccination est indiquée pour les travailleurs et stagiaires dans le domaine de la santé en contact avec des patients pouvant excréter le virus de la poliomyélite.

- A une attestation médicale qui certifie qu'il a eu la rougeole avant le 1^{er} janvier 1996¹⁴.
- A une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rougeole.

Un résident ne répondant pas à ces critères d'immunité doit recevoir deux doses de vaccin s'il n'a jamais été vacciné et une dose s'il est né entre 1970 et 1979 et qu'il a reçu seulement une dose du vaccin contre la rougeole.

Vaccination contre la rubéole

Un résident est considéré immunisé contre la rubéole s'il répond à l'un des critères suivants :

- A reçu une dose de vaccin même en présence d'une sérologie négative.
- A une sérologie positive pour la rubéole avec un titre d'anticorps de ≥ 10 UI/ml.

En aucun cas les antécédents cliniques de rubéole constituent une preuve fiable d'immunité. En l'absence d'immunité contre la rubéole, le résident devra recevoir une dose de vaccin.

Vaccination contre les oreillons

Un résident est considéré immunisé contre les oreillons s'il répond à l'un des critères suivants:

- Est né avant 1970.
- A reçu une dose de vaccin.
- A une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre les oreillons.

En l'absence d'immunité contre les oreillons, le résident devra recevoir une dose de vaccin.

Vaccination contre la varicelle

Un résident est considéré immunisé contre la varicelle s'il répond à l'un des critères suivants:

- A une histoire de varicelle à partir de l'âge d'un an ou de zona quel que soit l'âge.
- A une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la varicelle.
- A reçu le nombre requis de doses de vaccin selon l'âge :
- Deux doses de vaccin à un mois d'intervalle après l'âge de 13 ans.
- Une dose s'il a reçu le vaccin avant l'âge de 13 ans.

¹⁴ Depuis le 1er janvier 1996, tous les cas de rougeole diagnostiqués doivent être confirmés (sérologie ou recherche virale ou présence de manifestations cliniques compatibles et d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé).

En l'absence d'immunité contre la varicelle, le résident devra recevoir deux doses de vaccin ou une seule dose s'il a reçu seulement une dose après l'âge de 13 ans. En l'absence d'immunité contre la rougeole, la rubéole et/ou les oreillons, le vaccin RRO-Varicelle pourra être utilisé pour la première dose et possiblement pour la deuxième dose si indiquée.

Vaccination contre l'hépatite B

Les résidents qui n'ont pas reçu (depuis 1994) une série vaccinale complète contre l'hépatite B devront débuter et compléter leur vaccination dans les intervalles d'administration prescrits (0, 1 et 6 mois après le début de la vaccination).

Une sérologie post-vaccinale devra être effectuée entre un mois et 6 mois après la fin de la série vaccinale.

- Un titre d'anti-HBs ≥ 10 UI/L indique une réponse au vaccin et une protection contre le virus de l'hépatite B.
- Une non-réponse ou faible réponse vaccinale (< 10 UI/L) nécessitera une revaccination complète ou partielle avec sérologies post-vaccinales¹⁵.
- Un maximum de deux séries vaccinales peut être administré.

Une sérologie post-vaccinale NE DOIT PAS être faite chez les résidents qui ont déjà été vaccinés dans le passé (dernière dose il y a plus de 6 mois) même s'ils n'ont pas eu de sérologie post-vaccinale (un à six mois post vaccin).

- Une sérologie post-exposition doit alors être effectuée après exposition à des liquides biologiques.

Vaccination contre le méningocoque

Les résidents qui manipulent des souches de méningocoque devraient se faire vacciner contre le méningocoque (vaccin conjugué quadrivalent) même s'ils ont déjà reçu un vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C. Le vaccin n'est pas indiqué pour ceux qui manipulent seulement des spécimens potentiellement infectés.

Vaccination contre l'influenza

Les résidents doivent se faire vacciner contre l'influenza saisonnière annuellement.

Vaccination indiquée pour une condition de santé selon le PIQ

Certains vaccins sont indiqués pour des conditions de santé particulières. Le résident est responsable de vérifier si des vaccins sont indiqués pour sa ou ses conditions médicales.

¹⁵ Se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) – Vaccin contre l'hépatite B.

DEPISTAGE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL)

Tout étudiant ou résident devrait subir un dépistage de l'ITL en deux étapes avant de débiter ses stages, s'il répond à au moins un des critères suivants :

- Est né à l'extérieur du Canada.
- Est né au Canada avant 1976.
- A reçu le vaccin BCG.
- A eu une exposition connue à un cas de tuberculose contagieuse,
- A fait un séjour d'une durée cumulative de trois mois ou plus à l'extérieur des pays suivants : Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, certains pays d'Europe de l'Ouest (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse) et des Antilles (à l'exception d'Haïti et de la République dominicaine).

Un dépistage de l'ITL devrait également être fait après une exposition significative, peu importe si elle survient au travail ou non. Consulter le bureau de santé ou la personne responsable de l'établissement fréquenté pour plus d'informations.

Les étudiants et les résidents avec un dépistage positif doivent subir un examen médical pour exclure une tuberculose active et pour évaluer la nécessité d'un traitement de l'ITL.

RISQUES BIOLOGIQUES EN LIEN AVEC UN VOYAGE OU UN STAGE À L'ÉTRANGER

Le résident est responsable:

- Avant le voyage ou le stage à l'étranger : d'obtenir les vaccins et les prophylaxies médicamenteuses indiqués pour la destination, et ce, dans les délais prescrits.
- Pendant le voyage ou le stage à l'étranger : de prendre les mesures pour éviter l'acquisition de maladies transmissibles.
- Après le voyage ou le stage à l'étranger : de s'assurer d'avoir un suivi médical adéquat en cas d'exposition significative (ex. dépistage de l'ITL en cas d'exposition à la tuberculose)

À noter que la plupart des vaccins en lien avec un voyage ne sont pas couverts par le programme de gratuité. Il en va de même pour la prophylaxie médicamenteuse. Concernant le vaccin contre l'hépatite A, il pourra être administré gratuitement par son établissement si le résident en fait la demande (article 27.02, convention collective, FMRQ).

EXPOSITION A DES LIQUIDES BIOLOGIQUES

Les étudiants et résidents exposés à des liquides biologiques dans le cadre de leur stage doivent suivre les procédures établies dans l'établissement fréquenté en ce qui a trait au suivi post-exposition pour évaluer le risque de transmission des virus des hépatites B et C et du VIH et la nécessité d'entreprendre un traitement prophylactique. Les règles d'éthique et de confidentialité doivent être suivies en tout temps tant pour la personne source que la personne exposée. Consulter le document Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail pour plus d'informations.

Le Collège des médecins stipule dans le document *Le médecin et les infections transmises par le sang* :

«Un médecin infecté et qui pose des actes médicaux propices à la transmission est présumé inapte à l'exercice de sa profession s'il n'a pas soumis sa pratique professionnelle à une évaluation par un comité d'experts ou s'il ne respecte pas les limitations d'exercice qu'il doit observer.»

Tout étudiant ou résident qui pose des actes médicaux à risque de transmission et qui reçoit un diagnostic de VIH, d'hépatite B et/ou d'hépatite C doit donc faire évaluer son dossier par le Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH). Consulter www.inspq.qc.ca/sertih/ pour plus d'informations.

