Université de Montréal et du monde.

CPS 2021

Cahier Pédagogique du Superviseur

Superviser... *« C'est la mise en disposition d'un processus de guidance et de rétroaction sur le développement personnel, professionnel et éducationnel d'un étudiant dans un contexte de soins aux patients ».*

Kilm Inster, Med Educ, 2000.

Département de médecine de famille et médecine d'urgence - CUMF/GMF-U du CLSC Bordeaux-Cartierville, pour la version initiale.

Marie-Claude Audétat et Isabelle Tardif,
avec la collaboration de Marie-France Pelland et Dominique Saheb, pour la version 2011.

Mise à jour 2018-2021: Dre Lyne Ménard, responsable du développement professoral,
avec la collaboration du comité de développement professoral et des responsables des divers comités concernés.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION 5

a. Le mot des responsables du projet 6

b. L'approche par compétences 7

c. Le double rôle de l'enseignant clinicien 8

d. Les principes généraux de l'enseignement clinique 10

II. SUPERVISION AU QUOTIDIEN 11

e. La supervision en 6 étapes 12

f. Le feedback ou rétroaction 14

g. Les fiches de rétroaction quotidienne (FO-R) 24

h. Fiche d'observation – Rétroaction multidisciplinaire (FO-R M) 33

i. Le journal de bord 36

j. Enseignant et apprenant : un équilibre à trouver ! 37

k. La position d'apprentissage 40

l. Guide des responsabilités de l'apprenant et du superviseur (CMQ) 41

m. Pour aller plus loin... 42

III. SUPERVISION DE LA COMMUNICATION 43

n. Le cadre conceptuel 44

o. Les étapes du Calgary-Cambridge : Grilles pour l'observation et la rétroaction quotidienne 45

p. Les ateliers ALOBA 54

q. Pour aller plus loin... 57

IV. SUPERVISION DU RAISONNEMENT CLINIQUE 58

r. L'appréciation du raisonnement clinique 59

s. L'identification des difficultés de raisonnement clinique 63

t. Pour aller plus loin 70

V. EVALUATION 71

u. La rencontre formative 72

v. Guides à l'intention des membres des Comités locaux de compétences (CLC) 74

w. La fiche d'appréciation du stage clinique (FASC) 75

x. Le guide de notation de la fiche d'appréciation 78

y. Le diagnostic pédagogique et ses étapes 78

z. Le Guide de rédaction d'un plan de soutien à la réussite 80

aa. Le plan de soutien à la réussite 93

bb. Les techniques pour remettre une évaluation 98

cc. Pour aller plus loin 100

VI. ETHIQUE CLINIQUE 101

dd. La Grille pour une prise de décision clinique 102

ee. Éthique clinique : approche en trois temps 104

ff. La Grille d'aide au questionnement éthique en situation difficile 106

VII. EXTERNAT 107

gg. Les objectifs pédagogiques des stages en médecine familiale 110

hh. Observation et évaluation : les activités professionnelles confiables (APC) 112

ii. Rétroaction mi-stage 117

jj. Évaluation du stage 120

kk. APC 1 121

VIII. INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN PREMIÈRE LIGNE (IPS-PL) 122

ll. Le Guide d'accompagnement du stage 123

mm. Lignes directrices de l'OIIQ 123

nn. Suggestions pratiques 123

IX. DÉMARCHE RÉFLEXIVE ET TUTORAT (OUTILS) 124

oo. Guide de l'accompagnement pédagogique 125

pp. Journal de bord : 126

qq. Bilan périodique du résident 127

rr. Guide par et pour les résidents (CMFC) 128

X. LE DÉVELOPPEMENT PROFESSORAL 130

ss. Journal de bord (version enseignants) 130

tt. Référentiel des activités pédagogiques fondamentales en médecine de famille 132

uu. Exercice de métasupervision entre pairs 132

vv. Autres ressources 137

XI. CONCLUSION 137

I. INTRODUCTION

a. Le mot des responsables du projet

b. L'approche par compétences

c. Le double rôle de l'enseignant clinicien

d. Les principes généraux de l'enseignement clinique

a. Le mot des responsables du projet

Le Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) de l'Université de Montréal est heureux de mettre à votre disposition un outil pédagogique, intitulé Cahier Pédagogique du Superviseur (CPS) 2021 qui a été initialement élaboré par l'équipe de la CUMF/GMF-U de Bordeaux-Cartierville et mis à jour une première fois en 2011 par Dre Isabelle Tardif et Mme Marie-Claude Audétat.

Le comité de développement professoral juge essentiel de soutenir les cliniciens enseignants dans leur rôle et leurs tâches pédagogiques, et ceci dans tous les contextes d'enseignement où nos apprenants évoluent. Nous espérons que cette nouvelle version, incluant sa mise à jour 2021, répondra à cet objectif.

Cet outil, que nous souhaitons pratique et convivial, a d'ailleurs vu le jour suite au besoin ressenti par plusieurs des enseignants de la CUMF/GMF-U de Bordeaux-Cartierville, d'avoir accès facilement à des outils pédagogiques lors de leurs supervisions quotidiennes. Les temps ayant changé, la version actuelle de cet outil est en version électronique et comporte des liens vers d'autres sites et documents pour éviter de l'alourdir et vous permettre de le transporter dans vos tablettes partout où vous enseignez. L'essentiel y demeure cependant, et il peut être imprimé et mis pour consultation, dans la salle de supervision, par exemple.

En plus d'outils pédagogiques spécifiques à la supervision, ce guide regroupe les informations essentielles à la compréhension du parcours des externes et résidents en médecine familiale dans un contexte d'approche par compétences et d'approche réflexive. Nos milieux de formation comprenant également des stagiaires infirmière praticienne spécialisées en soins de première ligne (IPS-PL), nous y avons ajouté des documents pertinents à leur supervision.

En espérant qu'il vous sera utile au quotidien,

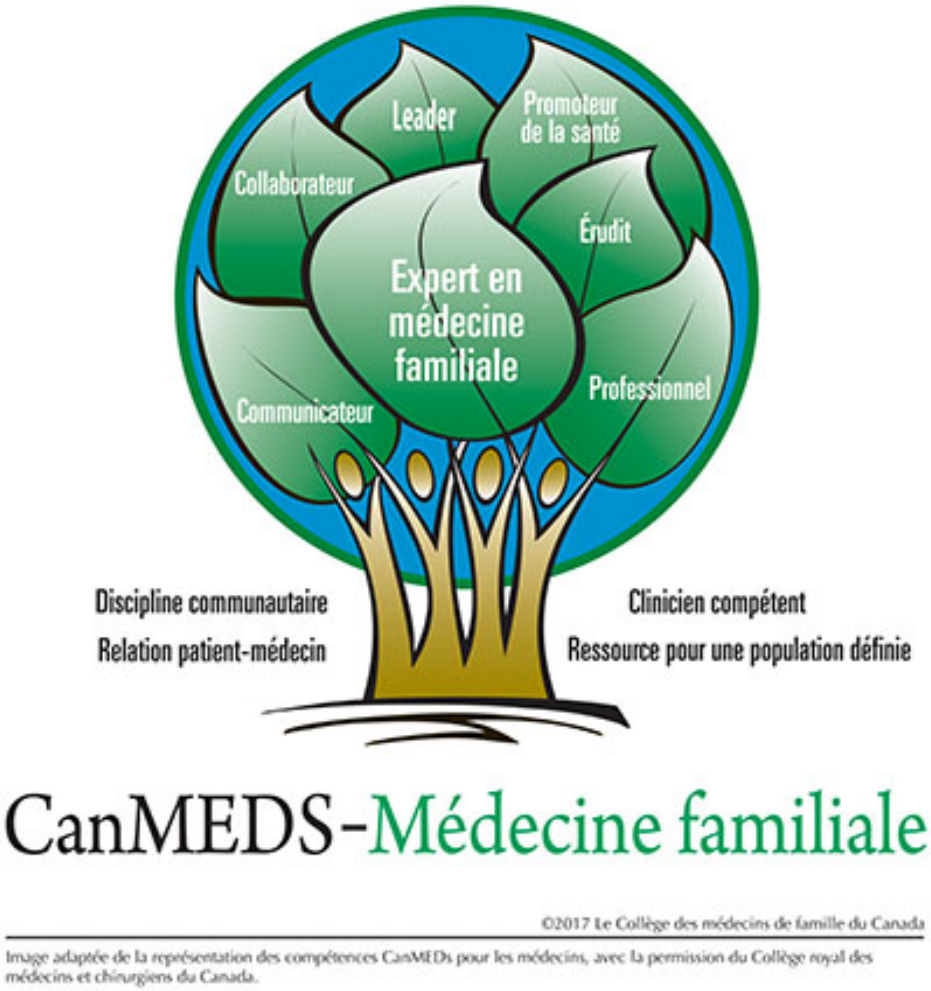
Au nom du comité de développement professoral,

Lyne Ménard,
Responsable du développement professoral,
Département de Médecine de famille et Médecine d'urgence

b. L'approche par compétences

L'approche par compétences est une méthode pédagogique par laquelle l'étudiant apprend rapidement à combiner ses ressources pour agir efficacement dans des situations professionnelles de plus en plus complexes. Progressivement, il apprend ainsi à maîtriser toutes les compétences nécessaires à l'exercice de la profession médicale qui, selon le cadre CanMEDS, ont trait aux sept rôles suivants: expert, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit, communicateur et professionnel[1]

[1] *CPASS, (Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé).*



Vous trouverez le document des CanMEDS Médecine familiale 2017 en cliquant sur l'image, incluant les nouveaux guides CanMEDS pour le niveau prédoctoral (2019) et la santé autochtone (2020).

Décrit ainsi dans le Cahier du résident 2020-21* :

« Le modèle présenté ici explique comment se développent les compétences tout au long du programme de résidence de médecine de famille de l'Université de Montréal. Il est conçu à partir du cadre conceptuel construit par les Drs Jean Jouquan et Philippe Bail de la Faculté de médecine de Brest de l'Université de Bretagne Occidentale et publié dans la revue Pédagogie Médicale en 2003. Ce modèle, adapté avec la permission des auteurs, s'articule autour de trois postulats pédagogiques desquels se dégagent huit principes généraux :

Des résidents qui construisent progressivement leurs compétences…

- À partir des questions qu'ils se posent en situations de résolution de problèmes complexes
- De manière individuelle et interpersonnelle
- En s'engageant dans un traitement en profondeur de l'information

…leurs compétences requises pour la pratique de la médecine de famille…

- En comprenant les caractéristiques du travail d'un médecin de famille expert
- En devenant un connaissant de plus en plus accompli

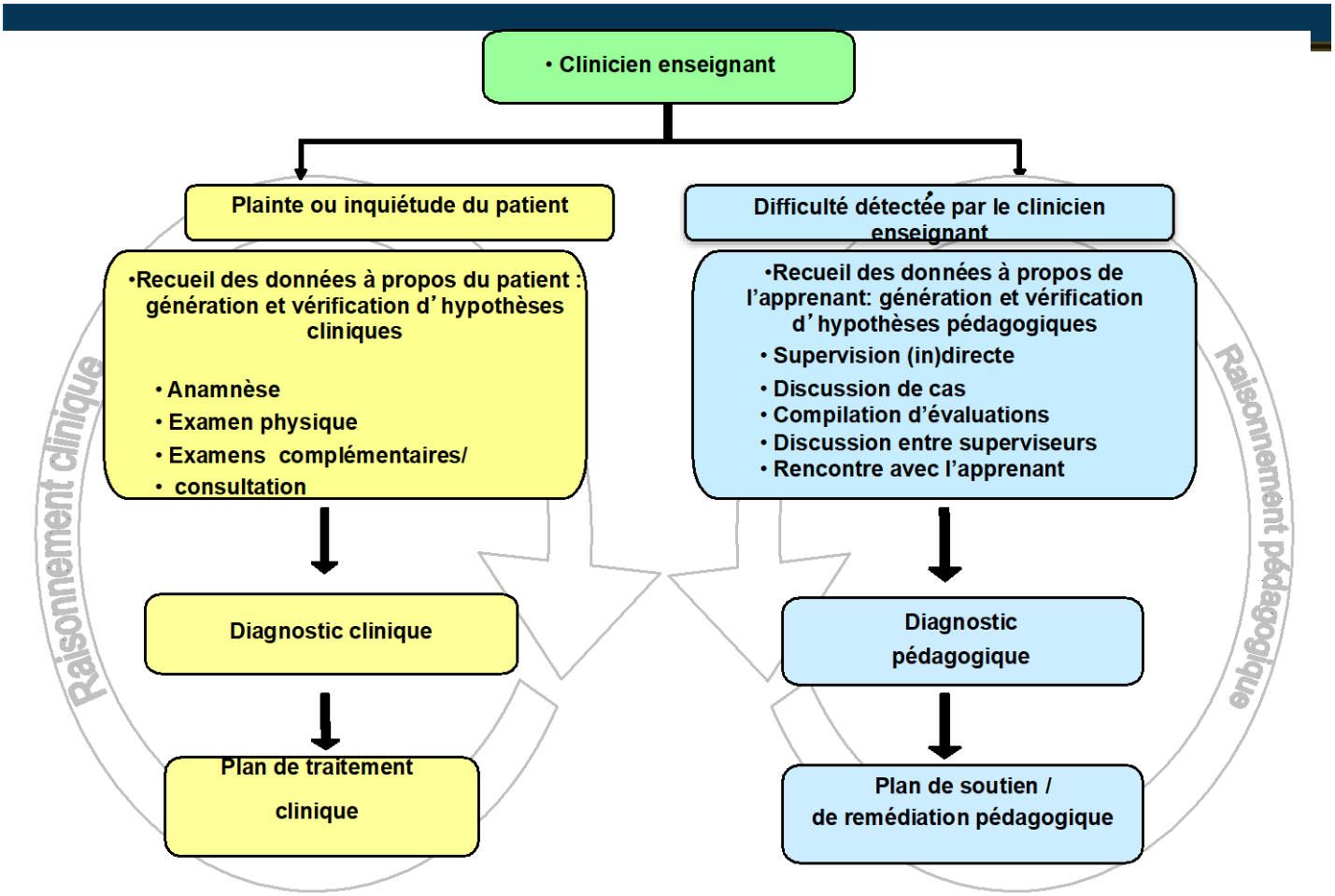
…avec l'aide d'enseignants centrés sur l'apprentissage des résidents

- Qui guident et facilitent les apprentissages en intégrant enseignement et évaluation
- Qui fournissent une rétroaction à l'étudiant
- Qui illustrent qu'ils sont aussi apprenants »

*Disponible sur le site du département : https://medfam.umontreal.ca/etudes/residence-en-medecine-famille/

c. Le double rôle de l'enseignant clinicien

Dans une démarche de raisonnement pédagogique très similaire à celle de la clinique, le superviseur va aller à la recherche d'indices qui vont lui permettre d'élaborer une représentation du niveau de compétence du résident et de ses besoins de formation. Il pourra
alors formuler un diagnostic pédagogique et choisir spécifiquement une manière de superviser qui tienne compte de ses conclusions •



•M.-C. AUDÉTAT, S. LAURIN, G. SANCHE

cpass

Université de Montréal

d. Les principes généraux de l'enseignement clinique

1. Impliquer l'apprenant
2. Capter l'attention et avoir du plaisir
3. Relier le cas à des concepts généraux
4. Impliquer le patient
5. Répondre aux besoins individuels des apprenants
6. Être pratique et pertinent
7. Être sélectif et réaliste
8. Donner une rétroaction et une évaluation

[3] *Irby D. What clinical teachers need to know. 1994.*

II. SUPERVISION AU QUOTIDIEN

e. La supervision en 6 étapes

f. Le feedback ou rétroaction

g. Les fiches de rétroaction quotidienne (FO-R)

h. Fiche d'observation - rétroaction multidisciplinaire (fo-r m)

i. Le journal de bord

j. Enseignant et apprenant : un équilibre à trouver !