FEMMES ENCEINTES

La résidente qui désire planifier une grossesse doit:

- S'assurer d'une immunisation complète telle que recommandée dans ce présent document.
- Porter une attention particulière à son statut sérologique contre la rubéole et la varicelle.
 - En l'absence d'immunité contre la rubéole et la varicelle selon les critères décrits ci-haut, la vaccination devra être complétée 1 mois AVANT le début de la grossesse.
 - Dans le cas d'une absence d'immunité contre la rubéole et/ou la varicelle et d'une exposition potentielle en grossesse, la résidence devra consulter rapidement le bureau de santé de son établissement ou son médecin afin de déterminer la prise en charge.
- Recevoir le vaccin contre l'influenza saisonnière.
 - Le vaccin injectable peut être administré quel que soit le stade de la grossesse.
 - Le vaccin intra-nasal est contre-indiqué en grossesse.

- Se conformer avec rigueur, comme pour tous les résidents, aux pratiques de base en prévention des infections.
 - Lavage des mains.
 - Équipement de protection personnelle, même en l'absence de mesures d'isolement, si contact possible avec des liquides biologiques (incluant le changement de couche en pédiatrie) et lorsqu'indiqué.
- Respecter les mesures d'isolement et de protection mises en place.
- Respecter les règles de biosécurité en laboratoire (stages en laboratoire).

Les sérologies pour le cytomégalovirus (CMV) et le parvovirus B19 ne font pas partie du bilan sérologique systématique de grossesse.

- Le respect strict des mesures de prévention des infections diminue le risque d'acquisition de ces infections virales.
- La résidente doit consulter rapidement le bureau de santé de son établissement ou son médecin dans un contexte d'exposition significative ou l'apparition de symptômes pouvant être liés à l'une de ces infections.
- Se référer à la section Exposition à des liquides biologiques pour les résidentes enceintes exposées.
- Bien que le vaccin contre l'hépatite B ne soit pas contre-indiqué, la vaccination contre l'hépatite B avec vérification du statut sérologique post-vaccinal doit avoir été complétée avant la planification de la grossesse.
- Voir la Politique de protection respiratoire - particularités liées à la grossesse.

Références

CDC, *Immunization of Health-Care Personnel Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*, MMWR, Vol 60, No 7, November 25 2011.

Collège des médecins du Québec, *Énoncé de position : Le médecin et les infections transmises par le sang*, 2004

Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), *Guide d'interprétation entente collective de 2010 à 2015*

INSPQ, *Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH)*, page consultée le 19 avril 2013.

MSSS, *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail*, Octobre 2011

MSSS, *Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs : recommandations*, Novembre 2005

MSSS, *Protocole d'immunisation du Québec, édition 6, mise à jour mai 2013*, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument>, page consultée le 21 juin 2013.

Ce document vise à fournir de l'information sur l'exposition à la radiation qu'un résident pourrait subir dans le cadre de son travail et comment s'en protéger. Pour les résidents travaillant avec des machines productrices de rayons (intervention guidée en psychiatrie ou fluoroscopie en salle d'opération) ou travaillant dans des départements d'imagerie, des notions plus approfondies de radioprotection vous seront enseignées par vos programmes.

Les effets de la radiation

La radiation (rayon-x, scan ou produit de médecine nucléaire) est potentiellement dangereuse. Elle peut provoquer des changements chimiques dans les cellules, engendrer des mutations génétiques, être cytotoxique et tératogène. L'effet biologique observé dépend de la dose qu'on mesure en millisievert (mSv). De part les événements nucléaires majeures (Hiroshima, Nagasaki et Tchernobyl), on sait qu'à partir d'un seuil de radiation absorbée, il y aura assurément des répercussions physiques. On parle d'un effet déterministe. En deçà de ce seuil, la radiation a un pourcentage de chances de créer un effet biologique observable. On parle d'un effet probabilistique.

- Aucun effet déterministe n'a été observé sous le seuil de 100 mSv.
- Cataracte > 2000 mSv
- Érythème cutané > 2000 mSv
- Épilation permanente > 7000 mSv
- Risque oncologique : 5% /1000 mSv

À titre informatif, voici les doses approximatives reçues dans certains contextes:

Examen	Dose
Voyage en avion	0.0024 mSv / heure
Rayon-x pulmonaire AP (pour le patient)	0.02 mSv
Plaque simple de l'abomen (pour le patient)	1 mSv
CT scan cérébral (pour le patient)	2 mSv
Scintigraphie osseuse (pour le patient)	4 mSv
CT scan abdominal (pour le patient)	10-20 mSv
Gallium-67 (pour le patient)	20 Sv
1 mètre d'un patient Tc-99	0.03 mSv/heure
1 mètre d'un patient traité avec iode I-131	0.50 mSv/ heure

¹⁶ Politique adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, novembre 2012

Normes de sécurité dans le cadre du travail

Dans le cadre du travail en milieu hospitalier, les résidents peuvent être exposés à des doses de radiation par le biais d'examen d'imagerie (radiographie, radioscopie, étude tomodensitométrique) ou par la rencontre de patients radioactifs (traitements avec iode radioactif, ganglion sentinelle ou porteur d'implants).

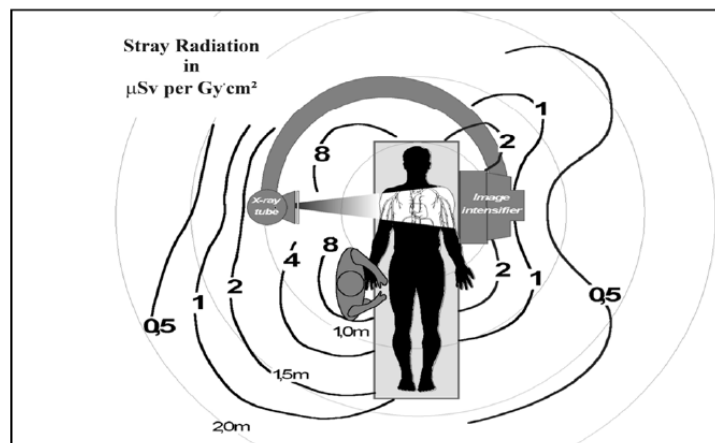
Les doses limites établies par la Commission Canadienne de Sûreté Nucléaire (CCSN) et le code de sécurité de Santé-Canada pour les travailleurs des départements de radiologie / médecine nucléaire sont de 50 mSv / an ou de 100 mSv / 5 ans.

Il est à noter que ces doses n'ont jamais été atteintes par les employés des départements d'imagerie du CHUM qui travaillaient directement avec les rayons-x/substances radioactives. Pour les employés des autres départements, il va s'en dire que la dose reçue est donc inférieure et minime.

Mesures de sécurité

Pour minimiser la dose reçue et travailler de manière sécuritaire, les procédures suivantes sont à privilégier :

- a. Minimiser le temps d'exposition.
- b. Puisque l'intensité du rayonnement diminue avec le carré de la distance de la source. Il est recommandé de se placer loin de la source de rayonnement. Pour les rayons-x portatifs au chevet du patient, une distance de 3 mètres est jugée adéquate et sécuritaire.



- c. Il est possible de se protéger des rayons par un écran physique :
 - Tablier de plomb (7 à 12kg). Une épaisseur de 5mm bloque environ 95 % des rayons.
 - Cache thyroïde
 - Lunette protectrice
 - Écran mobile / panneau à la table / personne plombée

- d. Pour les personnes travaillant régulièrement avec des rayons-x, le port d'un dosimètre permettant de quantifier l'exposition est obligatoire. Des retraits préventifs peuvent être effectués si nécessaire.

Radiation et grossesse

La radiation peut représenter un risque pour le fœtus tout au long de la grossesse. La tératogénéicité sera maximale durant le premier trimestre étant donné l'organogénèse. Par la suite les risques diminuent aux 2e et 3e trimestres. Pour ces raisons, la travailleuse enceinte est limitée à une exposition de 4 mSv durant sa grossesse.

En ce qui concerne les effets sur le fœtus, on considère qu'après 100 mSv, il y a un risque de réduction du quotient intellectuel et 1% de chance d'avoir une leucémie. Avec des doses de 1000 mSv au fœtus, il peut y avoir un retard mental sévère et une microcéphalie. Il est à noter qu'une dose au fœtus de 100mSv n'est pas atteinte par trois scans pelviens.

Exemple de doses reçues par un fœtus d'une patiente lors d'examen en radiologie :

Examen	Dose approximé au fœtus
CT scan cérébral	< 0.005 mSv
CT Pelvien	25 mSv

Il va donc s'en dire que le risque du fœtus d'une résidente enceinte exposée accidentellement à un rayon-x est nul.

Radioprotection en médecine nucléaire :

- a. Le patient source de rayonnement :

Lorsqu'un patient subit une épreuve diagnostique ou un traitement en médecine nucléaire, il émettra une faible dose de radiation pendant quelques heures à quelques jours, selon l'isotope injecté. Cette émission est relativement faible et ne représente par un risque majeur pour le personnel traitant et la population. Il est donc possible de donner des soins à ces patients. Les mêmes mesures de sécurités peuvent être utilisées (minimiser le temps d'exposition, maximiser la distance et mettre un écran protecteur). Dans un contexte d'urgence (code bleu) les problèmes médicaux ont priorité absolue sur le risque de contamination.

- b. En cas d'un déversement de produits dangereux :

En théorie, il ne devrait jamais y avoir de substance radioactive à l'extérieur du département de médecine nucléaire sans la présence d'un membre du personnel de médecine nucléaire. Advenant un déversement d'une substance radioactive sans la présence d'un membre du personnel de la médecine nucléaire la démarche à suivre est la suivante :

- Faire le 5555 et dire qu'il s'agit d'un produit radioactif (code brun).
- Prévenir les personnes sur place et tenter de les éloigner du secteur contaminé.
- Limiter l'accès à la zone contaminée.
- Attendre l'arrivée de l'officier de radioprotection ou de ses délégués.

Si la contamination a lieu sur une personne, il faut enlever les vêtements contaminés, ce qui élimine environ 90% de la contamination et rincer la région en frottant légèrement. Il ne faut pas frotter fort ou avec une surface rugueuse comme une brosse, cela ferait pénétrer davantage la substance radioactive dans la peau.

c. Traitement à l'iode radioactif et femme enceinte

Occasionnellement, des patients reçoivent de fortes doses d'iode radioactif pour traiter des cancers thyroïdiens. Immédiatement après leur traitement, ces patients peuvent émettre une irradiation atteignant 0,50 mSV/h à un mètre. Dans un souci de radioprotection, ils sont systématiquement hospitalisés dans une chambre conçue à cet effet à l'hôpital Saint-Luc. La porte est munie d'une pancarte indiquant clairement la présence de radiation à l'intérieur.

Les femmes enceintes devraient minimiser tous les contacts **prolongés et rapprochés** avec ces patients. En cas d'urgences, une exposition de quelques minutes ne constituerait absolument aucun danger pour le fœtus et la mère.

Conclusion

En résumé, la radiation est potentiellement dangereuse et de par leur travail, les résidents peuvent y être exposés. Avec des méthodes de protection simple (minimiser l'exposition, se placer à distance de la source, et utiliser des écrans), le risque est très faible voir négligeable. En respectant ces mesures, les résidents peuvent travailler et prodiguer des soins à des patients de manière sécuritaire.

Sources

1. Agence internationale de l'énergie atomique : <http://www.iaea.org/>
2. Commission internationale sur la radioprotection : <http://www.icrp.org/>
3. « Health Physics Society » : <http://www.hps.org/>
4. Commission Canadienne de Sécurité Nucléaire : <http://nuclearsafety.gc.ca/fr/>

Dr Marc-Antoine Henry, MD résident en radiologie diagnostique
 Dr Daniel Juneau, MD résident en médecine nucléaire
 Dre Louise Samson, MR. FRCP Radiologie Diagnostique
 Dre Lysanne Normandeau, PhD Physique

Certaines maladies contagieuses, comme la tuberculose, la rougeole et la varicelle, se transmettent au personnel soignant par aérosol. Ceci rend nécessaire le port d'un appareil de protection respiratoire de type N95. Ces masques sont également indiqués dans les cas de maladies respiratoires sévères d'origine infectieuse (MRSI) et lors de certaines procédures produisant des aérosols.

Pour assurer leur efficacité, ces masques nécessitent un test d'ajustement, plus fréquemment appelé fit-test. Ce test est disponible dans la plupart des établissements de santé et est régulé par la norme CSA Z94.4. Un test d'ajustement est nécessaire pour chaque type de masque utilisé. De plus, il doit être répété en cas de changement de la morphologie du visage (ex : perte ou gain de poids, chirurgie maxillo-faciale, etc.).

- Les étudiants et résidents ne devraient pas entrer en contact avec des patients à risque d'être atteints d'une maladie avec transmission par aérosol sans avoir préalablement subi un test d'ajustement pour le port d'un masque N95.
- Les étudiants et résidents sont responsables d'avoir un test d'ajustement à jour avec le ou les masques utilisé(s) dans leur milieu de stage.
- Les femmes enceintes devraient éviter d'entrer en contact avec des patients à risque d'être atteints d'une maladie avec transmission par aérosol étant donné les changements de morphologie durant la grossesse rendant incertaine la fiabilité des tests d'ajustement.
- En tout temps, les étudiants et résidents doivent se conformer aux politiques de prévention des infections et de protection respiratoire de l'établissement fréquenté.

Références

- ASSTSAS, *Protection respiratoire contre les risques biologiques*, <http://www.asstsas.qc.ca/dossiers-thematiques/risques-biologiques-infections/protection-respiratoire.html> , accédé le 18 mars 2013.
- CANADIAN STANDARDS ASSOCIATION, «CAN/CSA-Z94.4-11 - Selection, use, and care of respirators», 2011.
- INSPQ-CINQ, *Prévention de la transmission des maladies respiratoires sévères d'origine infectieuse (MRSI), de l'influenza aviaire A(H5N1) et de la grippe A(H1N1) d'origine porcine dans les milieux de soins*, Mai 2009, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/948_AvisInfluenzaAH5N1GrippeAH1N1.pdf , accédé le 18 mars 2013.