k. La position d'apprentissage

l. Guide des responsabilités de l'apprenant et du superviseur (CMQ)

m. Pour aller plus loin

e. La supervision en 6 étapes

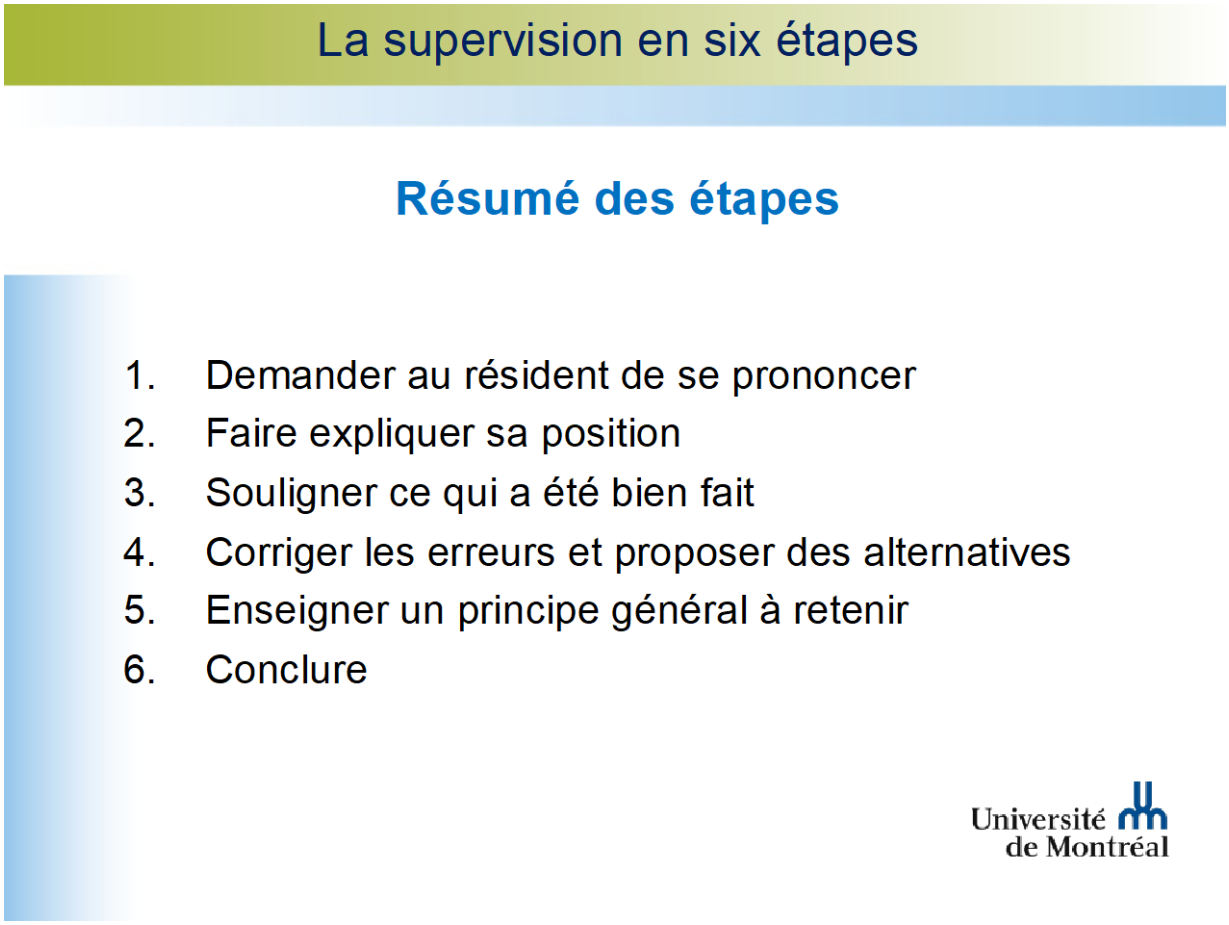
Pour:

- Systématiser la supervision par discussion de cas
- Diriger l'attention du résident sur l'essentiel
- Aider à structurer la démarche clinique
- Susciter une réflexion sur le problème évalué
- Généraliser l'apprentissage

Tout cela en aussi peu ou moins de temps qu'une discussion de cas standard…

S'utilise :

- Après que le résident ait raconté l'histoire/l'examen
- D'entrée de jeu avec un résident plus sénior ou lorsqu'on a fait la supervision directe



* *The One Minute Preceptor, d'après des ateliers animés par S. Laurin et MC Audétat.*

Tiré de : « Clinicien et superviseur…Même combat! » Marie-Claude Audétat et Suzanne Laurin, *Le Médecin du Québec,* volume 45, numéro 5, mai 2010, pp. 53-57

f. Le feedback ou rétroaction

1- Vous êtes la personne appropriée pour offrir du *feedback* si :

- vous avez observé l'étudiant,
- vous possédez l'expertise requise dans le domaine,
- vous êtes responsable de l'évaluation de l'étudiant.

2- Vos messages de *feedback* devraient :

- se référer à des comportements observables,
- se référer à des comportements remédiables,
- être basés sur de l'information valide et complète,
- offrir du *feedback* aussi bien positif que négatif,
- être libres de toute intention préconçue,
- être spécifiques.

3- Votre *feedback* devrait être offert :

- sur une base fréquente et régulière,
- à un moment approprié,
- après que les émotions sont retombées,
- dans un environnement privé et serein.

4- Lorsque vous offrez du *feedback*, vous devriez :

- impliquer l'étudiant,
- vous assurer d'un accord quant aux buts et aux objectifs,
- limiter sa quantité,
- donner un *feedback* équilibré,
- utiliser un langage objectif, qui ne porte pas de jugement à l'égard des personnes,
- identifier explicitement les commentaires subjectifs,
- offrir des suggestions,
- vérifier la compréhension du *feedback*.

5- Pour amortir l'impact émotionnel du *feedback*, vous devriez :

- Savoir identifier la présence d'une réponse émotive,
- Montrer votre respect de l'apprenant,
- Être respectueux de ses sentiments.

6- Pour approfondir votre intérêt envers le *feed - back*, vous devriez :

- rechercher des ateliers,
- solliciter du *feedback* sur votre *feedback*,
- vous entraîner,
- partager vos connaissances, vos habiletés et votre enthousiasme,
- continuer à en donner.

*H V. O'Brien, M B. Marks et B Char/in, Pédagogie Médicale, 2003:http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2003008

Un outil développé par les résidents, à regarder et partager avec eux… Aussi en ligne ici

Une introduction à la rétroaction dans la formation en médecine familiale

Que sont les feuilles de route (aussi appelés notes de terrain) et pourquoi sont-elles importantes pendant la résidence?

Une feuille de route est une rétroaction écrite que vous recevez après l'observation de vos interactions avec un patient ou un membre de sa famille, un professionnel de la santé ou des membres de l'équipe, ou de vos discussions avec le superviseur. Vous pouvez aussi recevoir de la rétroaction sur vos communications écrites, vos présentations, vos compétences cliniques ou vos interventions. Les feuilles de route servent à vous rappeler les compétences que vous avez acquises et celles qui doivent être approfondies pendant votre résidence.

Comment demander de la rétroaction?

Votre superviseur sera reconnaissant de savoir à l'avance que vous aimeriez recevoir une rétroaction sur des compétences particulières. Choisissez un endroit qui se prête à la confidentialité et assurez-vous que votre observateur et vous avez suffisamment de temps pour une séance de rétroaction (ne devrait pas prendre plus de quelques minutes). Soyez flexible si l'heure ou l'endroit change à cause des activités cliniques ou des engagements de l'observateur. Si l'observateur n'est pas disponible à cette heure ou cet endroit, invitez-le à vous offrir de la rétroaction à une date ou à un moment ultérieur. Effectuez un suivi auprès du superviseur en temps opportun si vous ne recevez pas de rétroaction immédiatement.

Comment puis-je me préparer pour une séance de rétroaction?

Avant la rencontre avec votre superviseur, réfléchissez à vos rencontres cliniques et préparez une liste de ce que vous avez bien fait et de ce que vous croyez devoir améliorer. Donnez des exemples précis pendant votre séance de rétroaction. Quels sont les défis que vous avez rencontrés? Que feriez-vous différemment? Comment votre superviseur peut-il vous aider à répondre à vos besoins en matière d'apprentissage? Proposez ces idées à votre séance de rétroaction.

Que dois-je faire avec la rétroaction positive?

La rétroaction positive vise à renforcer les compétences et comportements essentiels à la pratique. Prenez note des comportements et compétences que vous avez acquis et que vous devez conserver tout au long de votre pratique et de votre carrière.

Que dois-je faire avec la rétroaction constructive que je reçois?

Il est normal de devoir améliorer certaines compétences pendant votre résidence. Quand vous recevez une rétroaction constructive, assurez-vous qu'elle se rapporte à un cas précis et que vous comprenez le comportement ou la compétence à améliorer. N'hésitez pas à demander des précisions à votre superviseur. Après avoir reçu une rétroaction, faites un plan afin de travailler sur les compétences mentionnées et fixez une date à laquelle réévaluer ces compétences.

Certains résidents prendront mal la rétroaction offerte. La rétroaction a comme objectif de faciliter le développement d'habiletés, de comportements et de compétences en particulier. Il est important d'éviter de devenir défensif, de blâmer quelqu'un d'autre ou de s'offusquer. Si vous trouvez que la rétroaction reçue n'est pas appropriée, parlez avec votre conseiller pédagogique, le résident en chef ou le directeur de programme.

Pour les références, consultez le www.cfpc.ca/Section_des_residents/

Remerciements

Ce document a été créé par des membres du Conseil de la Section des résidents des 17 programmes de résidence en médecine familiale, sous la direction du président et de la vice-présidente du Conseil, le Dr Jaspreet Mangat, Dre Emy Martineau-Rheault, Dr Kyle MacDonald et la Dr Jemy Joseph. Plusieurs personnes ont aidé à la rédaction de ce document, notamment des directeurs de programmes de médecine familiale et les personnes et comités suivants du CMFC : le Groupe de travail sur le processus de certification, le Comité sur l'éducation postdoctorale, la présidente du Conseil de la Section des enseignants, le président du Comité d'agrément et la présidente du Bureau des examinateurs.

Version 2 – Mai 2016

Rétroaction efficace pour les résidents en médecine familiale

Documents de référence

Contributeurs

Dr Jaspreet Mangat est résident de deuxième année en médecine familiale à l'Université de l'Alberta

Dre Emy Martineau-Rhéault est résidente de deuxième année en médecine familiale à l'Université de Sherbrooke

Dr Kyle MacDonald est résident de première année en médecine familiale à l'Université de la Saskatchewan

Dre Jemy Joseph est résidente de première année en médecine familiale à l'Université de Toronto

Remerciements

Ce travail a été effectué sous la direction de la Section des résidents du CMFC avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada. En particulier, nous remercions **Dr Michel Donoff**, **Dre Ivy Oandasan** et **Mme Aleksandra Walczak** pour leur soutien continu durant la création de ce document.

Correspondence

Dr Jaspreet Mangat par courriel **jpmangat@ualberta.ca**

Références

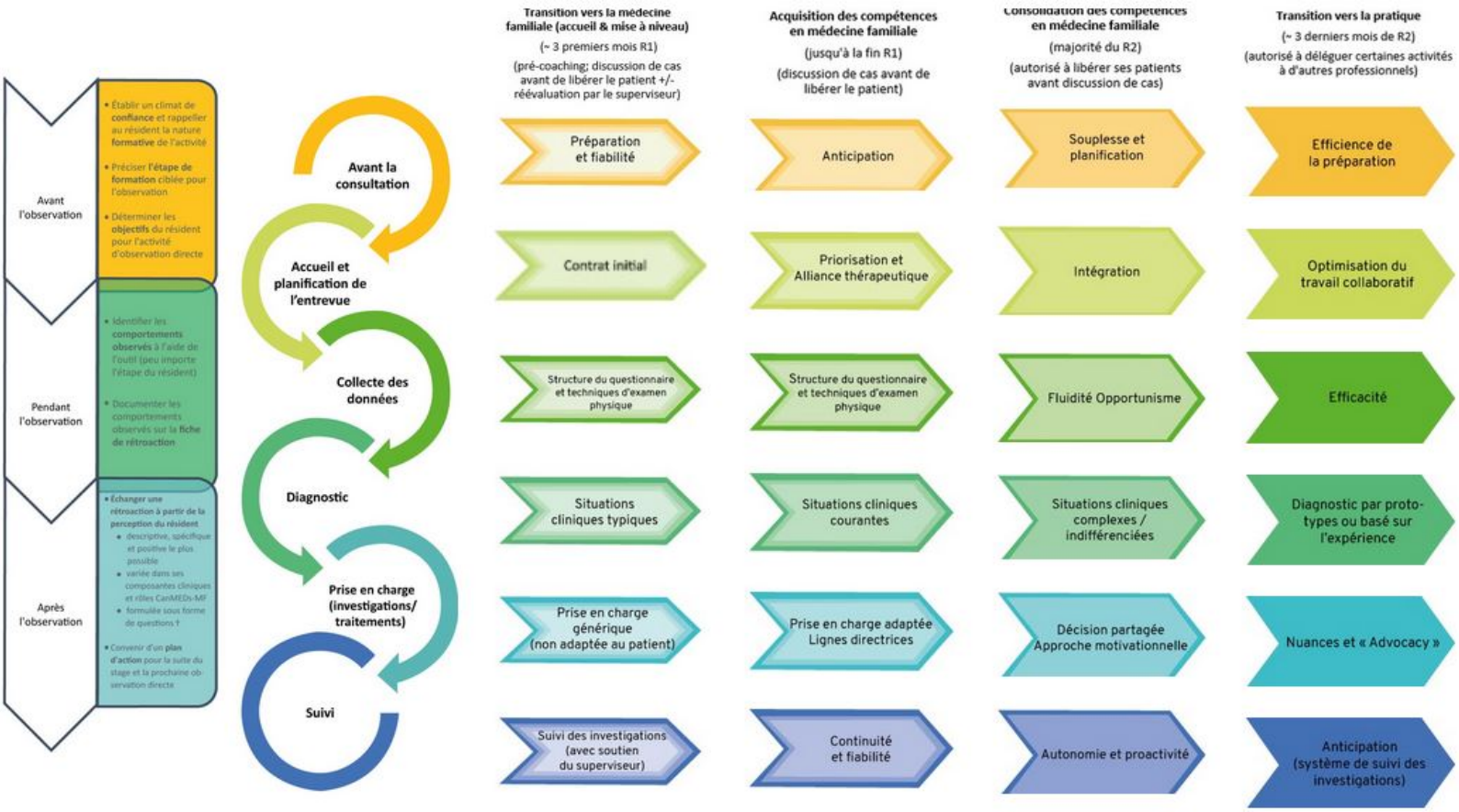
1. Brady D, Schultz L, Spell N, Branch WT. Iterative method for learning skills as an efficient outpatient teacher. *Am J Med Sci* 2002;323(3):124-9.
2. Donoff M. Feuilles de route : Soutenir l'accomplissement et documenter la compétence. *Can Fam Physician* 2009;55(12):e100-e102.
3. Laughlin T, Brennan A, Brailovsky C. Effect of field notes on confidence and perceived competence. *Can Fam Physician* 2012;58(6):e352-6.
4. McEwen LA, Griffiths J, Schultz K. Developing and successfully implementing a competency-based portfolio assessment system in a postgraduate family medicine residency program. *Acad Med* 2015; 90(11):1515-26.
5. Niemann J, Wisse B, Rus D, Van Yperen NW, Sassenberg K. When uncertainty counteracts feedback seeking: The effects of interpersonal uncertainty and power on direct feedback seeking. *Eur J Work Organ Psychol* 2015;24(2):221-4.
6. Schulz K, Griffiths J, Lacasse M. The application of entrustable professional activities to inform competency decisions in a family medicine residency program. *Acad Med* 2015;90(7):888-97.

Version 2 – Mai 2016

Un outil développé par les Départements de médecine de famille francophones, sous la coordination de Myriam Lacasse pour la rétroaction quotidienne :

« Le guide de rétroaction pour la supervision par observation directe ».

Un guide d'utilisation disponible ici.



BY NC SA

UNIVERSITÉ LAVAL

Comportements à observer plus spécifiquement pendant l'étape de Transition vers la médecine familiale