¹⁷ Politique adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, avril 2012

- INSPQ - CINQ, *Mesures de prévention et contrôle de la grippe pandémique H1N1 lors de la vague pandémique pour les établissements de soins aigus, les soins ambulatoires et les soins à domicile*, Novembre 2009, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1018_PrevGrippeEtablissementsAigus.pdf, accédé le 18 mars 2013.

Déplacements

- Les résidents étant appelés à se déplacer dans le cadre de leurs fonctions doivent pouvoir le faire de façon sécuritaire. Ils doivent avoir accès aux services de sécurité de l'établissement pour un accompagnement à leur véhicule lorsqu'ils le jugent nécessaire.
- Les résidents ne devraient pas être de garde la veille d'un déplacement significatif en voiture pour débiter un nouveau stage en région. Dans le cas où ceci ne serait pas possible, le premier jour du nouveau stage devrait être retardé.
- En cas d'intempérie, le résident ne doit pas être forcé à un déplacement en-dehors de son site de base pour débiter un stage en région. Il doit aviser ses superviseurs pour que des activités alternatives soient discutées.

Résidente enceinte

Les résidentes enceintes doivent être informées des risques spécifiques à leur condition en ce qui a trait à leur milieu de travail et demander des mesures d'accommodement au directeur de programme, le cas échéant.

Sécurité psychologique

La faculté de médecine de l'Université de Montréal, de concert avec les associations professionnelles, possède déjà une structure établie visant à la prise en charge des facteurs psychologiques comme les situations réelles ou appréhendées d'intimidation et de harcèlement. Les résidents doivent être informés des ressources disponibles en cas de détresse psychologique, problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues, etc.

Sécurité professionnelle

Protection contre allégations de mauvaise pratique

- Il est entendu que les établissements d'enseignement assurent les résidents contre les poursuites médicales.
- Il est entendu que les résidents doivent compter sur une protection légale lorsqu'ils agissent au sein de comités universitaires et/ou hospitaliers pouvant faire l'objet de recours légaux.

Assistance à la divulgation

- Il doit exister dans les programmes, des mécanismes de support pour les résidents en cas d'incident professionnel majeur.
- Les programmes doivent promouvoir le fait que les résidents puissent relater les situations qu'ils jugent dangereuses pour eux, pour le personnel ou les patients sans crainte de représailles.
- Les programmes doivent promouvoir la divulgation par les résidents de manquements à la déontologie, dans un contexte de confidentialité exempt de représailles.

Confidentialité

- Le dossier académique du résident est confidentiel.
- Les informations accessibles au Comité d'évaluation ne doivent être divulguées que lorsque des dispositions de remédiation impliquant des acteurs autres que les membres du comité sont à mettre sur pied. Ces informations ne devraient qu'exceptionnellement être transmises par une personne autre que le directeur de programme.
- Les évaluations et les plaintes faites par les résidents doivent être traitées de façon à assurer l'anonymat des résidents autant que possible. De façon générale, le directeur de programme devrait agir comme facilitateur dans les démarches du résident.

Consultez:

http://www.med.umontreal.ca/etudes/programme_formation/postdoctorales/guide.html

POLITIQUE Exigences de maîtrise du français ¹⁸

Dans le cadre de sa mission de former des médecins compétents, la Faculté doit s'assurer de prendre les moyens nécessaires afin de préserver la sécurité des patients.

Tout résident et/ou moniteur¹⁹ qui souhaite effectuer de la formation médicale postdoctorale à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, doit avoir une connaissance suffisante de la langue française.

Afin de permettre à ces résidents et/ou moniteurs de s'adapter à leur nouveau milieu et à leur nouvel environnement francophone, le directeur de programme pourra autoriser le résident et/ou le moniteur à effectuer des stages non contributaires pendant les deux ou trois premiers mois de sa formation.

À l'issue des trois premiers mois de sa formation, il pourrait être exigé du résident et/ou du moniteur, à la discrétion du vice-décanat aux études médicales postdoctorales, qu'il complète avec succès un examen de français.

Si après cette période le directeur du programme constate que de laisser poursuivre la formation du résident et/ou du moniteur pourrait mettre en péril la sécurité des patients vu la non maîtrise du français, il pourra après discussion avec la vice-doyenne des études médicales postdoctorales, enclencher le processus de recommandation d'abandon ou exclusion.

¹⁸ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, octobre 2013

¹⁹ On définit un moniteur comme toute personne qui poursuit une formation médicale postdoctorale (résidence ou fellowship), en étant rémunéré par une source de financement autre que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

POLITIQUE Réussite de l'ACLS, résidents R1²⁰

Dans le cadre de sa mission de former des médecins compétents, la Faculté doit s'assurer que ses résidents aient reçu la formation nécessaire leur permettant de travailler de façon sécuritaire auprès des patients, dès le début de leur résidence.

Pourra être exempté de la politique, ci-après détaillée, le résident R1 qui aura réussi au cours de sa deuxième année d'externat la formation ACLS. Il devra, au moment de son admission, en fournir la preuve au vice-décanat des études médicales postdoctorales.

Ainsi, tout résident 1 admis à l'Université de Montréal le premier juillet doit avoir réussi le cours d'ACLS dispensé par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, dans les 60 jours de la date du début de sa résidence et ce, même s'il a déjà obtenu sa certification auparavant.

Le cas échéant, les conditions s'appliquent :

- Le résident qui échouera l'ACLS à l'intérieur des 60 jours de la date du début de sa résidence aura la possibilité de le reprendre.
- Si, au terme des 60 jours, le résident n'a pas réussi l'ACLS, il devra suspendre sa formation et effectuer un stage non contributoire jusqu'à la réussite de son ACLS.
- Afin de pouvoir reprendre sa formation, le résident devra fournir la preuve de sa réussite à l'ACLS à son directeur de programme, et à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales.
- La reprise de la formation doit avoir lieu à une date de début de période.
- Si à l'intérieur des premiers six mois de résidence, le résident ne réussit pas l'ACLS, le comité d'évaluation du programme devra se prononcer sur son dossier académique et déterminer si une recommandation d'exclusion pourrait s'appliquer.

NOTE : le résident qui débute à une date autre que le 1^{er} juillet, est soumis aux mêmes obligations de réussite de l'ACLS, soit dans les 60 jours de la date du début de sa résidence.

²⁰ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, juin 2013

POLITIQUE Réussite de l'ATLS, résidents R1 ²¹

Dans le cadre de sa mission de former des médecins compétents, la Faculté doit s'assurer que ses résidents aient reçu la formation nécessaire leur permettant de travailler de façon sécuritaire auprès des patients, dès le début de leur résidence.