	Expert en médecine familiale	Communicateur	Collaborateur	Promoteur de la santé	Érudit	Leader	Professionnel
Avant la visite	• Lit les dossiers avant les consultations et sollicite un « pré-coaching »/ au besoin					Rôles administratifs • Est fiable pour la gestion de ses absences et de ses gardes (avise un collègue/ superviseur s'il doit s'absenter et essaie de se faire remplacer)	Comportements professionnels • Répond aux appels lorsqu'il est de garde • Se présente à l'heure prévue
Accueil et planification de l'entrevue	• Établit un contrat initial dans la majorité de ses entrevues, avec parfois de la difficulté à prioriser ou présenter un contrat réaliste	• Accueille le patient et se présente • Vérifie le lien entre le patient et la ou les personnes qui l'accompagnent • Établit l'agenda de la consultation (identifie les points qu'il veut aborder ainsi que la raison de consultation du patient)				• S'adapte aux caractéristiques et aux modes de fonctionnement propres au contexte de soins/milieu de stage • Emploie efficacement les outils technologiques d'accès à l'information	Comportements professionnels • Maintient son apparence personnelle pour faciliter le confort et la confiance du patient sur une base individuelle • Respecte le patient dans tous les aspects de sa personne et de son style de vie • Respecte le temps du patient/des collègues, et reconnaît lorsqu'il n'est pas à l'heure • Démontre de la compassion et fait preuve d'empathie envers ses patients • Évite de demander des faveurs au patient, n'accepte pas de cadeaux inappropriés • Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence Éthique • Assure la confidentialité en tout temps et respecte le secret professionnel • Obtient un consentement libre et éclairé aux actes de soins qu'il pose • Respecte l'autonomie du patient
Collecte des données	• Questionne le patient de façon assez ciblée (pour infirmer ou confirmer ses hypothèses); peut consacrer encore beaucoup de temps aux éléments secondaires • Complète au besoin la cueillette d'information auprès des tiers, avec la permission du patient si possible • Explore le vécu et le contexte du patient (méthode clinique centrée sur le patient), mais parfois de façon un peu stéréotypée • Effectue un examen physique reproductible avec des techniques d'examen fréquentes adéquates, et reconnaît les anomalies cliniques la plupart du temps	• S'assure d'un contact verbal et non verbal approprié • Adopte une attitude plutôt égalitaire avec son patient • Respecte les inconforts du patient durant l'entrevue et l'examen physique et module ses interventions en conséquence • Explique ses gestes et se préoccupe du confort du patient • Laisse à son interlocuteur le temps de s'exprimer		• Évalue les facteurs de risque pouvant avoir un impact sur la santé (habitudes de vie, contexte de vie, etc.) • Vérifie l'immunisation de ses patients			
Diagnostic	• Identifie la majorité des éléments clés permettant de générer un diagnostic différentiel approprié pour la plupart des **situations typiques de 1re ligne** • Démontre son ouverture d'adapter le diagnostic lorsqu'on lui présente une autre vision/information • Reconnaît les signes d'une condition potentiellement urgente et recherche l'aide appropriée • Génère une liste de problèmes pour un patient avec maladie(s) chronique(s)				Apprentissage autonome • Reconnaît ses limites et en tient compte • Gère son incertitude en consultant principalement ses superviseurs • Tient compte des données probantes disponibles, mais les applique parfois directement sans les ajuster au patient sur une base individuelle		
Prise en charge (investigations/ traitements)	• Propose et explique un plan d'investigation plutôt générique, mais approprié aux hypothèses, pour la plupart des **situations typiques de 1re ligne** • Tire des conclusions cohérentes à son évaluation (jugement clinique) • Reconnaît les indications et contre-indications des techniques de base (colonne A), obtient un consentement approprié, s'y prépare adéquatement et démontre des habiletés techniques correctes; dispose du matériel de façon sécuritaire • Propose de revoir le patient si approprié		Collaboration interprofessionnelle • Exerce son activité professionnelle en respectant celle des autres	• Assure le bien-être et la sécurité du patient • Fait la promotion de saines habitudes de vie et prodigue des conseils préventifs • Applique la plupart des recommandations de dépistage en fonction de l'âge du sexe et des facteurs de risque			
Suivi	• Assure le suivi des investigations avec le soutien d'un superviseur	Rédaction et tenue de dossiers • Écrit lisiblement avec une syntaxe et une orthographe appropriées • Rédige une note respectant les règles et qui représente fidèlement la situation. • Évite une surutilisation des abréviations médicales	Collaboration interprofessionnelle • Sollicite à bon escient et avec respect les autres professionnels, sans toujours bien connaître le réseau • Dans ses demandes de consultation, précise la raison et fournit les informations pertinentes			• Suggère un délai de suivi raisonnable à ses patients	Comportements professionnels en clinique • Parle des patients/ collègues d'une façon positive • Effectue ses activités professionnelles avec honnêteté et intégrité • Lorsqu'il y a erreur ou omission, reconnaît sa contribution et applique les mesures correctrices appropriées pour l'avenir Position d'apprentissage • Agit de manière fiable et honnête en supervision • Démontre une ouverture à la rétroaction en la percevant comme moyen de progression • Transmet des données vérifiques et appropriées en supervision

Comportements à observer plus spécifiquement pendant l'étape d'Acquisition des fondements de la médecine familiale

	Expert en médecine familiale	Communicateur	Collaborateur	Promoteur de la santé	Érudit	Leader	Professionnel
Avant la visite	• Identifie les informations pertinentes à rechercher au dossier et les retrouve de façon efficace • Anticipe les éléments à discuter et à faire (se réapproprie le dossier avant la visite) • Résume et utilise les éléments pertinents du dossier médical antérieur du patient		• Tient compte des informations provenant des évaluations des autres professionnels et médecins		• Effectue les lectures et discussions nécessaires pour consolider ses apprentissages avant une visite de suivi • Rencontre volontiers des patients présentant des situations cliniques plus difficiles, pour se développer professionnellement (en les planifiant en observation directe, par exemple)	• Organise son temps et son matériel en fonction du contexte de travail	Position d'apprentissage • Recherche à s'exposer aux problèmes cliniques complexes en vue d'apprendre et de s'améliorer • Adapte sa disponibilité de manière à répondre aux besoins des patients suivis par un collègue absent
Accueil et planification de l'entrevue	• Évalue plusieurs problèmes lors d'une visite en les priorisant selon leur urgence/importance, tout en répondant aux attentes du patient	• Adopte une proximité / distance relationnelle adéquate • Établit rapidement une alliance de travail avec la plupart de ses patients • Établit, priorise et négocie un contrat initial explicite, en tenant compte des besoins exprimés et des priorités cliniques	• Vérifie périodiquement l'adhésion du patient et de ses proches à la prise en charge déterminée précédemment			Gestion de la pratique • Tient compte du temps disponible pour réaliser ses tâches cliniques	• Se positionne comme médecin traitant et assure la continuité des soins
Collecte des données	• Questionne le patient/l'examine de manière ciblée en fonction d'hypothèses diagnostiques en tenant compte de ses facteurs de risque • Effectue un examen physique utilisant adéquatement (au besoin) des techniques d'examen plus spécialisées • Intègre la perspective du patient de manière fluide et pertinente, tant pour le vécu (perception, craintes, idées, attentes) que pour le contexte de vie (méthode clinique centrée sur le patient) • Interagit avec le patient durant l'examen physique • Au besoin, évalue la dangerosité de la situation	Écoute • Alloue suffisamment de temps pour écouter activement le patient, sans l'interrompre; accorde du temps pour des silences appropriés • Remarque les indices verbaux et non verbaux du patient et y réagit Expression verbale/non verbale • Adopte une attitude verbale et non verbale favorisant les échanges • Adopte une posture détendue, présente rarement des signes d'insécurité • Fournit des réponses non verbales appropriées aux énoncés du patient • Ajuste son style de communication aux particularités (âge, culture, limitations, etc.) du patient et vérifie si le patient a bien compris • Maintient l'entrevue centrée sur les objectifs à atteindre	Collaboration avec les patients et leur famille • Clarifie les objectifs de soins souhaités par le patient et sa famille, en particulier devant des conditions chroniques	• Recherche et identifie activement les situations à risque élevé pour la santé		Gestion de la pratique • Met à jour les outils de suivi (liste de problèmes, liste de médicaments, feuille sommaire, etc.)	Comportements professionnels • Tente de comprendre ce qui précipite un comportement difficile ou la non-observance et adapte sa réaction en conséquence • N'impose pas au patient ses croyances personnelles
Diagnostic	• Considère un éventail d'hypothèses diagnostiques fondées sur la prévalence des problèmes et leur dangerosité; en cible rapidement quelques-uns pour les situations cliniques courantes • Ajuste son diagnostic selon l'évolution du problème/la réponse au traitement	• Explique clairement ses impressions diagnostiques dans les situations cliniques courantes, en tenant compte de la compréhension du patient • Vérifie avec le patient s'il a des questions et y répond adéquatement					
Prise en charge (investigations/ traitements)	• Identifie les investigations et traitements appropriées pour les **situations cliniques courantes de première ligne**, en s'adaptant à la situation du patient, à son opinion et à l'évolution de sa maladie • Intègre les aspects psycho-sociaux (perceptions, craintes, impact, attentes; et contexte de vie) dans sa prise en charge • Reconnaît les indications et contre-indications de plusieurs techniques courantes (colonne B), obtient un consentement approprié, s'y prépare adéquatement et démontre des habiletés techniques correctes; dispose du matériel de façon sécuritaire • Démontre un jugement clinique approprié • Face à une condition potentiellement urgente, initie une réponse adaptée en priorisant adéquatement et demande rapidement l'aide requise • Planifie un suivi dans les délais requis	• Explique clairement au patient son plan d'investigation et de traitement • Vérifie avec le patient s'il a des questions et y répond adéquatement • Rassure le patient de façon appropriée en fonction du contexte	Collaboration interprofessionnelle • Participe au partage des tâches au sein de son équipe • Sensibilise le patient et ses proches à l'importance d'impliquer un autre professionnel dans les soins qui le concerne • Rédige des demandes de consultation claires et pertinentes • Sollicite les autres spécialistes ou professionnels adéquatement, en fonction de leur rôle • Communique aux membres de l'équipe les informations pertinentes sur l'évolution de la situation médicale du patient	• Met en œuvre spontanément des stratégies de promotion de la santé et de prévention judicieusement adaptées aux besoins des patients • Intègre les recommandations de dépistage en fonction de l'âge et du sexe, des antécédents et des facteurs de risque patient, tout en encourageant une décision partagée quant aux dépistages souhaités • Conseille le patient ou sa famille au sujet des immunisations appropriées en fonction de l'âge et des facteurs de risque du patient (travail, voyages, habitudes, de vie, etc.)	Lecture critique • Propose des conduites fondées les lignes directrices pour les problèmes courants • Gère son incertitude en consultant principalement des lignes directrices, des articles de synthèse ou des applications pour trouver réponse à ses questions cliniques avant de consulter le superviseur Enseignement au patient • Donne des conseils appropriés à la situation (enseignement au patient) : auto-gestion, risques et effets secondaires, résultats attendus du traitement, quand venir consulter, etc. Enseignement aux étudiants • Explicite ses actions aux étudiants qu'il supervise • Adapte le contenu de son enseignement au niveau de connaissances de l'étudiant	Gestion des ressources • Rédige les formulaires ou effectue les démarches appropriées afin que son patient obtienne les investigations et soins requis en temps opportun • Oriente le patient vers les ressources présentes dans le milieu pour les situations cliniques courantes de première ligne Gestion de la pratique • Se questionne sur le coût et la disponibilité des ressources	• Explique de manière adaptée les risques et bénéfices des interventions et les conséquences de ne pas intervenir
Suivi après la consultation	• Structure sa note par problèmes, en rendant explicite le raisonnement clinique qui a amené au diagnostic et à la conduite proposée • Se montre fiable pour gérer les résultats d'investigations, en tentant de trouver des réponses avant de solliciter le superviseur; le consulte pour des situations complexes	Rédaction et tenue de dossiers • Tient des dossiers clairs, témoignant d'une compréhension adéquate des problèmes et de leur bonne gestion • Transmet rapidement (<24h) ses dossiers pour approbation • Fait bon usage du dossier médical électronique et de ses outils de communication pour assurer les soins aux patients	Collaboration interprofessionnelle • Précise ses demandes de consultation dans le but de favoriser un travail collaboratif et efficace • Participe aux rencontres inter-professionnelles en considérant l'apport de chacun			Gestion de la pratique • Assure la continuité des soins (ou planifie qui le fera) en prévoyant un délai de suivi raisonnable • Retourne les appels en temps opportun • Fonctionne avec un débit représentant au moins la moitié de celui attendu en début de pratique	• Lorsqu'il y a erreur ou omission, avise le patient de manière appropriée

Comportements à observer plus spécifiquement pendant l'étape de Maîtrise de la médecine familiale

	Expert en médecine familiale	Communicateur	Collaborateur	Promoteur de la santé	Érudit	Leader	Professionnel
Avant la visite		• Met à jour le dossier médical avant le rendez-vous, selon les rapports d'investigations et de consultation reçus				• Fait preuve de souplesse dans l'organisation du travail clinique • Répond aux demandes imprévues de ses patients et détermine la meilleure façon d'y faire face (offrir RV, référer au dépannage, etc.)	• Anticipe les facteurs qui pourraient avoir un impact sur ses consultations et demande conseil pour les gérer adéquatement
Accueil et planification de l'entrevue	• Envisage les aspects pertinents à la rencontre, autres que les raisons de consultation du patient	• Annonce une mauvaise nouvelle avec tact et sensibilité • Identifie les raisons de consultation non clairement exprimées et réajuste au besoin son contrat initial	• Anime efficacement une rencontre interdisciplinaire ou familiale			• Priorise efficacement les patients instables lorsque plusieurs urgences surviennent de façon simultanée • Exploite de façon optimale le temps disponible pour l'entrevue	
Collecte des données	• Interagit confortablement avec le patient durant l'évaluation : s'ajuste au rythme et aux propos du patient, adopte une séquence efficiente ajustée aux exigences de la situation clinique • Clarifie les objectifs de soins du patient	Écoute • Reconnaît l'intensité de la difficulté perçue par le patient; évite de minimiser (valide le vécu) • Valide sa compréhension du problème auprès du patient (fait savoir au patient ce qu'il a compris de ses propos, et reformule au besoin) Expression verbale/non verbale • Utilise judicieusement les questions ouvertes et fermées pour optimiser le recueil de données • Reconnaît ses sentiments et gère bien sa réaction en présence d'un patient difficile (contretransfert)	• Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient	• Repère les patients plus vulnérables ou marginalisés et cherche à répondre à leurs besoins			
Diagnostic	• Considère un éventail d'hypothèses diagnostiques fondées sur la prévalence des problèmes et leur dangerosité; en cible rapidement quelques-uns pour les situations cliniques complexes ou indifférenciées, en tentant d'être uniciste • Travaille activement avec le patient pour arriver à une décision partagée concernant la définition des problèmes. • Se satisfait d'un diagnostic symptomatique (ex. : dyspepsie) lorsqu'on ne peut confirmer le diagnostic étiologique	• Explique clairement ses impressions diagnostiques dans les situations cliniques complexes ou indifférenciées, en tenant compte de la compréhension du patient					
Prise en charge (investigations/ traitements)	• Utilise (ou n'utilise pas) de manière appropriée diverses investigations en fonction des circonstances • Identifie les traitements appropriés pour les **problèmes complexes/multiples, peu fréquents ou indifférenciés** • Ajuste la médication en tenant compte des particularités du patient (IRC, âge, interactions potentielles, etc.) • Intègre plusieurs problèmes dans son plan de traitement • Travaille activement avec le patient pour arriver à une décision partagée concernant les objectifs à atteindre, les priorités d'intervention et les méthodes de traitement. • Reconnaît les indications et contre-indications de plusieurs techniques plus spécialisées (colonne C), obtient un consentement approprié, s'y prépare adéquatement et démontre des habiletés techniques adroites; dispose du matériel de façon sécuritaire; anticipe les complications potentielles spécifiques à chaque patient • Prend des décisions cliniques en contexte d'incertitude	Structure d'entrevue • Explique le contrat final en s'assurant de la compréhension et de la satisfaction du patient Expression verbale/non verbale • Encourage la discussion, les questions et la rétroaction du patient; ajuste son plan en fonction de la situation du patient. • Implique le patient et sa famille pour trouver un terrain d'entente (décision partagée), par exemple pour déterminer le niveau d'intervention médicale • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque (refus de traitement, patient agressif/difficile, conflit de travail, etc.)	Collaboration avec les patients et leur famille • Convient avec le patient et ses proches du plan d'intervention approprié, compte tenu du niveau de risque acceptable et du niveau de soins souhaité • Consulte au besoin les membres de la famille/aidants pour orienter les interventions Collaboration interprofessionnelle • Sollicite les autres spécialistes ou professionnels adéquatement et en utilisant sa connaissance du réseau • Identifie les obstacles à la mise en place du plan d'intervention et participe à la recherche de solutions appropriées • Anticipe les investigations ou informations requises avant la consultation • Travaille en partenariat avc les divers acteurs du réseau (CLSC, pharmacies communautaires, etc.) afin d'offrir les meilleurs soins au patient et à ses proches	• Met une énergie appropriée à mobiliser un patient en utilisant notamment l'approche motivationnelle • Conseille le patient au sujet du dépistage pertinent, même si le patient ne consulte pas spécifiquement pour un examen médical périodique (opportunisme) • Facilite les efforts d'auto-gestion des conditions chroniques, en encourageant l'utilisation de services et ressources communautaires • Gère les résistances des patients et de leur famille aux face aux recommandations préventives (vaccination, etc.) • Fait des démarches auprès de certaines instances à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau pour faciliter l'accès aux services requis en temps opportun	Lecture critique • Gère son incertitude en consultant non seulement des lignes directrices, articles de synthèse ou applications, mais aussi la littérature scientifique pour trouver réponse à ses questions cliniques • Choisit avec soin les investigations qu'il demande, dans une perspective de limiter le surdiagnostic Enseignement au patient • Individualise les conseils de suivi, de manière appropriée à la situation (enseignement au patient) • Explique l'incertitude inhérente au diagnostic, à l'investigation, aux traitements proposés ou au pronostic Enseignement aux étudiants • Reconnaît dans une situation clinique les opportunités d'apprentissage	Gestion de la pratique • S'organise pour répondre aux divers besoins et demandes des patients au moment approprié • Ajuste son niveau de fonctionnement et son rythme au contexte • Avise les autorités concernées lors de la survenue d'événements indésirables • Coordonne l'équipe de soins (ex. : code bleu, appel aux consultants, lien avec les services communautaires) avec aide au besoin Gestion des ressources • Oriente le patient vers les ressources présentes dans le milieu ou à l'extérieur du réseau pour les situations cliniques complexes ou indifférenciées • Utilise judicieusement les ressources et considère le coût dans ses choix d'investigation et de prise en charge, en appliquant les recommandations de Choisir avec soin	• Comprend et respecte son rôlede médecin et les responsabilités du patient : exprime au patient et à ses proches la non recevabilité d'une demande inappropriée
Suivi après la consultation	• Rédige des notes ciblées et succinctes reflétant de manière évidente son raisonnement clinique, avec emphase sur la conduite, les conseils de départ et son plan d'action pour les prochaines visites	Rédaction et tenue de dossiers • Transmet ses dossiers le jour de la consultation pour approbation	Collaboration interprofessionnelle • Coordonne l'organisation d'une référence urgente • Participe aux rencontres inter-professionnelles en considérant l'apport de chacun	• Documente au dossier les interventions en lien avec les soins de santé préventifs		Gestion de la pratique • Réorganise son horaire pour rendre possible un suivi rapproché requis même si son horaire est comblé • Assure le suivi des Investigations demandées d'une manière proactive (sans intervention du superviseur)	