Ainsi, tout résident R1 admis à l'Université de Montréal le 1^{er} juillet et inscrit dans un programme exigeant la réussite de l'ATLS, devra :

- 1- Réussir ce cours dans les 90 jours de la date, déterminée par le programme, de son atelier d'ATLS.
- 2- Les résidents des programmes de chirurgie ont droit à une seule reprise de l'ATLS à l'intérieur des 90 jours.
- 3- Les programmes qui exigent l'ATLS sont responsables de l'organiser à l'intention de leurs résidents R1.
- 4- Les résidents des programmes de chirurgie qui échouent l'ATLS une deuxième fois, devront effectuer une période d'étude non contributive, reprendre le cours à leurs frais et réussir l'examen d'ATLS à la fin de la période d'étude.
- 5- Si à l'intérieur d'une année, le résident ne réussit pas l'ATLS, le comité d'évaluation de son programme devra se prononcer sur le dossier académique du résident et déterminer si une recommandation d'exclusion pourrait s'appliquer.
- 6- Le résident R1 qui débute à une date autre que le 1^{er} juillet dans des programmes exigeant la réussite de l'ATLS, est soumis aux mêmes obligations de réussite de l'ATLS, au cours des 90 jours de la date déterminée par le programme, de son atelier d'ATLS.
- 7- Il devra fournir la preuve de sa réussite de l'ATLS à son directeur de programme, ainsi qu'à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales dans le délai de 90 jours.

²¹ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, juin 2013

Tous les résidents en première année de formation au sein d'un programme d'entrée en résidence doivent effectuer des gardes dans chacun de leurs stages.

S'ils œuvrent dans un stage à l'intérieur duquel il n'existe pas de structure de garde pertinente à leur formation (par exemple : stage de recherche, stage de radiologie, etc.), ils doivent alors effectuer des gardes au sein de l'établissement où s'effectue le stage, dans le secteur jugé le plus approprié par leur programme (exemple : garde de médecine ou de chirurgie, à l'étage ou à l'urgence).

En outre, ces mêmes résidents effectuent tous (sauf ceux des programmes d'obstétrique et de gynécologie et de pédiatrie), dans leur première année de formation, un stage de nuit d'une durée de quatre semaines consécutives ou deux stages d'une durée de deux semaines consécutives chacun (cette dernière option est destinée aux résidents du programme de médecine de famille).

²² Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales (CEMP), février 2014.

POLITIQUE Congé de maladie ²³

Tout résident qui s'absente en raison d'un congé de maladie de plus d'une semaine doit informer :

- Le directeur de l'enseignement de l'établissement où il est affilié
- Le directeur de son programme
- Le responsable de son stage

Une copie écrite du certificat médical attestant la date du début et de fin de congé de maladie doit parvenir :

- à la direction de l'enseignement
- à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales
- au directeur de programme

À date d'échéance du certificat médical, le résident doit aviser par écrit, avec l'appui d'un certificat médical, de la prolongation ou de la réintégration à la résidence.

À défaut par le résident de se soumettre à cette politique, une mention d'absence non motivée sera inscrite à son dossier académique.

Si aucun certificat n'est remis au vice-décanat après trois mois d'échéance du certificat médical, le résident sera désinscrit de la faculté.

Tous les résidents qui s'absentent de leur formation plus de trois mois, excluant les congés de maternité, sont invités à rencontrer la vice-doyenne des études médicales postdoctorales avant la réintégration au programme.

²³ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, avril 2012 (révisée mai 2013)

POLITIQUE Retour d'un congé de maladie²⁴

Tout résident qui revient d'un congé de maladie doit soumettre un certificat médical attestant qu'il peut reprendre ses activités cliniques dans le cadre de sa formation.

Après trois mois d'absence, une rencontre avec la vice-doyenne des études médicales postdoctorales est fortement recommandée.

Afin de déterminer si le résident peut revenir au même niveau de résidence que lors de son départ en congé de maladie, le directeur de programme peut demander une évaluation du niveau de compétence sur une période de quatre à douze semaines. L'évaluation est remise au Comité d'évaluation qui détermine le niveau de compétence actuel du résident.

Une expertise médicale peut être demandée par le directeur de programme en accord avec la vice-doyenne s'il la juge pertinente.

Après quatre années consécutives de congé de maladie, une reprise de la formation complète est exigée par les programmes de formation.

²⁴ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, avril 2012 (révisée mai 2013)

Un congé sans solde est un privilège accordé au résident dans des circonstances exceptionnelles. La Faculté n'a aucune obligation d'accorder un tel congé.

Un congé sans solde n'est généralement pas accordé pour des situations déjà prévues à l'entente collective des résidents, telles que : les congés parentaux, les congés pour congrès, études, examens, les congés de maladie, le mariage, les vacances et voyages.

Étapes à suivre pour l'obtention d'un congé sans solde

1. Le résident rencontre son directeur de programme afin de discuter des motifs qui sous-tendent sa demande.
2. Le résident fait parvenir à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales une lettre spécifiant les motifs de sa demande, avec copie à son directeur de programme.
3. La vice-doyenne étudie la demande et communique au besoin avec le résident.
4. La décision de la vice-doyenne est transmise au directeur du programme, avec copie au résident.

La durée maximale d'un congé sans solde est de treize périodes.

Le retour d'un congé sans solde doit avoir lieu en début de période.

²⁵ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, novembre 2012

POLITIQUE Stage à option - résidents canadiens ou américains²⁶

La Faculté de médecine peut offrir à des résidents inscrits dans un programme d'une faculté canadienne ou américaine, la possibilité d'effectuer des stages à option répondant aux exigences de leur programme.

Ces stages à option sont d'une courte durée d'un minimum de quatre semaines et d'un maximum de douze semaines. Les dates de stages doivent correspondre à celles du calendrier académique de la Faculté.

Sur réception d'une demande d'un résident d'effectuer un stage à option, avant de lui fournir l'information pertinente, on doit s'informer auprès du directeur de programme concerné afin d'obtenir son assentiment à recevoir ce résident.

Sur réception de la réponse positive du directeur du programme, les résidents devront remplir le formulaire d'admission des études médicales postdoctorales en suivant bien les instructions et fournir les documents exigés :

Une fois admis, le résident doit obtenir, avant le début de son stage à option, une carte de stages du Collège des médecins du Québec.

²⁶ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, octobre 2012

La faculté accepte que les résidents, à partir de la troisième année pour les spécialités et de la deuxième pour la médecine familiale incluant les formations complémentaires, puissent effectuer jusqu'à trois mois de stage hors Québec

1. La demande doit parvenir à la vice-doyenne 90 jours avant le début du stage hors Québec.
2. Le stage en milieu non agréé hors Québec, doit préalablement avoir été approuvé par le directeur du programme et la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales de la faculté et il doit répondre aux critères suivants avec documents écrits requis :
 - a. Le nom et les coordonnées du superviseur clairement désigné pour le stage;
 - b. Les objectifs de la formation sont clairement définis et compris;
 - c. Le système d'évaluation en cours de formation est bien défini et l'évaluation du résident repose sur les objectifs de formation du stage optionnel.
3. Le vice-décanat aux études médicales postdoctorales devra faire parvenir le « Formulaire de demande de stage en milieu non agréé au Québec ou hors Québec » à la Direction des études médicales du Collège des médecins du Québec au moins 60 jours avant le début du stage.

IMPORTANT: ASSURANCE RESPONSABILITE

4. Le résident devra s'assurer d'une couverture d'assurance appropriée. Le résident doit consulter le site Internet de la Fédération des médecins résidents du Québec, à l'adresse : www.fmrq.qc.ca pour de l'information supplémentaire concernant les assurances responsabilités.

²⁷ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, mars 2012

POLITIQUE Stages à temps partiel et exemptions de garde²⁸

Dans certaines circonstances, pour des raisons de santé ou suite à une absence prolongée, il peut être souhaitable qu'un résident effectue, à son retour en formation, un stage non contributoire. Le stage non contributoire est un stage qui s'effectue à temps plein, sur les heures régulières de travail durant la semaine avec exemption de gardes et d'évaluation.

Les conditions suivantes doivent alors être remplies :

- Le stage doit être justifié par un certificat médical ;
- Une seule période de stage non contributoire avec exemption de gardes peut être accordée; la vice-doyenne pourra, exceptionnellement accorder une deuxième période;
- Le directeur de programme doit obtenir l'approbation de la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales avant de permettre un tel stage;
- Ce stage est considéré comme non contributoire, et doit par conséquent être repris ultérieurement ;
- Aucune fiche d'évaluation électronique n'est générée pour ce stage.

²⁸ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, mars 2012.

Les études médicales postdoctorales n'accordent pas de stage à temps partiel. Seul un stage non contributoire peut être accordé pour des raisons de santé ou suite à une absence prolongée. Il peut être souhaitable qu'un résident effectue, à son retour en formation, un stage non contributoire. Le stage non contributoire est un stage qui s'effectue sur les heures régulières de travail durant la semaine avec exemption de gardes et d'évaluation.

Les conditions suivantes doivent alors être remplies :

- Le stage doit être justifié par un certificat médical et/ou le comité de programme
- Une à trois périodes de stage non contributoire avec exemption de gardes peuvent être accordées;
- Le directeur de programme doit obtenir l'approbation de la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales avant de permettre un tel stage;
- Ce stage est considéré comme non contributoire, et doit par conséquent être repris ultérieurement;
- Aucune fiche d'évaluation électronique n'est générée pour ce stage.

²⁹ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, avril 2012

Exceptionnellement, et une seule fois au cours de sa résidence, un résident peut soumettre une demande de changement de programme.

La Faculté n'a pas l'obligation d'étudier ou d'accepter une telle demande.

Les demandes de changement de programme des quatre facultés de médecine du Québec sont étudiées deux fois l'an.

Les changements de programme pour la première année d'une cohorte entrent en vigueur le 1^{er} juillet de la deuxième année. Les changements de programme pour les années subséquentes peuvent entrer en vigueur en janvier le premier jour de la période 8, ou en juillet de chaque année, à condition que le nouveau programme ait la capacité d'accueillir le résident. Aucun changement de programme ne peut être accordé durant les six mois qui précèdent la date prévue de fin de formation, ni après cette date.

Étapes à suivre en vue d'un changement de programme

1. Faire parvenir, avant la date limite indiquée sur le site Internet des études médicales postdoctorales, une lettre à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales, spécifiant les motifs de la demande et le programme pour lequel le résident souhaite postuler.
2. La vice-doyenne aux études médicales postdoctorales étudie la demande et communique au besoin avec le résident.
3. Le dossier du résident est étudié par le comité d'admission du programme d'accueil, qui transmet sa recommandation à la Faculté de médecine.
4. Si le résident est accepté par le programme d'accueil, la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales présente, pour approbation, le dossier à la Conférence des vice-doyens des facultés de médecine du Québec.
5. À la suite de cette approbation, le résident reçoit un courriel confirmant ou non le changement de programme, et une copie est envoyée aux personnes concernées.

Équivalence de formation

Le Comité d'admission du programme peut octroyer, avant que le changement de programme ne prenne effet, une équivalence pour les stages déjà effectués par le résident, s'il estime que certains de ces stages sont pertinents.

Cette équivalence doit cependant être approuvée par le Collège des médecins du Québec et le Collège des médecins de famille du Canada ou le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

³⁰ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales (CEMP), novembre 2012.

Il y a transfert d'université lorsqu'un résident quitte son université d'attache pour aller compléter sa formation dans une autre université.

Sauf dans le cas d'ententes interuniversitaires, les demandes de transfert vers une autre faculté ne sont acceptées qu'exceptionnellement.

La Faculté n'a pas l'obligation d'acquiescer à une telle demande. L'approbation de la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales est requise.

Même s'il est accepté, la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales peut exiger que le résident complète une partie ou la totalité de l'année universitaire entamée, avant son transfert.

Étapes à suivre pour adresser une demande de transfert

1. Rédiger une lettre adressée à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, spécifiant les motifs de la demande, le programme et l'université où le résident aimerait être transféré. Cette lettre doit autoriser la Faculté de médecine à transférer le dossier du résident à la faculté d'accueil.
2. Si la vice-doyenne de l'Université de Montréal accepte le transfert, elle autorise la faculté d'accueil à étudier le dossier du résident.
3. Si un poste est disponible dans la faculté d'accueil, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal fait parvenir le dossier du résident à la faculté d'accueil.
4. La faculté d'accueil soumet le dossier au programme convoité par le résident. Le programme se réserve le droit d'accepter ou de refuser la demande.
5. Si le programme d'accueil accepte le transfert, la vice-doyenne de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal présente, pour approbation, le dossier à la Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales des facultés de médecine du Québec (CVDFM).
6. La vice-doyenne de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal avisera le vice-doyen de la faculté d'accueil confirmant le transfert.

³¹ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales (CEMP), novembre 2012.

1. La Faculté désire favoriser la venue d'un plus grand nombre possible de résidents en provenance d'autres facultés québécoises et canadiennes;
2. Les résidents de l'Université de Montréal doivent cependant avoir un accès prioritaire aux stages offerts dans les établissements du réseau de l'Université;
3. Toute demande de stage interuniversitaire doit initialement être dirigée par la faculté d'attache à la technicienne en gestion des dossiers étudiants (TGDE) du programme concerné via le système d'ententes interuniversitaires géré par le Bureau de coopération interuniversitaire (BCI);
4. Avant d'approuver une demande de stage en entente interuniversitaire, la TGDE du programme:
 - vérifie auprès du directeur de programme, s'il accepte de recevoir le résident;
 - s'assure auprès du responsable de stage ou de l'instance concernée, que la capacité d'accueil permet la venue d'un résident d'une autre faculté;
 - obtient l'acceptation finale du vice-décanat des études médicales postdoctorales

Aucun stage en entente interuniversitaire ne peut être accepté avant que les grilles de stages des résidents de l'Université de Montréal susceptibles de faire ce stage n'aient été complétées.

³² Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, février 2009 (révisée mai 2013)

Lorsque la grille de stages d'un résident est complétée, celle-ci ne doit plus être modifiée, sauf dans de rares situations telles que :

- Reprise de stages
- Stage de mise à niveau
- Processus de remédiation
- Suite d'absences et de congés motivés
- Raison de santé ou épreuve personnelle
- Suite à un changement de programme
- Harcèlement
- Affluence excessive de résidents et d'étudiants dans un stage
- Changement de la capacité d'accueil d'un stage

Afin d'adresser une demande de changement de stage, le résident doit soumettre à la vice-doyenne une demande de stage au moins 30 jours avant le début du nouveau stage avec les documents requis suivants :

- Preuve confirmant la disponibilité du stage avec la personne responsable du nouveau stage;
- Confirmation de l'acceptation du stage par le directeur du programme;
- Avis au responsable du stage du désistement;
- Avis à la direction de l'enseignement du désistement du stage;
- Avis à la direction de l'enseignement pour l'accueil du nouveau stage;
- Le résident doit remplir le formulaire de demande de changement de stage.