Comportements à observer plus spécifiquement pendant l'étape de Transition vers la pratique

	Expert en médecine familiale	Communicateur	Collaborateur	Promoteur de la santé	Érudit	Leader	Professionnel
Avant la visite			Reconnaît les situations où le leadership d'autres membres de l'équipe doit être favorisé			Gestion de la pratique • Prépare adéquatement sa rencontre avec les patients (débute sa note dans le DMÉ, lectures, discussion avec les pairs, spécialistes et professionnels) • Organise son temps en fonction du contexte de pratique (bureau, SRV, urgence, hospitalisation, etc.) • Prend les devants pour aider l'équipe clinique (tâches ou responsabilités qui ne lui sont pas officiellement assignées)	• Reconnaît les facteurs qui pourraient avoir un impact sur ses consultations et travaille pour les résoudre avant de rencontrer le patient
Accueil et planification de l'entrevue		• Démontre de la flexibilité dans sa façon de conduire l'entrevue • Développe et entretient un lien de confiance avec les patients avec qui les interactions peuvent être difficiles (clientèles marginales, défavorisées et/ou présentant des troubles de la personnalité)	Collaboration interprofessionnelle • Anticipe les raisons de consultation afin de prévoir des éléments de collaboration interprofessionnelle avant la visite médicale				
Collecte des données	• Questionne le patient/l'examine parfois en parallèle, afin de gagner en efficience	Expression verbale/non verbale • Reste calme devant une situation difficile ou qui semble sans issue et exprime au patient ce qu'il pense ou ressent • Utilise des stratégies pour gérer ses émotions et les situations de contre-transfert				Gestion de la pratique • Gagne en efficience en rédigeant certains éléments de sa note pendant l'entrevue, tout en maintenant un contact visuel lors des moments importants de la rencontre • Fonctionne avec un débit compatible avec le début de pratique • Coordonne l'équipe de soins (ex. : code bleu, soins dispensés à ses patients par divers consultants et professionnels de la santé, etc.)	
Diagnostic	• Est à l'aise d'utiliser le temps comme outil diagnostic • Utilise de façon sécuritaire le diagnostic par prototypes (processus inconscient et automatique, non hypothético-déductif)						
Prise en charge (investigations/ traitements)	• Réfléchit la prise en charge avec le patientt • Gère l'incertitude en encourageant la prise de décision partagée • Dans une situation d'incertitude, est capable de prévoir les signaux d'alarme à surveiller et d'en informer le patient • Enseigne aux patients en s'adaptant à eux et leur famille avec sensibilité • Prescrit méthodiquement et correctement les médicaments pour lesquels il faut tenir compte de considérations particulières (médicaments à usage limité et substances contrôlées) • Reconnaît les indications et contre-indications de certaines techniques spécialisées (colonne D), obtient un consentement approprié, se prépare adéquatement et démontre des habiletés techniques efficientes; dispose du matériel de façon sécuritaire • Assure la prise en charge des situations où l'intérêt et/ou le bien-être du patient est menacé • Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) • Propose des interventions pertinentes adaptées aux situations particulières	• Partage avec le patient une façon de voir sa situation de santé qui donne un sens à ses symptômes ou ses problèmes • Répond honnêtement et gère habilement les critiques ou plaintes des patients • Gère habilement des questions névralgiques, complexes ou pénibles (signalement à une société d'aide à l'enfance, échanges sur la sexualité et les facteurs de risque, aptitude à conduire, détermination de l'aptitude, etc.)	Collaboration interprofessionnelle • Personnalise les soins auprès de patients complexes (avec conditions chroniques et comorbidités) pour aider le patient à atteindre ses objectifs de soins • Coordonne l'équipe de soins dans la prise en charge de patients avec des conditions chroniques Collaboration avec les patients et leur famille • Favorise l'alliance thérapeutique avec les gens présents en entrevue plutôt que de prendre position pour certains en cours d'entrevue	• Répond de manière appropriée aux besoins particuliers des clientèles vulnérables ou marginalisées	• Recherche la réponse à certaines questions cliniques dans la littérature scientifique, qu'il interprète de manière critique au chevet du patient • Tient compte spontanément des données probantes disponibles dans son utilisation des outils diagnostiques et thérapeutiques • Personnifie les lignes directrices ou les résultats d'études scientifiques pour en assurer l'applicabilité au patient sur une base individuelle Enseignement aux étudiants • Fait expliciter à l'étudiant sa démarche clinique • Pose des questions pour susciter la réflexion des étudiants et faire émerger leurs besoins d'apprentissage • Donne une rétroaction ciblée sur les comportements observés de l'étudiant		
Suivi		• Complète ses notes immédiatement après chaque patient en cernant l'essentiel pour le suivi	• Mobilise les proches et les membres de l'équipe pour résoudre un problème • Coordonne la séquence des interventions auprès des membres d'une équipe en contexte de soins aigus	• Agit à titre de défenseur du patient et de sa communauté en veillant à leur meilleur intérêt dans le système de santé • Prend part à des activités pour améliorer la santé de sa communauté		• Anticipe les investigations importantes à recevoir par un système personnel de suivi (recherche de résultats manquants, rappel de patients) • Effectue une facturation adéquate	Éthique • Lorsqu'une erreur a été commise, reconnaît sa contribution, la discute avec les personnes appropriées, tente de clarifier ce qui est arrivé et applique la mesure correctrice appropriée pour l'avenir (divulgation des événements indésirables) Réflexion sur la pratique • Fait systématiquement une auto-réflexion sur sa pratique, pour approfondir sa connaissance de soi et en tirer des leçons positives

Gestes techniques proposés à chacune des étapes de la résidence en médecine familiale

(adapté des objectifs d'évaluation du CMFC[1])

	A Techniques de base	B Techniques courantes	C Techniques plus spécialisées	D Techniques spécialisées
Étape du formation	**Transition vers la médecine familiale (3 à 6 premiers mois R1)**	**Acquisition des fondements de la médecine familiale (jusqu'à fin R1)**	**Maîtrise de la médecine familiale majorité du R2)**	**Transition vers la pratique (3 à 6 derniers mois de R2)**
Interventions tégumentaires	Cryothérapie des lésions cutanées Cautérisation des lésions cutanées Grattage de la peau pour identification de champignons Utilisation de la lampe de Wood Rogner une callosité cutanée Infiltration d'un anesthésique local	Débridement de plaie Insertion de sutures; simple, point de matelassier et sous-cuticulaire Réparation de lacération; suture et application de colle Bloc digital d'un doigt ou d'un orteil	Incision et drainage d'abcès/kyste Biopsie cutanée; rasage, à l'emporte-pièce et excisionnelle Excision de lésions dermiques, p. ex. papillome, naevus ou kyste Évacuation d'un hématome sous-unguéal Drainage d'un panaris aigu Exérèse partielle d'un ongle d'orteil Excision cunéiforme d'un ongle incarné Exérèse d'un corps étranger, p. ex. hameçon, écharde ou morceau de verre Interventions avec anesthésie locale	
Interventions oculaires	Examen du fond d'oeil Instillation de fluorescéine Application d'un pansement oculaire	Examen à la lampe à fente Mesure d'une tension intra-oculaire	Exérèse d'un corps étranger cornéen ou conjonctival	
Interventions auriculaires	Exérèse de cérumen		Exérèse d'un corps étranger	
Interventions nasales			Exérèse d'un corps étranger Cautérisation d'une épistaxis antérieure	Tamponnement nasal antérieur
Interventions gastro-intestinales		Incision et drainage d'une hémorroïde externe thrombosée Anuscopie/rectoscopie	Insertion d'une sonde naso-gastrique	
Interventions génito-urinaires et santé de la femme	Cryothérapie ou chimiothérapie des condylomes Test de Papanicolaou	Insertion d'un cathéter transurétral Insertion d'un stérilet	Aspiration d'un kyste mammaire Biopsie de l'endomètre par aspiration	Insertion et ajustement d'un diaphragme ou d'un pessaire
Interventions obstétricales		Rupture artificielle des membranes Accouchement vaginal normal Épisiotomie et réparation		
Interventions musculo-squelettiques		Pose d'une attelle aux extrémités blessées Pose d'une écharpe—extrémité supérieure Réduction d'une luxation de la tête radiale (subluxation du coude) Aspiration et injection dans l'articulation du genou Aspiration et injection dans l'articulation de l'épaule Injection de l'épicondyle latéral (tennis elbow) Aspiration et injection des bourses, p. ex. rotulienne, sous-acromiale	Réduction d'une luxation d'un doigt Réduction d'une luxation de l'épaule Application d'un plâtre à l'avant-bras Application d'une attelle cubitale en gouttière Application d'un plâtre scaphoïdien Application d'un plâtre sous le genou	
Interventions de réanimation (en laboratoire de simulation)	Injection intramusculaire Injection sous-cutanée Injection transdermique	Insertion d'une canule orale Ventilation par masque et ballon Intubation endotrachéale Défibrillation cardiaque Ponction veineuse Gaz artériel Ponction lombaire chez l'adulte	Injections et mise en place d'une canule Installation d'une ligne intraveineuse périphérique; adulte et enfant Accès veineux périphérique—nourrisson	

- Les gestes techniques devraient pouvoir être exécutés de façon autonome à l'étape indiquée. Un geste effectué après révision de la théorie avec le superviseur ou sous supervision directe est considéré comme exécuté de façon autonome si le superviseur n'a pas ou n'aurait pas eu à intervenir.
- Tous les gestes nommés peuvent être effectués à n'importe quelle période avec une supervision appropriée.
- Toutes les techniques indiquées n'ont pas à être exécutées de façon autonome pour réussir le programme de résidence mais doivent être connues.

g. Les fiches de rétroaction quotidienne (FO-R)

Fiche d'observation-rétroaction (FO-R) pour les activités de continuité de soins ambulatoires dans le stage de médecine de famille

Cet outil se veut le plus convivial et le moins contraignant possible. Nous vous recommandons de l'utiliser comme suit :

- Pour ceux qui travailleront avec une version papier, faites une copie recto verso du fichier pour que l'outil tienne sur une seule page.
- La FO-R peut être utilisée pour donner de la rétroaction après observation d'une ou de plusieurs consultations, avec ou sans rendez-vous, au cours d'une plage clinique ou même d'une partie d'une consultation (anamnèse, examen, fin d'entrevue). La rétroaction peut porter sur une ou plusieurs compétences selon le jugement de l'enseignant et les besoins du résident. **Tout n'a pas à être discuté en une seule fois**.
- Le verso liste les activités professionnelles confiables (APC) pertinentes pour le suivi ambulatoire et le Niveau de Confiance de la Délégation de Responsabilité (NiCDeR) attendu d'un résident qui évolue normalement pour chaque APC, en fonction de son niveau de formation. Le tableau décrit quel niveau NiCDeR est attendu pour chaque temps jalon. Ex : APC Assure le suivi de ses patientes enceintes à un NiCDeR 2 pour le temps jalon T0-5. Donc, on s'attends à ce que les superviseurs soient à l'aise de laisser le résident assurer les suivis des patientes enceintes sous supervision indirecte étroite lors de ses premiers mois de résidence.
- Le recto comporte un espace pour décrire le contexte clinique, et un espace pour stimuler l'échange pédagogique entre le résident et l'enseignant. **Plus les exemples sont précis, plus facile sera la tâche de votre comité local de compétences par la suite.**
- L'enseignant, en s'inspirant du guide de la grille de notation pour les APC et la trajectoire de développement des compétences, peut écrire sa rétroaction en notant dans la case appropriée une ou deux forces observées et une ou deux choses prescriptions pédagogiques.
- La case ***Pour l'ensemble des cas couverts dans la journée, le NiCDeR attendu a été atteint*** doit être utilisée pour indiquer si un APC n'a pas atteint le niveau NiCDeR pour le niveau de formation et doit être amélioré, faute de quoi une mention défavorable (inférieur aux attentes) pourrait apparaitre dans l'évaluation sommative. C'est un message clair passé aux résidents.
- Le résident, après discussion avec l'enseignant peut écrire dans la case appropriée ce qu'il retient de l'échange et ce qu'il compte faire pour continuer à progresser.
- Pour comptabiliser facilement les APCs et compétences CanMEDS dans lesquels un résident a déjà reçu de la rétroaction, identifier, sur le verso, les APCs et les compétences qui ont fait l'objet d'une rétroaction.
- Conservez et archivez ces FO-R dans le cahier de chaque résident. Vous devriez en accumuler suffisamment pour porter un jugement sur l'atteinte des compétences pour chaque APC et compétence CANMEDS.

Pour mieux remplir ces fiches : Dudek N, Dojeiji S. Twelve tips for completing quality in-training evaluation reports. *Medical Teacher.* 2014/12/01 2014;36(12):1038-1042. http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2014.932897
Les trajectoires de développement des compétences (TDC) ainsi que le guide de notation de la FASC se retrouvent dans le cahier du résident (section X page 60 et annexe 3 page 178) à l'endroit suivant : https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2019/09/Cahier_du_programme_2020-2021maj2021-05-17.pdf et dans ce document à la section évaluation.

Fiche d'observation-rétroaction (FO-R)

Résident : _____ Date : _____

Activité : ☐Bureau ☐SRDV ☐VAD ☐Autre : _____

Objectif(s) de supervision : _____

☐ T0-5 ☐ T6-11 ☐ T12-17 ☐ T18-24

Âge	Cas		Observations
	Complexe **Supervision directe**	☐ ☐	
	Complexe **Supervision directe**	☐ ☐	
	Complexe **Supervision directe**	☐ ☐	
	Complexe **Supervision directe**	☐ ☐	
	Complexe **Supervision directe**	☐ ☐	
	Complexe **Supervision directe**	☐ ☐	

Rétroaction

Forces :

Prescription pédagogique : (corriger, consolider, continuer plus loin)

Pour l'ensemble des cas couverts dans la journée, le NiCDeR attendu a été atteint :

☐ Oui ☐ Non, APC à travailler : _____

Réflexion du résident :

_____ _____

Signature du superviseur Signature du résident

NiCDeR	Confère une autonomie	Traduction pédagogique : *J'ai suffisamment confiance en ce résident pour lui déléguer l'activité professionnelle*
1	Minimale	**Sous supervision directe stricte :** • *Observation de l'activité ou retour auprès du patient avant le congé*
2	Restreinte	**Sous supervision indirecte étroite :** • *Discussion du cas systématiquement avant le congé*
3	Modérée	**Sous supervision indirecte relative :** • *Discussion du cas avant le congé* ***sauf*** *si résident le juge non nécessaire*
4	Élevée	**Sous supervision indirecte distante :** • *Discussion du cas après le congé*
5	Complète	**Sans supervision**

Activités Professionnelles Confiables	NiCDeR			
	T 0-5	T 6-11	T 12-17	T 18-24
1. Assure le suivi médical périodique des enfants de 0 à 5 ans	2	2	3	4
2. Assure le suivi de ses patientes enceintes	2	2	3	4
3. Assure le suivi des patients avec problèmes aigus	2	2	3	4
4. Assure le suivi des patients avec problèmes complexes ou indifférenciés	2	2	3	4
5. Assure le suivi des patients avec problèmes chroniques	2	3	4	4
6. Assure la prise en charge de ses patients hospitalisés	2	2	3	4
7. Assure le suivi des patients âgés avec syndromes gériatriques	2	2	3	4
8. Assure le suivi des patients à domicile et en hébergement	2	2	3	4
9. Assure le suivi des patients avec difficultés de vie	2	2	3	4
10. Assure le suivi des patients avec problèmes de santé mentale	2	2	3	4
11. Gère les épisodes de soins lors de la garde communautaire et hospitalière	2	2	3	4

COMPÉTENCES CANMEDS

Expertise médicale	Capacité 1 : Évalue une situation et poser un diagnostic Capacité 2 : Élabore et applique un plan d'intervention Capacité 3 : Assure le suivi clinique en temps opportun Capacité 4 : Consigne les informations au dossier conformément aux règles
Promotions de la santé	Capacité 1 : Effectue des interventions de promotion de la santé et de prévention auprès des patients
Collaboration	Capacité 1 : Participe harmonieusement au fonctionnement d'une équipe de soins Capacité 2 : Planifie, coordonne et dispense les soins en équipe
Communication	Capacité 1 : Conduit l'entrevue médicale en partenariat avec le patient Capacité 2 : S'assure de comprendre et d'être compris de ses interlocuteurs
Professionnalisme	Capacité 1 : Se conduit selon les valeurs, règles et normes de la profession Capacité 2 : Fonde ses actions sur une démarche clinique éthique
Érudition	Capacité 1 : Assure son développement professionnel de façon réflexive Capacité 2 : Favorise l'apprentissage de tiers en offrant un enseignement adapté aux objectifs de stage Capacité 3 : Contribue aux activités d'érudition
Gestion	Capacité 1 : Utilise judicieusement les ressources Capacité 2 : Gère son temps pour répondre aux besoins de ses patients

Il est important de vous référer au guide de la grille de notation
<u>pour les APC et la trajectoire de développement des compétences</u>

Fiche d'observation-rétroaction (FO-R) pour le stage d'urgence

FICHE D'OBSERVATION-RÉTROACTION (FO-R) **Période T_____**

PRÉNOM ET NOM DU RÉSIDENT :……

MILIEU DE STAGE :……. Date :……..