NOTE : Seule la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales ou le directeur de programme peut modifier une grille de stages. Il en avise par écrit le résident et la technicienne en gestion des dossiers étudiants attitrée du programme.

³³ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, mars 2012

FORMULAIRE Demande de changement de stage

Informations du résident

Nom : _____

Prénom : _____

Programme : _____

Niveau de résidence 1 2 3 4 5 6 7 8

DEMANDE DE CHANGEMENT DE STAGE :

a) Stage prévu

Nom du stage : _____

Lieu : _____

Période(s) : _____

Nom du responsable : _____

b) Stage demandé

Nom du stage : _____

Lieu : _____

Période(s) : _____

Nom du responsable : _____

Documents à joindre à la demande (courriels ou lettres) :

- 1) Responsable du stage prévu acceptant le départ
- 2) Responsable du stage demandé donnant l'accord
- 3) Accord du directeur de programme du résident
- 4) Avis donné à la direction de l'enseignement concernant le changement de stage
- 5) Avis donné à la direction de l'enseignement du stage demandé

Le formulaire doit être dûment complété 30 jours avant le changement de stage et envoyé par courriel au bureau des études médicales postdoctorales à l'adresse suivante : etudesmedicalespostdoc@umontreal.ca

Seules les demandes ayant tous les documents nécessaires seront traitées. L'approbation du vice-décanat suivra dans les 10 jours.

POLITIQUE Dispense de formation³⁴

La Faculté n'accorde pas de dispense de formation aux résidents des programmes du Collège des médecins de famille du Canada;

La Faculté n'accorde pas de dispense de formation aux résidents des programmes du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Exceptionnellement, la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales peut, sur recommandation du directeur de programme, accorder une dispense de formation suivant la politique conjointe du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins du Québec lorsqu'une telle dispense peut permettre au résident :

- d'éviter le report de ses examens de certification;
- dans le cas d'un résident du tronc commun de médecine ou de pédiatrie, de débiter sa 4^e année de formation en même temps que les autres résidents de sa cohorte;
- dans le cas d'un résident qui termine son programme et entreprend une formation complémentaire à l'extérieur du Québec, de débiter cette formation à la date prévue.

³⁴ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, avril 2012 (révisée mai 2013)

POLITIQUE Prolongation de formation

La formation d'un résident peut se prolonger pour les raisons suivantes :

- échec aux examens de certification
- formation complémentaire

Restrictions

La Faculté n'a pas l'obligation d'étudier ou d'accepter une demande de prolongation de formation.

Les prolongations de formation doivent s'effectuer immédiatement après la fin de la formation dans le programme de résidence dans des milieux agréés par le Collège des médecins du Québec.

Les congés sans solde pendant cette période de prolongation de formation ne sont pas autorisés, à moins de circonstances exceptionnelles.

Étapes à suivre pour obtenir une prolongation de formation suite à un échec aux examens de certification :

Le résident s'adresse d'abord à son directeur de programme pour obtenir l'autorisation requise.

La demande de prolongation et la preuve écrite d'autorisation du directeur de programme doivent ensuite être transmises au vice-décanat aux études médicales postdoctorales de la Faculté pour approbation finale.

Si la demande est approuvée par la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales, celle-ci est soumise :

- à la Conférence des vice-doyens des Facultés de médecine du Québec (CVDFM) pour autorisation³⁵ ;
- au Collège des médecins du Québec en vue de l'émission d'une carte de stage.

Le résident doit obtenir sa carte de stages du Collège des médecins du Québec avant de débiter cette prolongation de formation.

³⁵ Les demandes de prolongation de formation d'une durée égale ou inférieure à 6 mois ne requièrent pas l'autorisation de la CVDFM, mais doivent être soumises pour information. Les demandes de prolongation de formation requise en raison d'un échec aux examens de certification ne requièrent pas l'autorisation de la CVDFM, peu importe la durée de ladite prolongation.

INSTRUCTIONS Formations complémentaires

Pour toute demande de formation complémentaire, vous devez soumettre le formulaire prévu à cet effet, apparaissant sur le site Internet des études médicales postdoctorales, en suivant attentivement les instructions.

Une fois que vous aurez complété le formulaire, le sauvegarder sous le nom suivant :

*Formulaire complémentaire-[Prénom]_[Nom]_[date].doc*³⁶

1. **Avant d'obtenir les signatures**, nous vous suggérons d'envoyer le formulaire complété par courriel au responsable du vice-décanat de la faculté qui va présenter votre demande à la Conférence des vice-doyens des facultés de médecine du Québec (CVDFM), afin de vous assurer que tout est conforme. Les coordonnées du responsable du vice-décanat sont inscrites ci-dessous.
2. Une fois le tout validé, imprimer le formulaire dûment complété et obtenir les signatures requises (les signatures électroniques ne sont pas acceptées). En outre, dans le cas d'un recrutement universitaire ou non-universitaire, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demande qu'une lettre d'engagement du directeur des services professionnels (DSP) accompagne le formulaire.

Lorsque vous aurez obtenu toutes les signatures requises, vous pouvez faire parvenir :

- **par courrier**, le document papier original portant toutes les signatures requises et;
- **par courriel**, un fichier PDF du formulaire précédemment créé et de la lettre du DSP

Spécifications additionnelles | résidents de médecine familiale

Pour les résidents de médecine familiale, qui désire faire une formation complémentaire d'une durée inférieure à six mois, il n'est pas requis de compléter le formulaire de demande de formation complémentaire. Toutefois, la formation DOIT être acceptée par le directeur ou la directrice du programme, et le bureau des études médicales postdoctorales.

³⁶ Remplacez [Prénom] par votre prénom, [Nom] par votre nom de famille et [Date] par la date de votre demande dans le format aaaa-mm-jj.

Spécifications additionnelles | résidents des autres spécialités

Pour les résidents des autres spécialités, vous devez obtenir les signatures requises selon les instructions. Après approbation par le vice-décanat aux études médicales postdoctorales de la Faculté de médecine, la demande de formation complémentaire sera soumise à une deuxième d'approbation auprès de la Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales.

Dans tous les cas, lorsque la demande concerne une formation complémentaire d'une durée de six mois ou plus, le formulaire est également transmis par le Bureau de coopération interuniversitaire (BCI) au ministère de la Santé et des Services sociaux pour être approuvée par le sous-ministre adjoint.

IMPORTANT

Si vous n'êtes pas recruté au moment de présenter votre demande, vous devez fournir une lettre présentant un argumentaire justifiant votre formation complémentaire.