Niveau : R1 ☐ **R2** ☐ **AMBULATOIRE** ☐ **CIVIÈRES** ☐ **JOUR** ☐ **SOIR** ☐ **NUIT** ☐

Situations cliniques Supervision directe **(SD)** / indirecte **(SI)**	**Supervision**		**Situations cliniques** Supervision directe **(SD)** / indirecte **(SI)**	**Supervision**	
	SD	**SI**		**SD**	**SI**
1.			**7.**		
2.			**8.**		
3.			**9.**		
4.			**10.**		
5.			**11.**		
6.			**12.**		

Techniques		**Vues**	**Effectuées**	**Commentaires**
1.				
2.				
3.				

Réflexion du résident sur sa garde (cas vus, rétroaction, supervision reçue, etc.)

RÉTROACTION :

APC des soins urgents et soins critiques	**NiCDeR atteint**	**Commentaires**
1. Reconnait le patient qui nécessite une intervention urgente		
2. Stabilise la condition d'un patient dont la survie est menacée		
3. Gère les situations psychosociales complexes dans un contexte de soins aigus		
4. Maîtrise les diverses techniques associées à la prestation des soins urgents		
5. Assure la prise en charge globale et le suivi des patients lors de leurs épisodes de soins aigus		
6. Exerce son leadership en situation d'urgence		

*À noter que le NiCDeR attribué à l'évaluation finale n'équivaut pas à la moyenne calculée de toutes les FO-R, mais bien au NiCDeR jugé atteint à la fin du stage

Prescription pédagogique du patron

Forces et autres commentaires

Conforme ☐ Améliorations souhaitées ☐

_____ _____

Signature de l'enseignant (+ nom lettres moulées) Signature du résident

FICHE D'OBSERVATION-RÉTROACTION (FO-R)

Échelle NiCDeR – Niveau de Confiance de Délégation des Responsabilités

Suite à mon observation, je me sens confortable de laisser le résident exécuter la tâche sous…

1 - **Supervision directe stricte** – *J'ai dû exécuter la tâche clinique*

2 - Supervision indirecte étroite – *J'ai dû le guider*

3 - Supervision indirecte relative – *J'ai dû parfois le guider*

4 - Supervision indirecte distante – *Je devais être sur place au cas où*

5 - Aucune supervision – *Je n'avais pas besoin d'être sur place*

APC et Niveaux attendus	T0-6	T7-17	T18-24
1) Reconnait le patient qui nécessite une intervention urgente – Reconnaître les anomalies des signes vitaux, les trouvailles inquiétantes à l'examen physique, le patient en douleur, l'altération de l'état de conscience, les signes de choc, les données paracliniques anormales ou toutes autres anomalies mettant en péril l'intégrité du patient.	2 ☐	3 ☐	5 ☐
2) Stabilise la condition d'un patient dont la survie est menacée – Exécuter les actions nécessaires pour stabiliser les signes vitaux du patient (ex : réanimation volémique, utilisation des bronchodilatateurs, etc.) ou toutes lésions mettant en péril l'intégrité du patient (ex : immobilisation en trauma, etc.).	1 ☐	2 ☐	3 ☐
3) Gère les situations psychosociales complexes dans un contexte de soins aigus – Évaluer et traiter les clientèles vulnérables (itinérants, personnes âgées, etc.) et les situations psychosociales (violence conjugale, toxicomanie, etc.) dans un contexte de soins aigus. – Référer ces clientèles aux ressources appropriées. – Se familiariser avec les ressources et les cadres médico-légaux pertinents à ces clientèles (ex : DPJ, garde préventive, etc.).	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4) Maîtrise les diverses techniques associées à la prestation des soins urgents – Exécuter les gestes techniques attendus qui se retrouvent dans les objectifs de stage. – S'assurer d'effectuer les gestes techniques qui ont un impact sur la vie du patient au moment opportun (intubation, décompression à l'aiguille, etc.).	1 ☐	2 ☐	3 ☐
5) Assure la prise en charge globale et le suivi des patients lors de leurs épisodes de soins aigus – Établir un plan de traitement approprié à la condition clinique. – Assurer le suivi et gérer les résultats des examens demandés. – Planifier l'orientation du patient à la fin de l'épisode de soins à l'urgence.	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6) Exerce son leadership en situation d'urgence – Démontrer de l'initiative et prioriser les actions à prendre en situation d'urgence. – Coordonner les soins et travailler conjointement avec les différents professionnels pour optimiser la prise en charge. – Considérer les éléments entourant la sécurité des patients et des membres de l'équipe	1 ☐	2 ☐	3 ☐

FICHE D'OBSERVATION---RETROACTION

Suivi gériatrique à T---12

Résident : _____ Date : _____

CONTEXTE : ❑ Supervision directe ❑ Supervision indirecte/discussion de cas

SECTEUR DE SOINS : ❑ Ambulatoire ❑ SAD ❑ CHSLD ❑ Autre : _____

Objectif(s) de supervision : _____

Situations cliniques :

1--- _____ ❑ Cas simple ❑ Cas complexe

2--- _____ ❑ Cas simple ❑ Cas complexe

3--- _____ ❑ Cas simple ❑ Cas complexe

Situations éthiques discutées : _____

RETROACTION :

Forces

Cibles à travailler

❑ *Inférieur pour le niveau de formation*

Réflexions du résident

_____ _____

Signature de l'enseignant Signature du résident

Expertise □	
Collige les données	Différencie le vieillissement normal du vieillissement pathologique lors de l'évaluation d'un problème de santé présenté par la personne âgée (T0-3) Sollicite, en temps opportun, la contribution des proches aidants de la personne âgée pour obtenir l'information médicale nécessaire à l'évaluation clinique et, au besoin, à l'orientation des interventions médicales et des objectifs du plan de soins. Détecte et évalue les syndromes gériatriques et les problèmes de santé fréquents de la personne âgée, incluant les indices de fragilité Intègre les signes vitaux gériatriques AINÉES dans l'évaluation initiale et le suivi
Juge des priorités	Priorise les problèmes à évaluer en fonction de leur morbidité et des attentes des patients et de leurs proches dans les situations simples et dans certaines situations plus complexes. Reconnaît et initie la gestion, avec discernement, des urgences.
Formule un diagnostic différentiel et pose un diagnostic	Pose, dans la majorité des cas, le diagnostic le plus probable et hiérarchise les diagnostics différentiels. Tient compte des besoins et des particularités du patient dans l'élaboration de ses diagnostics. Reconnaît la perte d'autonomie comme une présentation clinique fréquente d'une maladie systémique. (T6)
Recommande ou applique un plan d'intervention **Assure le suivi**	Établit un niveau de soins. Élabore et coordonne un plan d'intervention médicale adapté au contexte clinique, aux attentes de la personne âgée et de ses proches aidants pour les problèmes courants. Maîtrise les mesures ou traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour les problèmes courants.

Communication □		Professionnalisme □	
Débute l'entrevue	Propose et négocie au besoin un déroulement de rencontre en tenant compte des besoins et des priorités cliniques	**Respecte le patient**	Assure le respect de la personne âgée dans l'ensemble des soins qui lui sont prodiguées, et de son auto-détermination Évite de faire de l'âgisme
Recueille l'information	Ajuste son questionnaire à l'âge du patient, à ses capacités cognitives, à son degré de littératie, à ses caractéristiques socio-culturelles et à ses expériences de vie. Adapte son questionnaire lors d'un appel téléphonique avec le patient, son proche ou un intervenant.	**Maintien des relations appropriées**	Respecte le secret professionnel. Adopte une attitude respectueuse et bienveillante. Maintient une distance appropriée au plan relationnel et physique, identifie les situations où elle ne l'est pas et la rétablit. Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque.
Structure l'entrevue	Adapte la structure de l'entrevue aux exigences de la situation clinique en tenant compte du temps prévu	**Démarche éthique**	Élabore une stratégie d'approche aux situations cliniques présentant des enjeux éthiques
Explique et planifie	Annonce le diagnostic en tenant compte de la compréhension du patient et de ses proches dans les cas complexes ainsi que de leur réponse affective. Explique l'incertitude reliée au diagnostic, à l'évolution et au pronostic de la maladie et les risques inhérents à l'investigation ou aux traitements proposés.	**Assume ses responsabilités**	Fait preuve de dévouement et de compassion (T3). Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun (accès adapté). Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence (T3).
Termine l'entrevue	S'assure d'avoir bien répondu aux préoccupations du patient. S'entend avec le patient sur les prochaines étapes Réitère les consignes essentielles.	**Assure bien-être et sécurité du patient**	Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et en avise son superviseur (T3). Réfère judicieusement lorsqu'il ne peut assurer seul le suivi des patients
Construit une relation professionnelle	Commence à utiliser des stratégies communicationnelles appropriées dans les situations cliniques complexes. Gère les insatisfactions des interlocuteurs de façon respectueuse.	**Agit en toute justice et équité**	Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du patient. Adapte son intervention aux ressources disponibles.

Gestion □		Collaboration □	
Utilise judicieusement les ressources	Justifie son utilisation des ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience). Priorise et oriente judicieusement ses patient vers les ressources pour les cas complexes. Emploie judicieusement les technologies de l'information.	**Participe au fonctionnement d'une équipe**	Sollicite efficacement l'apport des professionnels de l'équipe de soins (en particulier l'intervenant pivot) et des proches S'assure que l'information pertinente est transmise à tous les intéressés en temps opportun. Reconnait les situations où le leadership des autres membres de l'équipe doit être favorisé.
Coordonne les aspects organisationnels de sa pratique	S'organise pour répondre aux divers besoins et demandes des patients avec justesse et au moment approprié. Participe au fonctionnement de l'équipe de garde afin d'assurer le suivi des patients en cas d'urgence ou de période d'absence.	**Planifie, coordonne et dispense les soins en équipe**	Aide le patient et ses proches à formuler les objectifs de soins et à identifier les ressources nécessaires pour les atteindre. Participe aux discussions de cas interprofessionnelles, aux réunions d'élaboration et de suivi de PII, en partenariat avec le patient et ses proches.

Promotion de la santé □		Érudition □	
Effectue des interventions de promotion de la santé auprès de ses patients	Applique avec la collaboration des autres membres de l'équipe les recommandations de dépistage des facteurs de risques et des mesures préventives, adaptés à la personne âgée. Conseille le patient sur la pertinence ou non d'investigations et l'implique dans la prise de décision.	**Développement professionnel continu**	Ajuste ses apprentissages à partir de la réflexion sur sa pratique dans le but de développer sa compétence en soins aux personnes âgées Recherche une rétroaction sur son enseignement.
		Favorise l'apprentissage de tiers	Adapte le contenu de son enseignement au niveau de connaissances de son interlocuteur. Utilise la rétroaction reçue pour améliorer ses enseignements.

FICHE D'OBSERVATION---RETROACTION

Suivi gériatrique à T 18-24

Résident : _____ Date : _____

CONTEXTE : ❑ Supervision directe ❑ Supervision indirecte/discussion de cas

SECTEUR DE SOINS : ❑ Ambulatoire ❑ SAD ❑ CHSLD ❑ Autre : _____

Objectif(s) de supervision : _____

Situations cliniques :

1--- _____ ❑ Cas simple ❑ Cas complexe

2--- _____ ❑ Cas simple ❑ Cas complexe

3--- _____ ❑ Cas simple ❑ Cas complexe

Situations éthiques discutées : _____

RETROACTION :

Forces

Cibles à travailler

❑ *Inférieur pour le niveau de formation*

Réflexions du résident

_____ _____

Signature de l'enseignant Signature du résident

Expertise	
Collige les données	Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas complexes. Intègre toute l'information pertinente (patient, dossier, proches, intervenants) qui tient compte de la tolérance et des incapacités physiques et cognitives du patient (inaptitude).
Juge des priorités	Priorise les problèmes à évaluer en fonction de leur morbidité et des attentes des patients et de leurs proches dans la majorité des situations complexes. Reconnaît et gère avec discernement les urgences
Formule un diagnostic différentiel et pose un diagnostic	Pose le diagnostic le plus probable et hiérarchise les diagnostics différentiels en tenant compte du tableau clinique, de la prévalence et de la gravité potentielle des problèmes, tant pour les situations cliniques courantes, qu'elles soient simples ou complexes (problèmes indifférenciés, comorbidité multiple, perte d'autonomie, polymédication, etc.), que pour celles qui sont plus rares.
Recommande ou applique un plan d'intervention	Établit de façon autonome et applique un plan d'intervention approprié qui tient compte des données probantes (souvent limitées pour la population âgée), des attentes des patients et des ressources communautaires disponibles et du niveau de soins, en fonction de l'urgence de la situation. Élabore et coordonne un plan d'intervention médicale adapté au contexte clinique, aux attentes de la personne âgée et de ses proches aidants pour les problèmes courants et dans certaines situations plus complexes Élabore avec le patient ou le proche aidant une stratégie et un plan de gestion de l'incertitude. Propose des interventions adaptées, et proportionnées Prescrit des médicaments de façon appropriée et les révise périodiquement, en tenant compte des particularités du patient.
Assure le suivi	Ajuste son suivi selon l'évolution des situations plus complexes. Assure le suivi des patients en phase de fin de vie

Communication		Professionnalisme	
Débute l'entrevue	Identifie la ou les raisons de consultation non clairement exprimées. Propose et négocie au besoin un déroulement de rencontre au patient en tenant compte des besoins exprimés et des priorités cliniques.	**Respecte le patient**	Utilise les stratégies appropriées pour répondre aux besoins et priorités du patient ou de ses proches en cas de divergence d'opinion sur le plan de soins.
Recueille l'information	Ajuste son questionnaire à l'âge du patient, à ses capacités cognitives, à son degré de littératie, à ses caractéristiques socio-culturelles ou religieuses et à ses expériences de vie (T6) Adapte son questionnaire lors d'un appel téléphonique avec le patient, son proche ou un intervenant.	**Fonde ses actions sur une démarche éthique**	Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée, libre et éclairée, dans les limites de la bonne pratique.
Structure l'entrevue	Exploite de façon optimale le temps disponible pour l'entrevue.	**Assure bien-être et sécurité du patient**	Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et en avise son superviseur (T3). Réfère judicieusement lorsqu'il ne peut assurer seul le suivi des patients, en reconnaissant les limites de sa compétence. (T6) Intervient dans l'intérêt du patient en conciliant les besoins individuels et collectifs.
Explique et planifie	Anticipe et s'adapte aux réponses affectives du patient et de ses proches. Convient avec le patient des choix de traitements et du niveau de risque acceptable pour lui.	**Agit en toute justice et équité**	Adapte son intervention aux ressources disponibles (T12). Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du patient.
Termine l'entrevue	S'assure qu'il a bien répondu aux préoccupations du patient dans les situations complexes (T12). S'entend avec le patient sur les prochaines étapes dans les situations complexes (T12). Réitère les consignes essentielles dans les situations complexes (T12).	**Maintien des relations appropriées**	Respecte le secret professionnel (T3). Adopte une attitude respectueuse et bienveillante (T3). Maintient une distance appropriée au plan relationnel et physique, identifie les situations où elle ne l'est pas et la rétablit (T12).
Construit une relation professionnelle	Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes (par exemple, cécité, surdité, aphasie, troubles cognitifs ou de comportements, faible niveau de littératie).	**Assume ses responsabilités**	Voit ses patients lorsque nécessaire, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun (T3). Assure la continuité des soins auprès du patient et de ses proches dans tous les contextes de soins (y compris le CHSLD), en incluant les demandes urgentes et semi-urgentes (accès adapté).

Gestion		Collaboration	
Utilise judicieusement les ressources	Utilise judicieusement les ressources diagnostiques, thérapeutiques, communautaires ainsi que les consultants et autres professionnels (pertinence, efficacité, efficience, accès, coût). Emploie judicieusement les technologies de l'information (T12).	**Participe au fonctionnement d'une équipe**	Collabore en tenant compte des contraintes du milieu et des responsabilités de chacun. S'assure que l'information pertinente est transmise à tous les intéressés, en temps opportun. Établit une relation de partenariat avec le patient et ses proches (reconnaissance de ses savoirs expérientiels et de son projet de vie, développement de son autonomie). Délègue à qui de droit ce qui peut être délégué, de façon explicite et dans un souci d'efficience sans compromettre la sécurité de la personne âgée
Coordonne les aspects organisationnels de sa pratique	Prend des décisions en situations cliniques et professionnelles complexes même s'il n'a pas toutes les données, en contexte d'incertitude. Adapte efficacement son horaire en cas de situations imprévues. Organise son travail en équipe afin d'assurer le suivi des patients en cas d'urgence ou de périodes d'absence. Gère efficacement le processus d'admission et de congé d'un service.	**Planifie, coordonne et dispense les soins en équipe**	Anticipe les écueils possibles d'un plan de soins et participe à la recherche de solutions. Soutient les professionnels et les étudiants dans la prestation et la coordination des soins et services auprès du patient et de ses proches. Participe aux discussions de cas interprofessionnelles, aux réunions d'élaboration et de suivi de PII, en partenariat avec le patient et ses proches.