Transmission des documents

Le formulaire dûment complété et signé, de même que les documents d'appui qui l'accompagnent doivent être expédiés à l'adjointe à la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales à l'adresse suivante :

Adresse postale

Études médicales postdoctorales
Faculté de médecine
Université de Montréal
Pavillon Roger-Gaudry, Pièce S-740
Case postale 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

Adresse physique

Études médicales postdoctorales
Faculté de médecine
Université de Montréal
Pavillon Roger-Gaudry, S-740
2900, boul. Édouard-Montpetit
Montréal QC H3T 1J4

Par courriel : marie.galibois@umontreal.ca

FORMULAIRE Formation complémentaire

Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales des facultés de médecine du Québec



FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE

SECTION I - Identification

Nom du résident

Téléphone

Adresse (no civique, rue, ville, province, code postal)

Courriel

Programme actuel

Niveau de résidence actuel

Cohorte

Université d'attache

Date prévue de fin de la formation actuelle
(aaaa-mm-jj)

SECTION II – Nature de la formation complémentaire demandée Remplir la partie a) **OU** la partie b)

a) **Programme de résidence** en vue d'obtenir un autre certificat du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

Cochez une seule case parmi les suivantes :

Chirurgie générale pédiatrique

Médecine maternelle et fœtale

Chirurgie oncologique

Médecine palliative

Chirurgie thoracique

Oncologie gynécologique

Clinicien érudit (CMFC)

Oncologie médicale

Génétique médicale

Soins aux personnes âgées

Endocrinologie gynécologique de la reproduction et infertilité

Médecine de l'adolescence et Pédiatrie du développement

Autre programme, précisez : _____

b) **Stage de perfectionnement, de résidence ou fellowship**

Toute autre formation complémentaire qui ne mène pas à un certificat, précisez le programme : _____

SECTION III – Lieu et durée de la formation complémentaire

Université : _____

Établissement : _____

Organisme, s'il y a lieu : _____

Responsable du stage : _____

Durée prévue : _____

Date de début :
(aaaa-mm-jj)

Date de fin :
(aaaa-mm-jj)

Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales des facultés de médecine du Québec



FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE

SECTION I - Identification

Nom du résident

Téléphone

Adresse (no civique, rue, ville, province, code postal)

Courriel

Programme actuel

Niveau de résidence actuel

Cohorte

Université d'attache

Date prévue de fin de la formation actuelle
(aaaa-mm-jj)

SECTION II – Nature de la formation complémentaire demandée Remplir la partie a) **OU** la partie b)

a) **Programme de résidence** en vue d'obtenir un autre certificat du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

Cochez une seule case parmi les suivantes :

Chirurgie générale pédiatrique

Médecine maternelle et fœtale

Chirurgie oncologique

Médecine palliative

Chirurgie thoracique

Oncologie gynécologique

Clinicien érudit (CMFC)

Oncologie médicale

Génétique médicale

Soins aux personnes âgées

Endocrinologie gynécologique de la reproduction et infertilité

Médecine de l'adolescence et Pédiatrie du développement

Autre programme, précisez : _____

b) **Stage de perfectionnement, de résidence ou fellowship**

Toute autre formation complémentaire qui ne mène pas à un certificat, précifiez le programme : _____

SECTION III – Lieu et durée de la formation complémentaire

Université : _____

Établissement : _____

Organisme, s'il y a lieu : _____

Responsable du stage : _____

Durée prévue : _____

Date de début :
(aaaa-mm-jj)

Date de fin :
(aaaa-mm-jj)

Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales des facultés de médecine du Québec



SECTION IV – Description et justification de la formation

Cette section doit être complétée pour décrire et justifier la formation identifiée au point I1a et I1b (mettez le plus de détails possible sans dépasser l'espace prévu).

SECTION V – Recrutement (si déterminé)

Cochez une seule des trois cases :

- Universitaire : complétez les **sections VI à X**
Dans le cas d'une formation complémentaire pour un recrutement dans un établissement universitaire, la faculté qui soumet votre demande est celle où vous serez recruté à l'issue de cette formation.
- Non-universitaire : complétez les **sections VI à IX**
Dans le cas d'une formation complémentaire pour un recrutement dans un établissement non-universitaire, la faculté qui soumet votre demande est celle où vous allez suivre cette formation.
- Indéterminé : expliquez à la section III et complétez les **sections VI à VIII**

SECTION VI – Formation supplémentaire

Veillez indiquer si, au terme de cette formation complémentaire, vous prévoyez faire une formation supplémentaire à l'extérieur du Québec.

Cochez une seule des deux cases :

- Oui - Complétez
- Non – Allez à la section suivante

Établissement ou université

Ville

Pays

Durée prévue

Description et justification de cette formation supplémentaire (mettez le plus de détails possible sans dépasser l'espace prévu) :

SECTION VII – Signature du résident

Date (aaaa-mm-jj)

Signature du résident

Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales des facultés de médecine du Québec



SECTION VIII – Directeur de programme de résidence¹

Directeur du programme de résidence de la Faculté où vous effectuerez votre formation

Nom du programme

Nom du directeur

Date (aaaa-mm-jj)

Signature du directeur du programme de résidence

SECTION IX – Directeur des services professionnels de l'établissement qui vous recrute (DSP)

J'atteste que la formation complémentaire répond aux besoins de l'établissement.

Nom de l'établissement

Nom du directeur des services professionnels

Date (aaaa-mm-jj)

Signature du directeur des services professionnels

Vous devez joindre à votre formulaire dûment complété et signé, la lettre d'engagement du DSP confirmant qu'un poste au plan des effectifs médicaux de l'établissement (PEM) souhaitant vous recruter a été réservé pour vous.

Si aucun poste n'est disponible au PEM, le MSSS souhaite obtenir un argumentaire de la part du DSP documentant le besoin par l'établissement de votre recrutement.

Enfin, si aucun établissement ne soutient votre recrutement, il vous est suggéré de présenter un argumentaire étoffé, en lien avec les besoins prioritaires de la population québécoise, justifiant votre formation complémentaire.

SECTION X – Faculté de médecine qui vous recrute (recrutement universitaire seulement)

J'atteste que la formation complémentaire répond aux besoins de la faculté.

Nom du représentant

Titre du représentant autorisé de la faculté

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

¹ Exemple : programme de cardiologie et non hémodynamie.

Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales des facultés de médecine du Québec



SECTION XI – Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales (CVDFM)

Nom

Titre

Date de la réunion (aaaa-mm-jj)

Signature

Commentaires de la CVDFM :

SECTION XII – Ministère de la Santé et des Services sociaux

Cochez une seule des deux cases :

Financement par la RAMQ accepté

Financement par la RAMQ refusé

Nom

Titre

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

Commentaires du MSSS :

POLITIQUE Octroi du diplôme d'études spécialisées (D.E.S.)³⁷

Tout résident inscrit en formation a la responsabilité de se familiariser tant avec les objectifs d'apprentissage que les règles régissant l'évaluation.

Ainsi, le résident doit s'assurer auprès de son responsable de stage qu'il soit évalué à la fin de son stage. Lorsque ladite évaluation a été saisie, le résident a la responsabilité d'en prendre connaissance et d'y apposer sa signature en indiquant son accord ou son désaccord.

Le résident qui omettra de se soumettre à ce qui précède, verra retardée la signature par la vice-doyenne des études médicales postdoctorales, de sa fiche d'évaluation de fin de formation auprès des collègues où il doit s'inscrire pour réussir ses examens, ainsi qu'auprès du Collège des médecins du Québec en vue de l'émission d'un permis d'exercice.

En outre, le résident verra aussi retardée la recommandation de la Faculté pour que lui soit délivré son diplôme d'études spécialisées (D.E.S.).

³⁷ Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, mai 2013