Promotion de la santé		Érudition	
Effectue des interventions de promotion de la santé auprès de ses patients	Évalue avec le patient et ses proches, ses habitudes de vie et les facteurs pouvant influencer sa santé, dont les indices de fragilité, et adapte ses interventions en conséquence. Participe à des activités d'éducation à la santé et à la défense des droits des patients, auprès de la collectivité locale. Identifie les signes d'épuisement des proches aidants et les oriente vers les intervenants et les ressources appropriées	**Assure son développement professionnel continu**	Détermine ses besoins de formation pour atteindre le niveau attendu de maîtrise des compétences requis dans sa pratique future. Consulte efficacement la littérature et raffine son analyse critique.
		Favorise l'apprentissage de tiers	Participe en équipe à une démarche réflexive d'amélioration continue des soins et des services destinés aux personnes âgées.

h. Fiche d'observation – Rétroaction multidisciplinaire (FO-R M)

Dans le cadre de l'évaluation 360 des résidents en médecine de famille, le programme a développé une fiche d'observation –rétroaction multidisciplinaire. Cet outil permet d'avoir une appréciation de la compétence du résident dans les domaines suivants; professionnalisme, communication, collaboration et gestion.

Cette fiche est remplie par l'ensemble du personnel du GMF U qui travaille avec le résident.

Elle doit être rempli au moins une fois par semestre par un professionnel ou idéalement par un représentant d'un groupe de professionnels qui collige une fiche par résident au nom du groupe. Les professionnels impliqués sont tous ceux qui travaillent en collaboration avec le résident au sein du GMF U tel que; infirmiers cliniciens, infirmiers auxiliaires, personnel administratif, psychologue et travailleurs sociaux et autres professionnels.

Chaque comité local de compétence (CLC) détermine les modes d'application selon l'organisation locale des services.

Elle est anonyme et remise au président du comité local de compétence.

Le CLC est responsable d'assurer la formation de base aux différents groupes de professionnels.

La rétroaction au résident est remise par le CLC lors de rencontre formative ou sommative.

Nous encourageons les professionnels a continué de discuter de leurs observations directement au résident afin de permettre au résident de profiter davantage de vos commentaires.

FICHE D'OBSERVATION - RÉTROACTION MULTIDISCIPLINAIRE (FO-R M)

Nom du résident: _____ **Date :** _____

Veuillez utiliser ce tableau et décrire le comportement du résident en mentionnant tout comportement qui vous inquiète, si c'est le cas. Donnez des exemples concrets. Ce formulaire sera transmis au comité local de compétence. Notez bien que votre nom ne sera pas divulgué sans votre autorisation au préalable. Par contre, vous êtes encouragés à discuter de vos observations avec le résident.

COMPÉTENCES	***Sans préoccupation***	***Vous avez une certaine préoccupation***	***Vous avez une préoccupation importante***	**COMMENTAIRES:** Veuillez décrire vos observations. Elles doivent être objectives sans tenir compte du sexe, de la religion ou de la culture.
PROFESSIONNALISME Respectueux, empathique et à l'écoute. Respecte les opinions, la vie privée, la dignité et la confidentialité des patients.				
COMMUNICATION Transmets l'information claire et précise tant oralement qu'à l'écrit. S'assure de comprendre et d'être compris. Est à l'écoute des patients, des intervenants et de ses collègues.				
COLLABORATION Respecte les rôles, les responsabilités et les opinions des membres de l'équipe et travaille de manière constructive. Établis un plan de soins en partenariat avec les autres professionnels.				
GESTION Ponctualité Gère les demandes, tâches médico-administratives et fait les suivis pertinents dans un délai acceptable				

POINTS FORTS
POINTS À AMÉLIORER

GESTION				
Ponctualité Gère les demandes, tâches médico-administratives et fait les suivis pertinents dans un délai acceptable				

Discuté avec le résident : Oui / Non

Nom de l'évaluateur: _____ Poste/ titre_____ Signature:_____ Date:_____ _____

i. Le journal de bord

Journal de Bord

Résident : _____ Superviseur : _____

Date : _____

Activité : Bureau ☐ Urgence ☐ Hospitalisation ☐
Autres (préciser) _____

Cas vus et/ou discutés :

_____

_____

Techniques/habiletés pratiquées :

_____

_____

Une notion retenue :

_____

_____

Ce que j'ai réussi :

_____

_____

Ce que je dois améliorer :

_____

_____

Considération (réflexion) pour une prochaine activité :

_____

_____

Lyne Ménard,
Alain Papineau,
UMF Baie des Chaleurs.

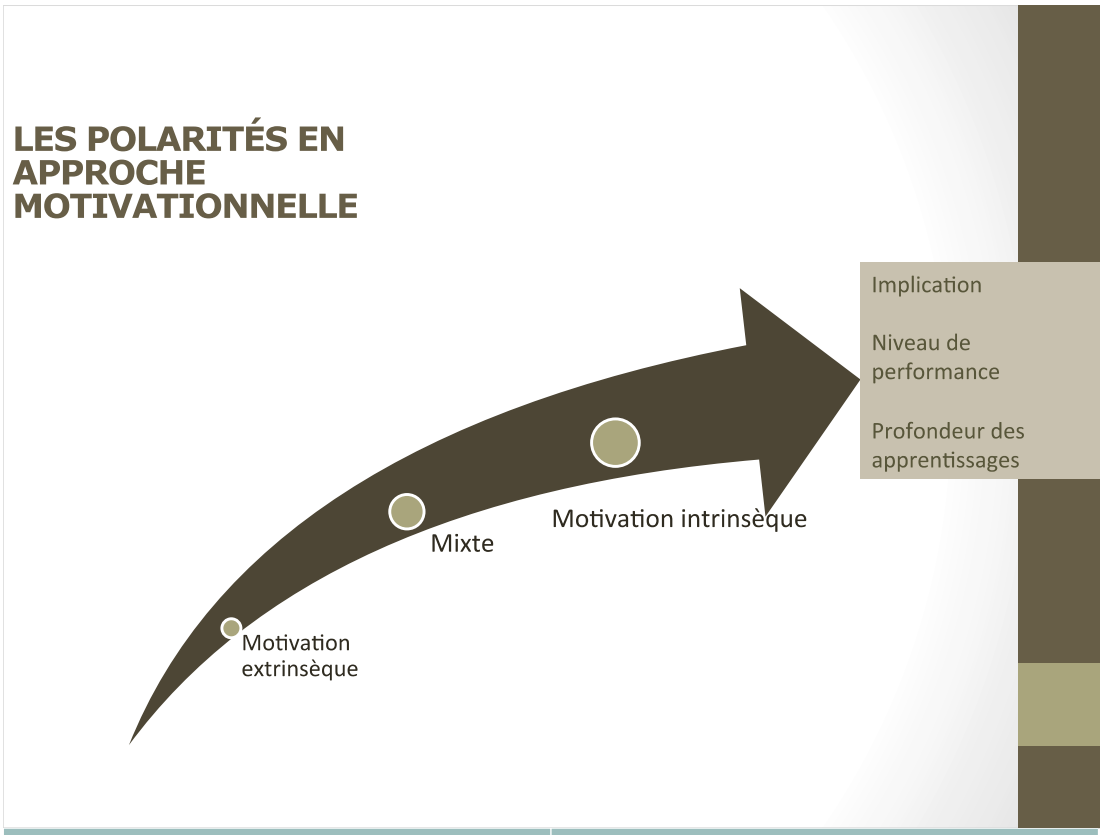
j. Enseignant et apprenant : un équilibre à trouver !

Style d'enseignant, style d'apprenant: savoir s'adapter

Apprenant / Enseignant	Dépendant	Intéressé	Impliqué	Autonome
Directif	Adéquation			Inadéquation =problème
Motivateur		Adéquation		
Facilitateur			Adéquation	
Consultant	Inadéquation =problème			Adéquation

Tiré de: Grow GO. Teaching Learners to be Self-Directed. Adult Education Quarterly, 41(3): 125-49, 1996

Quelq ues pistes pourmotiver les étudiants …*



Motivation extrinsèque	Motivation intrinsèque
Buts de performance	Buts d'apprentissage
Défensive : (prévention) pour les meilleurs, protection de l'image, pour ceux en difficulté, éviter la mise en échec	Prise de risque : (promotion) Essayer pour faire mieux…
Évite les défis dans les tâches à lui être assignées et cherche à se cantonner dans ce qu'il connait et maitrise	Cherche les défis qui vont lui permettre d'apprendre

Les 3 facteurs modifiables de la motivation intrinsèque :

1 La valeur de la tâche

- Augmenter la valeur de la tâche
- Élargir les perspectives futures étendues (mettre en valeur ***l'activité actuelle versus la finalité*** de la formation)
- Explorer les ***objectifs de l'individu*** et sa perception des compétences à acquérir (et adapter l'activité!)
- ***Exposer et valoriser les objectifs d'apprentissage du programme*** en lien avec l'exercice professionnel en regard du point précédent (en vérifier la concordance)
- Éviter l'accent sur le normatif : fixer des buts d'apprentissage plutôt que des buts de performance, *valoriser le développement.*
- ***Contextualiser*** et problématiser, donner une dimension opératoire aux connaissances
- Valoriser les ***buts sociaux***

2 La perception de l'auto efficacité

- Augmenter la perception de compétence, d'efficacité personnelle et d'estime de soi
- Fixer des objectifs atteignables et de difficulté moyenne (***le défi ajusté***) Feedback qui renseigne sur la progression, encouragements, réassurance sur les difficultés, démonstration de confiance (persuasion verbale)
- Un support sur le parcours global, les buts à long terme
- Valoriser le travail en groupe

3 La contrôlabilité de la tâche

- Augmenter la perception d'autonomie et de contrôle
- Liberté et responsabilité par rapport à certains choix: stratégies de supervision Pratiques d'autoévaluation "renforcées"
- Par un processus progressif et réflexif
- Mettre en lumière les ***causes modifiables*** des difficultés, ce qui est contrôlable (lien entre les efforts ou les stratégies et les résultats)
- Encourager la prise de risque (pas pour le patient!)
- Discuter des stratégies d'implantation des buts de l'étudiant (if...then...)

---

* *Selon une formation donnée par Réjean Duplain : Vers une pratique réflexive (Comité de programme élargi, oct. 2010}*

k. La position d'apprentissage

Favoriser la position d'apprentissage :

Tableau 1. Stratégies de supervision favorisant l'adoption d'une position d'apprentissage: *Outil issu de travaux internes du Programme de médecine de famille, Université de Sherbrooke, 2003.*

STRATÉGIES POUR LES RÉSIDENTS	STRATÉGIES POUR LES SUPERVISEURS
1. Identifier périodiquement avec mon superviseur où j'en suis dans ma formation, partager mes inquiétudes et préciser mes buts et mes attentes d'encadrement, car c'est ma formation	1. Identifier périodiquement avec le résident où il en est dans sa formation en l'amenant à partager ses inquiétudes et à préciser ses buts et ses attentes d'encadrement, car c'est sa formation
2. Identifier à quel point je me sens compétent(e) dans les diverses activités de mon stage et discuter avec mon superviseur du prochain pas à franchir pour me sentir plus compétent(e)	2. Vérifier auprès du résident son sentiment de compétence dans les diverses activités de son stage et discuter de ce qui pourrait l'aider à se sentir plus compétent
3. Demander à mon superviseur de verbaliser ses attentes par rapport à ma performance tenant compte de mon niveau de formation; cela peut être bien différent des perceptions que j'ai de ses attentes	3. En tant que superviseur, énoncer au résident mes attentes en termes de performance en tenant compte de ses propres attentes et des objectifs de son niveau de formation
4. Désactiver les pressions que je m'impose sur le plan des connaissances à acquérir et des tâches à accomplir et, au besoin, discuter avec mon superviseur de ce qui est important à mon niveau de formation	4. Désactiver les pressions que s'impose le résident au niveau des connaissances à acquérir et des tâches à accomplir, en partageant notre propre vécu de résident et en soulignant l'important à son niveau de formation
5. Profiter des cas discutés pour énoncer au superviseur 1 ou 2 questions que je me pose et y répondre conjointement	5. Profiter des cas supervisés pour inciter le résident à énoncer 1 ou 2 questions qu'il se pose et à y répondre avec notre aide
6. Négocier avec le superviseur des temps protégés réalistes précis pour discuter de questions à approfondir	6. Réserver des temps protégés réalistes précis pour discuter d'une question à approfondir
7. Avant de demander un feedback, procéder d'abord à une auto-évaluation de mon travail et la communiquer au superviseur	7. Avant de livrer un feedback, inciter d'abord le résident à procéder à l'auto-évaluation de son travail, puis la faire nuancer à l'aide de questions
8. Me faire confiance! Me féliciter de mes bons coups! Les valider avec mon superviseur	8. Souligner explicitement les bons coups du résident et ses points à améliorer de manière à ce qu'il ne perçoive pas uniquement ces derniers
9. En fin de supervision, discuter du point à améliorer en termes d'objectif à travailler lors de la prochaine supervision	9. En fin de séance de supervision, transformer le point à améliorer en termes d'objectif à travailler lors de la prochaine supervision
10. Entendre les points positifs, pas seulement les points négatifs lors des supervisions et discuter en quoi le feedback reçu modifie mon auto-évaluation	10. Suite au feedback, vérifier ce que le résident entend au sujet de ses points forts et de ses points à améliorer et en quoi le feedback reçu modifie son auto-évaluation
11. Lorsqu'une interaction s'annonce difficile avec un patient, convenir avec mon superviseur avant l'entrevue d'un objectif ou d'un plan d'intervention (pré-coaching) et discuter des ajustements effectués en cours d'entrevue.	11. Faire de la supervision anticipatoire (pré-coaching) en révisant avec le résident son plan d'action ou des points importants à considérer avant qu'il rencontre le patient et discuter par la suite des ajustements effectués en entrevue.
12. À la suite d'une consultation serrée dans le temps où j'ai éprouvé un sentiment d'incompétence avec un patient difficile, revoir ce que je suis parvenu(e) à couvrir lors de cette rencontre	12. À la suite d'une consultation serrée dans le temps où le résident a éprouvé un sentiment d'incompétence avec un patient difficile, revoir avec lui ce qu'il a réussi à accomplir lors de cette rencontre
13. Demander au superviseur de l'observer en situation d'entrevue avec des patients difficiles de manière à percevoir mes compétences et les faire ressortir au moment d'une discussion après l'entrevue	13. Permettre au résident d'observer comment nous nous débrouillons dans les situations difficiles de manière à ce qu'il perçoive ses compétences et les faire ressortir dans une discussion après l'entrevue
14. Lorsque je vois conjointement les patients avec le superviseur (p. ex., tournées à l'hôpital), alterner les rôles d'observateur et d'intervenant avec retour critique sur les entretiens et discussion des questions litigieuses	14. Lorsque je vois conjointement les patients avec le résident (p. ex., tournées à l'hôpital), alterner les rôles d'observateur et d'intervenant avec retour critique sur les entretiens et discussion des questions litigieuses
15. Utiliser la vidéo pour m'observer en entrevue et la visionner avec mon superviseur pour identifier mes forces et des façons d'améliorer ma performance	15. Utiliser la vidéo pour que le résident observe ses forces, qu'il voie comment s'améliorer et qu'il prenne une saine distance par rapport à sa performance
16. Présenter mon cas au superviseur avec un souci de synthèse comme si je transférais le dossier à un collègue. Au besoin, résumer le cas par écrit en spécifiant les questions que je me pose	16. Pour aider le résident à percevoir ses compétences de synthèse, lui demander de résumer son cas et ses questions par écrit avant d'en discuter comme s'il transférait le dossier à un collègue
17. Apprendre l'efficacité dans la gestion de mon temps: discuter avec le superviseur de la façon dont j'aurais pu gagner du temps avec tel patient, comment j'aurais pu couper dans mon questionnaire ou mon examen	17. Enseigner l'efficacité dans la gestion du temps: montrer au résident comment il aurait pu gagner du temps avec tel patient, comment il aurait pu couper dans son questionnaire ou son examen
18. Me voir comme le «médecin traitant» du patient et considérer le superviseur comme un «coach» et un collègue de travail plutôt que simplement comme un évaluateur	18. Proposer au résident Il de vivre les prochaines semaines comme s'il était médecin autonome et de me voir comme un coach ou un collègue de travail avec qui il échange pour améliorer sa performance
19. Lorsque résident Il, utiliser la technique des 2 piles de dossiers: une première pile à réviser rapidement et une seconde à revoir à partir de questions que je me pose sur les cas	19. Avec le résident Il, utiliser la technique des 2 piles de dossiers: une première pile à réviser rapidement et une seconde à revoir à partir des questions du résident
20. Donner un feedback au superviseur par rapport à l'activité de supervision en regard de mes propres attentes	20. Demander au résident du feedback par rapport à ma supervision

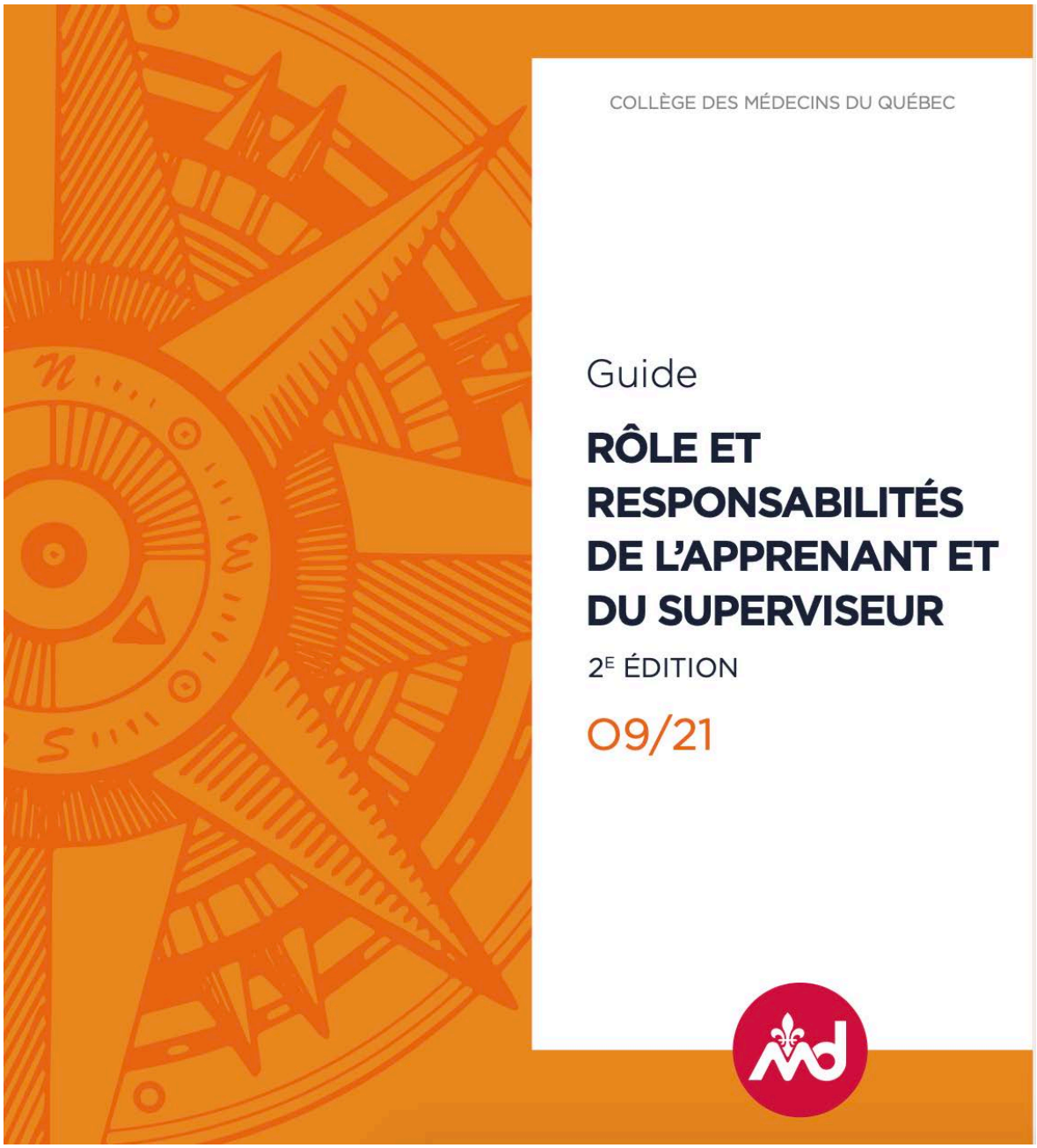
Adapté de Giroux et Girard[8].

Tiré de : La position d'apprentissage, un incontournable pour le développement des compétences
Marie Giroux MD CCMF FCMF, Danielle Saucier MD CCMF FCMF MAEd,
Cynthia Cameron MD CCMF, Christian Rheault MD CCMF
Le Médecin de famille canadien, VOL 62: JANVIER 2016, p. 86-89
http://www.cfp.ca/content/62/1/86

I. Guide des responsabilités de l'apprenant et du superviseur (CMQ)

Une ressource du CMQ pour clarifier les rôles et responsabilités des enseignants et des apprenants :

http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-09-22-fr-role-responsabilites-apprenant-superviseur.pdf?t=1500498754145



m. Pour aller plus loin…

Supervision

- 0 Brien H, Marks B, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. Pédagogie Médicale. 2003;4:184-91.

- Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. Effective educational and clinical supervision: AMEE Guide No 27. *Medical Teacher.* 2007;29:2-19.

- Martineau B, Girard G, Boule R. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident: une recherche qualitative. *Pédagogie Médicale* 2008;9:19-31.

- lrby D. What clinical teachers need to know. *Acad Med.* 1994;69:333-42.

Vous trouverez plusieurs articles rapides à lire, fort pertinents et contenant des perles utiles pour l'enseignement clinique dans la rubrique « de médecin à enseignant » de la revue « Le médecin du Québec »

Voir aussi la rubrique « Occasion d'enseignement » du « Médecin de famille canadien » : http://www.cfp.ca/search/Occasion%252Bd%2527enseignement

Application en anglais : Just in time teaching JiTT, disponible sur App Store et dans Google Play. Plusieurs trucs utiles, facile d'accès et basé sur les données probantes.

III. SUPERVISION DE LA COMMUNICATION

n. Le cadre conceptuel

o. Les étapes du Calgary-Cambridge (grilles)

p. Les ateliers ALOBA

q. Pour aller plus loin

n. Le cadre conceptuel

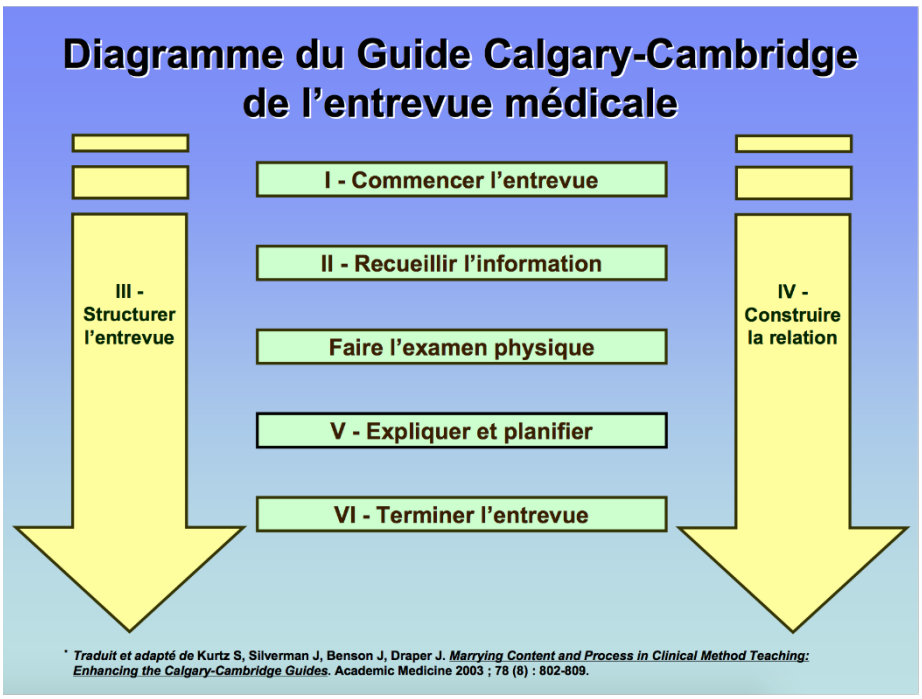
Le programme de médecine familiale de l'Université de Montréal, suite à une révision de son programme de résidence en 1999-2000, recommande l'implantation de ce modèle dans toutes ses CUMF.

L'approche Calgary-Cambridge (C-C), intègre plusieurs habiletés communicationnelles utiles en entretien médical. Selon cette perspective, l'apprentissage de la communication patient-médecin constitue un processus itératif, où les habiletés de base s'intègrent graduellement à des situations cliniques de complexité croissante, à la fois par le type de clientèle et par la problématique médicale en cause.

Le cadre conceptuel du guide C-C comprend deux éléments essentiels :

1. D'abord, il part du principe que les **habiletés de communication s'apprennent** par leur expérimentation, leur pratique guidée et leur répétition.

2. Ensuite, il soutient que cet enseignement spécifique doit être soutenu, réitéré, harmonisé et **intégré à l'enseignement** clinique.



---

* *Guide de l'enseignant pour la communication professionnelle selon l'approche Calgary-Cambridge, Sophie Galarneau et al*

o. Les étapes du Calgary-Cambridge : Grilles pour l'observation et la rétroaction quotidienne

Les grilles sont tirées de : Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé, 2ème ed. Montréal: Pearson ERPI; 2016. Chapitre 10. P.225-232.

CALGARY CAMBRIDGE

Résident : _____ Date : _____

I. COMMENCER L'ENTREVUE

A. Préparer la rencontre			
Commentaires	☺	😐	☹
B. Établir le premier contact (l'accueil)			
1. Salue le patient et obtient son nom.	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue, obtient le consentement du patient si nécessaire.	☺	😐	☹
Commentaires			
3. Montre du respect et de l'intérêt, voit au confort du patient.	☺	😐	☹
Commentaires			
C. Déterminer les motifs de consultation			
1. Détermine par une question d'ouverture, les problèmes ou les préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue.	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Écoute attentivement les énoncés d'ouverture du patient, sans l'interrompre ni orienter sa réponse.	☺	😐	☹
Commentaires			
3. Confirme la liste initiale des motifs de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes.	☺	😐	☹
Commentaires			
4. Fixe le programme de la rencontre avec l'accord du patient, en tenant compte à la fois de ses besoins et des priorités cliniques.	☺	😐	☹
Commentaires			

CALGARY CAMBRIDGE

Résident : _____ Date : _____

II. RECUEILLIR L'INFORMATION

A. Explorer les problèmes du patient			
1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son ou de ses problèmes, du début jusqu'au moment présent, dans ses propres mots (en clarifiant le motif actuel de consultation).	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Utilise la technique des questions ouvertes et des questions fermées.	☺	😐	☹
Commentaires			
3. Écoute attentivement, en permettant au patient de terminer ses phrases sans l'interrompre, en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer après une pause.	☺	😐	☹
Commentaires			
4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient.	☺	😐	☹
Commentaires			
5. Relève les indices verbaux et non verbaux, offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord.	☺	😐	☹
Commentaires			
6. Clarifie les énoncés du patient qui sont ambigus ou qui nécessitent plus de précisions.	☺	😐	☹
Commentaires			
7. Fait périodiquement des résumés des propos du patient.	☺	😐	☹
Commentaires			
8. Utilise des questions et des commentaires concis et faciles à comprendre, évite le jargon médical ou, du moins, l'explique.	☺	😐	☹
Commentaires			
9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début.	☺	😐	☹
Commentaires			
B. Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient			
1. Détermine activement et explore adéquatement : ▪ les idées du patient (ses croyances sur les causes) ; ▪ ses préoccupations (ses craintes) au sujet de chaque problème ; ▪ ses attentes (ses buts, l'aide qu'il désire obtenir pour chaque problème) ; ▪ les effets de ses problèmes de santé (comment chaque problème touche sa vie).	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Encourage le patient à exprimer ses émotions.	☺	😐	☹
Commentaires			

CALGARY CAMBRIDGE

Résident : _____ Date : _____

III. STRUCTURER L'ENTREVUE

A. Rendre explicite l'organisation de l'entrevue			
1. Fait un résumé à la fin de chaque sujet d'exploration.	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions et en les justifiant.	☺	😐	☹
Commentaires			
B. Prêter attention au déroulement de l'entrevue			
2. Structurer l'entrevue selon une séquence logique.	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue centrée sur les tâches à accomplir.	☺	😐	☹
Commentaires			

CALGARY CAMBRIDGE

Résident : _____ Date : _____

IV. CONSTRUIRE LA RELATION

A. Utiliser un comportement non verbal approprié			
1. Adopte un comportement non verbal approprié : ▪ contact visuel, expression faciale ; ▪ posture, position et mouvement ; ▪ indices vocaux tels que débit, volume, tonalité.	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Lit, prend des notes ou utilise un ordinateur d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation.	☺	😐	☹
Commentaires			
3. Montre une confiance appropriée.	☺	😐	☹
Commentaires			
B. Établir une relation chaleureuse et harmonieuse			
3. Accueille les points de vue du patient, ne s'érige pas en juge.	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Utilise l'empathie ; reconnaît ouvertement les points de vue et les émotions du patient et utilise le reflet.	☺	😐	☹
Commentaires			
3. Fournit du soutien : exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider ; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'auto-soins de son patient ; lui offre de travailler en partenariat.	☺	😐	☹
Commentaires			
4. Agit avec délicatesse dans la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique.	☺	😐	☹
Commentaires			
C. Associer le patient à la démarche clinique			
1. Partage ses réflexions cliniques avec le patient.	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Justifie des questions ou des parties de l'examen physique qui pourraient paraître non pertinentes.	☺	😐	☹
Commentaires			
3. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission.	☺	😐	☹
Commentaires			

CALGARY CAMBRIDGE

Résident : _____ Date : _____

V. EXPLIQUER ET PLANIFIER

(Version abrégée)

A. Fournir la quantité et le type d'information adéquats			
1. Fournit l'information par portions faciles à gérer et vérifie la compréhension du patient	☺	😐	☹
Commentaires			
B. Aider le patient à retenir et à comprendre les informations			
1. Utilise un langage concis et facile à comprendre, évite le jargon médical ou du moins, l'explique.	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Utilise du matériel visuel pour transmettre l'information : diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites.	☺	😐	☹
Commentaires			
C. Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient			
1. Encourage le patient à participer : à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes : y répond adéquatement.	☺	😐	☹
2. Fait exprimer au patient ses croyances, ses réactions et ses émotions en lien avec les informations données; les reconnaît et y répond au besoin.	☺	😐	☹
Commentaires			
D. Planifier : arriver à une prise de décision partagée			
1. Partage ses réflexions cliniques (idées, processus de pensée, dilemmes) lorsque cela est approprié.	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Discute d'un plan mutuellement acceptable : présente des suggestions et des choix plutôt que des directives, signale sa position au sujet des options possibles, encourage le patient à partager ses pensées (idées, suggestions et préférences).	☺	😐	☹
Commentaires			
3. Vérifie auprès du patient s'il est d'accord avec le plan et si on a répondu à ses préoccupations.	☺	😐	☹
Commentaires			

CALGARY CAMBRIDGE

Résident : _____ Date : _____

VI. TERMINER L'ENTREVUE

A. Utiliser un comportement non verbal approprié			
2. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes.	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Prévoit un filet de sécurité, en mentionnant les résultats inattendus possibles, les mesures à prendre si le plan de traitement ne fonctionne pas, le moment et la façon de demander de l'aide.	☺	😐	☹
Commentaires			
B. Préparer la fin de l'entrevue			
4. Résume la séance brièvement et clarifie le plan de soins.	☺	😐	☹
Commentaires			
2. Vérifie une dernière fois que le patient est d'accord et à l'aise avec le plan de soins proposé, et demande s'il a des corrections à apporter, des questions à poser ou d'autres points à discuter.	☺	😐	☹
Commentaires			

Le Calgary-Cambridge en résumé ☐: cocher si bien fait

Cette grille a été adaptée par Mme Dominique Imbeau psychologue, à partir de: Richard C, Lussier MT La communication professionnelle en santé 1e édition, Montréal, Pearson-ERPI, 2005

COMMENCER L'ENTREVUE

- Préparer l'entrevue ☐ Commentaires : _____
- Agenda (préparer la rencontre) ☐ _____

RECUEILLIR L'INFORMATION

- Cueillette complète ☐ Commentaires : _____
- Priorités respectées ☐ _____
- Perspective du patient ☐ _____
  (perceptions, attentes, répercussions, sentiments)

STRUCTURER L'ENTREVUE

- Rendre explicite l'organisation de l'entrevue ☐ Commentaires : _____
  (résumés, transitions) ☐ _____
- Temps bien utilisé ☐ _____

CONSTRUIRE LA RELATION

- Comportement non-verbal approprié ☐ Commentaires : _____
- Relation chaleureuse et harmonieuse ☐ _____
- Associer le patient à la démarche clinique ☐ _____

EXPLIQUER, PLANIFIER

- Quantité et type d'infos adéquats ☐ Commentaires : _____
- Perspective du patient intégrée ☐ _____
- Arriver à une compréhension partagée ☐ _____

TERMINER L'ENTREVUE

- S'entendre sur un plan concret ☐ Commentaires : _____
- Filet de sécurité ☐ _____
- Préparer fin entrevue ☐ _____

Résident (e) : _____ Date : _____

Superviseur(s) : _____

« GUIDE DE CONTENU » Calgary – Cambridge

LISTE DES MOTIFS DE CONSULTATION DU PATIENT

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE – EXPLORATION DES PROBLÈMES DU PATIENT

Perspective médicale : histoire de la maladie	***Perspective du patient : expérience du malaise***
Chronologie + analyse de symptômes + revue de systèmes pertinents	Idées et croyances Inquiétudes Attentes Impact sur son quotidien Affects et émotions

ANTÉCÉDENTS - CONTEXTE

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Allergies, habitudes de vie et médication

Antécédents familiaux

Histoire personnelle et sociale

Revue des systèmes

(EXAMEN PHYSIQUE)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL – HYPOTHÈSES

En incluant la perspective médicale et la perspective du patient

PLAN DE TRAITEMENT DU MÉDECIN

Investigations

Alternatives de traitement

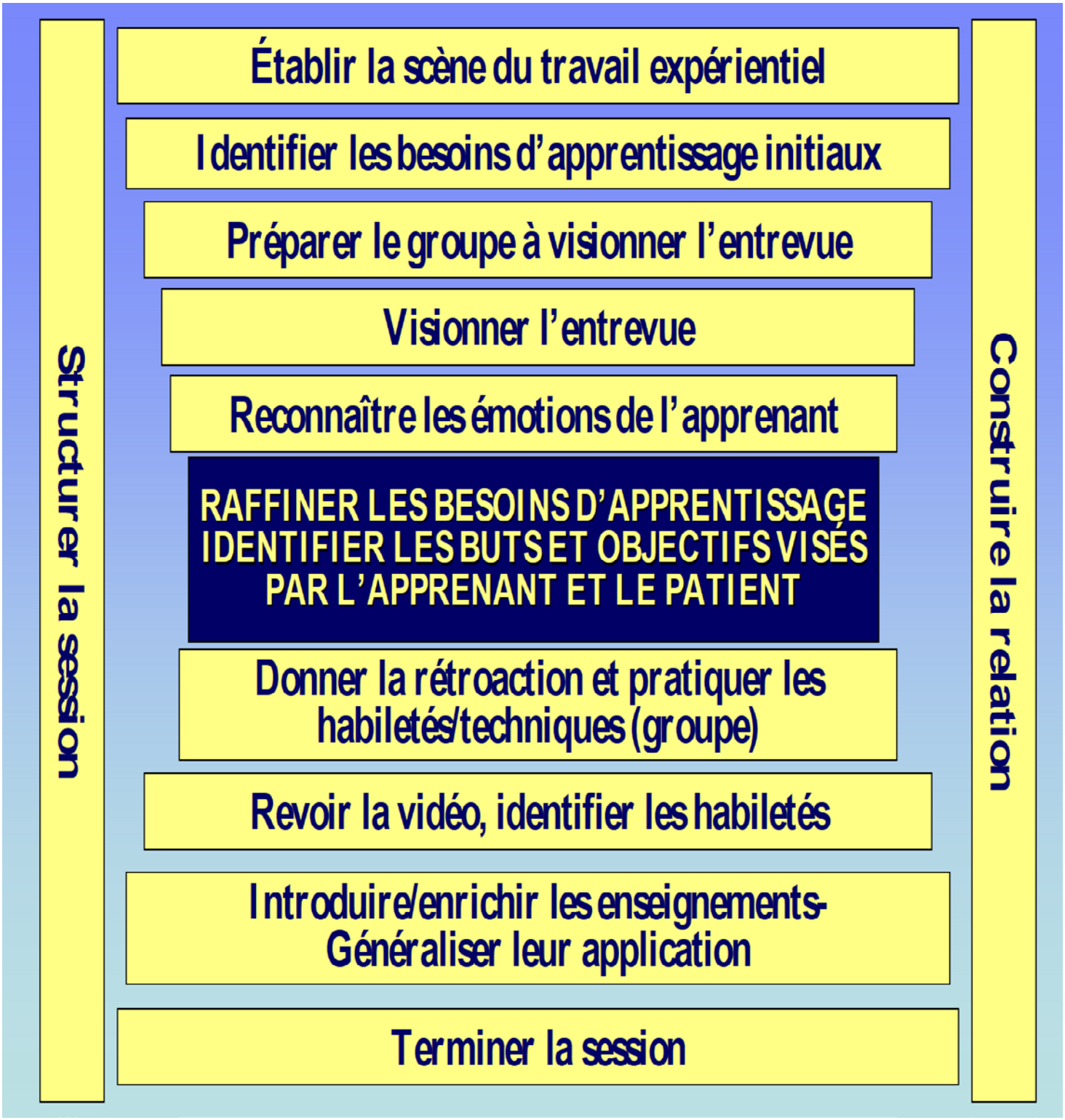
EXPLIQUER ET PLANIFIER AVEC LE PATIENT

Ce qui a été dit au patient

Plan d'action mutuellement acceptable

Référence : Kurz S, Silverman J, Benson J, & Draper J (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. *Academic Medicine* Vol 78, No 8/August, pp 802-809. Traduit et adapté par Sophie Galarneau 07/2006

p. Les ateliers ALOBA



PRINCIPES DIRECTEURS DE ALOBA

(Agenda-Led Outcome-Based Analysis)

ORGANISER LE PROCESSUS DE LA RÉTROACTION

- **Débuter avec les objectifs d'apprentissage de l'apprenant**
  Demander quels problèmes l'apprenant a vécu et quelle aide il désire obtenir du groupe.
- **Regarder les buts que tentent d'accomplir, d'une part l'apprenant, d'autre part le patient**
  Discuter avec l'apprenant ce qu'il vise et comment il peut y arriver ; une communication efficace dépend toujours de ce que l'interviewer et le patient tentent de faire.
- **Privilégier l'auto-évaluation et l'auto-résolution de problèmes**
  Permettre à l'apprenant de faire ses propres suggestions avant que le groupe ne partage ses idées.
- **Impliquer l'ensemble du groupe dans la résolution de problèmes**
  Encourager les membres du groupe à travailler ensemble afin d'aider non seulement l'apprenant, mais eux aussi, éventuellement confrontés à des circonstances similaires.

DONNER UNE RÉTROACTION UTILE ENTRE NOUS

- **Utiliser une rétroaction descriptive afin de favoriser une atmosphère sans jugement**
  Une rétroaction descriptive assure des commentaires spécifiques et non empreints de jugement et prévient la généralisation vague.
- **Donner une rétroaction équilibrée**
  Encourager tous les membres du groupe à donner une rétroaction équilibrée sur ce qui a bien fonctionné et sur ce qui a moins bien fonctionné, afin d'offrir du soutien et de maximiser l'apprentissage. Nous apprenons autant par l'analyse de ce qui fonctionne que par celle de ce qui ne fonctionne pas.
- **Faire des propositions et des suggestions ; générer des alternatives**
  Faire des suggestions plutôt que des prescriptions et les refléter à l'apprenant ; penser en terme d'approches alternatives.
- **Être bien intentionné, valorisant et encourageant**
  Il est de la responsabilité du groupe d'être respectueux et sensible l'un envers l'autre.

S'ASSURER QUE L'ANALYSE ET LA RÉTROACTION PERMETTENT UNE COMPRÉHENSION APPROFONDIE ET UN DÉVELOPPEMENT D'HABILETÉS SPÉCIFIQUES

- **Jouer les suggestions**
  Essayer d'autres façons d'exprimer une idée et pratiquer les suggestions ; pour susciter un changement dans la pratique, l'apprentissage de n'importe quelle habileté requiert l'observation, la rétroaction et la répétition.
- **Valoriser l'entrevue comme un don de matériel d'apprentissage pour le groupe entier**
  Explorer, à partir d'une situation clinique vécue par un des membres du groupe, les problèmes de communication inhérents à la situation et pertinents au vécu de tout le groupe. Il s'agit d'un partage de difficultés qui permet l'apprentissage de nouvelles habiletés pour le groupe. L'apprenant ne devrait pas être constamment le centre de l'attention : tous les membres du groupe ont la responsabilité de faire et de pratiquer des suggestions.
- **Élaborer sur la théorie, les évidences de recherche et permettre des discussions plus larges sur les sujets et les situations abordés**
  Offrir de discuter, aux moments opportuns, sur des concepts, des principes et des évidences de recherche, afin d'approfondir l'apprentissage du groupe et de resituer les apprentissages dans une perspective plus large.
- **Structurer et résumer les apprentissages pour conclure de manière constructive**
  Structurer et résumer les apprentissages tout au long de la session en faisant référence à l'approche Calgary-Cambride et permettre aux apprenants de lier les habiletés individuelles travaillées au cadre conceptuel global.

PRINCIPES D'UNE RÉTROACTION CONSTRUCTIVE

Dès le départ, l'animateur veillera à créer une atmosphère de confiance et de sécurité entre les membres du groupe. Des règles de confidentialité du contenu des sessions, de respect des points de vue mutuels et de civisme peuvent aider à atteindre cet objectif. Les principes d'une rétroaction constructive contribuent eux aussi à ce climat de confiance souhaité.

Lors d'une session d'animation avec la méthode ALOBA, l'animateur s'assurera d'équilibrer les éléments positifs et négatifs de la rétroaction dans son ensemble plutôt que dans un ordre prédéfini. Cette façon de gérer l'équilibre de la rétroaction se veut plus flexible que l'application des règles de Pendleton qui dictent de débuter avec les points positifs pour ensuite enchaîner avec les points négatifs à améliorer et terminer sur une note positive à nouveau.

Descriptive

Libre de jugement

Détaillée et spécifique

Sollicitée plutôt qu'imposée

Ciblée sur ce qui peut être changé

Faite au bénéfice de l'apprenant

Se rapporte au comportement plutôt qu'à la personnalité

Limite la quantité d'informations à ce que l'apprenant peut assimiler

Suscite l'échange et le partage d'informations afin d'éviter la prescription d'un conseil

Se vérifie auprès de l'apprenant afin d'éviter les distorsions et les malentendus

q. Pour aller plus loin…

Supervision de la communication

- Kurtz SM, Silverman JD, Draper J, Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 1998 Radcliffe Medical Press (Oxford)

- Silverman JD, Kurtz SM, Draper J, Skills for Communicating with Patients. 1998, Radcliffe Medical Press (Oxford)

- Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J, Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides *Academic Medicine* 2003;78(8):802-809

- Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé, 2ème ed. Montréal: Pearson ERPI; 2016.

- Lussier MT, Richard C. En l'absence de panacée universelle. *Can. Fam .Physician*
- 2008;54:1096-9.

- Richard C, Lussier MT, Galarneau S, Jamoulle 0, Compétence en communication professionnelle en santé, *Pédagogie Médicale* 2010 : 11(4) :255-272

- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Chêne-Bourg: *Médecine* & *Hygiène,* 2010.

IV. SUPERVISION DU RAISONNEMENT CLINIQUE

r. L'appréciation du raisonnement clinique

s. L'identification des difficultés de raisonnement clinique

t. Pour aller plus loin

r. L'appréciation du raisonnement clinique

On entend par raisonnement clinique les processus de pensée et de prise de décision qui permettent au médecin clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problèmes de santé.

Les stratégies de supervision présentées ci-dessous sont faciles à mettre en pratique même sans avoir observé la consultation et ne demandent pas nécessairement beaucoup de temps; elles permettent de stimuler au quotidien le développement du raisonnement clinique en utilisant la verbalisation du raisonnement du résident (Faire expliciter) et celui du superviseur (Expliciter).

Supervision du raisonnement clinique
Méthodes et outil pour soutenir et stimuler un raisonnement clinique efficace
Marie-Claude Audétat and Suzanne Laurin
Canadian Family Physician March 2010, 56 (3) 294-296;

Tableau 1.

Exemples de stratégies pédagogiques

STRATÉGIES PÉDAGOGIQUES	EXEMPLES	COMMENTAIRES
Faire expliciter		
o Lors de la présentation du cas par le résident, faire expliciter le raisonnement à chaque étape de la démarche (récolte de données, formulation d'hypothèses, diagnostic, etc.)	En quoi ces données sont-elles intéressantes? Qu'est ce qui t'amène à faire ce diagnostic? Qu'est ce qui va dans le sens de ta première hypothèse? De la seconde?	C'est une stratégie intéressante pour se faire une idée de la « qualité » du raisonnement clinique du résident. C'est aussi une stratégie en soi de soutien du raisonnement.
o Faire présenter/résumer en 2–3 phrases la situation clinique.	Résume-moi, en quelques phrases, les éléments-clés de la situation pour que je comprenne ton raisonnement.	Intéressant pour « forcer » le résident, petit à petit, à faire une synthèse des éléments les plus pertinents et développer sa capacité à formuler le problème du patient.

STRATÉGIES PÉDAGOGIQUES	EXEMPLES	COMMENTAIRES
o Faire prioriser les diagnostics envisagés et justifier le choix effectué.	Selon toi, quel est le diagnostic le plus probable? Pourquoi? Quels diagnostics as-tu exclus en cours d'entrevue? Pourquoi?	Cette stratégie donne accès aux hypothèses qui ont été générées puis exclues par le résident. Elle aide le résident à faire des liens et à développer des réseaux de connaissances à propos des maladies.
Expliciter		
o Expliciter son propre raisonnement clinique dans le cas discuté et comment s'élabore ce raisonnement.	Quand le patient me dit ceci … et lorsque je constate cela …, alors cela me fait penser à … et alors je ….	Les experts ont un raisonnement clinique condensé : ils ne se souviennent plus forcément des étapes de leur raisonnement et ont souvent de la difficulté à le formuler.
o Retourner auprès du patient au besoin (pour jouer le rôle de modèle) et expliciter le raisonnement sous-jacent à la démarche effectuée.	J'ai choisi de poser ces questions parce que je pensais à …. Quand j'ai vu que … cela m'a fait penser à … et c'est pour cette raison que j'ai orienté l'entrevue de cette façon.	Trop souvent le modèle perd son impact pédagogique lorsque le clinicien enseignant présume à tort que le résident a suivi son raisonnement clinique tout simplement en l'observant.
Lectures/schéma		
o Encourager des lectures comparées entre différentes maladies et scripts de maladie, à partir de cas rencontrés.	Je te demande d'aller lire sur la goutte et l'arthrite septique en mettant en parallèle les éléments d'anamnèse et d'examen physique qui les distinguent l'une de l'autre.	Ceci encourage la conceptualisation des différentes pathologies plutôt que l'apprentissage par cœur d'une liste de signes et symptômes. C'est encore plus efficace si le superviseur révise avec le résident sa compréhension issue de la synthèse de ses lectures.
o Faire construire un schéma des diagnostics différentiels à partir des éléments obtenus en consultation.	Prends un moment pour construire un schéma des diagnostics différentiels auxquels tu penses à partir de ces symptômes OU dessine un schéma qui présente ta compréhension globale de cette situation clinique.	Ceci amène le résident à faire des liens entre les différents éléments recueillis auprès du patient et permet au superviseur d'avoir accès à ces liens afin de les soutenir, les corriger ou en proposer d'autres.

Copyright © 2017 by The College of Family Physicians of Canada

Voici un outil susceptible de faciliter l'appréciation du raisonnement clinique :

Il est centré sur différents moments de la supervision, tels que la consultation en elle-même (supervision directe) et la présentation du cas par le résident (discussion de cas), et sur les manifestations du raisonnement clinique qui s'observent le mieux à chacun de ces moments. Il permet ainsi de documenter les forces ou fragilités du raisonnement clinique du résident, de partager ses observations pour en faire une occasion de discussion avec le résident, de définir ce qui l'empêche d'accéder à un raisonnement clinique efficace, puis de reprendre l'entraînement au quotidien à l'aide des stratégies proposées plus haut.

Appréciation du raisonnement clinique

Nom du résident: _____ **Nom du superviseur:** _____

Situation clinique: _____ **Date**: _____

1. En observant la consultation

Recueil des données:

- ☐ Génération d'hypothèses en cours d'anamnèse_____
- ☐ Vérification des hypothèses en cours d'anamnèse _____
- ☐ Examen physique réfléchi et vérification des hypothèses (génération de nouvelles hypothèses au besoin) _____
- ☐ Structure du recueil des données _____

Si l'entrevue est complétée sans discussion avec le superviseur:

- ☐ Diagnostic qui intègre les éléments recueillis les plus pertinents _____
- ☐ Prise en compte des particularités de la situation du patient dans les plans d'investigation et de traitement _____

2. En discutant du cas

- ☐ Synthèse et organisation des données _____
- ☐ Priorisation des éléments les plus pertinents dans l'élaboration du diagnostic différentiel _____
- ☐ Prise en compte des particularités de la situation du patient dans les plans d'investigation et de traitement _____
- ☐ Cohérence entre la présentation et le déroulement de l'entrevue* _____

* Il est nécessaire d'avoir observé l'entrevue pour pouvoir apprécier cet élément.

3. Éléments qui influent sur le raisonnement clinique

- ☐ Niveau et structure des connaissances _____
- ☐ Contexte (éléments perturbateurs) _____
- ☐ Habiletés de gestion du temps _____
- ☐ Capacité de gestion de l'incertitude _____
- ☐ Qualité de la communication_____
- ☐ Autres éléments qui influent sur le raisonnement clinique _____

4. Synthèse discutée avec le résident et recommandations pédagogiques

_____

s. L'identification des difficultés de raisonnement clinique

DIFFICULTÉS DE RAISONNEMENT CLINIQUE

AIDE AU DIAGNOSTIC PÉDAGOGIQUE ET AUX STRATÉGIES DE REMÉDIATION

PRÉAMBULE

Voici **5 types de difficultés** fréquentes, prototypiques, telles qu'elles se manifestent dans le contexte de la supervision clinique. Ces difficultés se retrouvent au cours des étapes du processus du raisonnement clinique que nous avons choisi de résumer ainsi :

Génération d'hypothèses et orientation de la récolte de données **DIFFICULTÉ 1**

Raffinement et traitement des hypothèses (récolte – interprétation – synthèse – vérification) **DIFFICULTÉS 2 ET 3**

Diagnostic et élaboration d'un plan d'intervention **DIFFICULTÉS 4 ET 5**

NOUS PRÉSENTONS POUR CHACUNE DE CES DIFFICULTÉS :

1. des **INDICES** pour les repérer dans le cadre des supervisions ainsi que dans les notes au dossier
2. des **EXEMPLES** de questions permettant de faire verbaliser le raisonnement clinique
3. des **HYPOTHÈSES** de compréhension de la difficulté
4. des **PROPOSITIONS** de stratégies de remédiation adaptées

Cet outil n'a pas la prétention d'être exhaustif; il vise à illustrer et soutenir la nécessaire démarche de raisonnement pédagogique (recueil des informations, hypothèses de compréhension et vérification de ces hypothèses, diagnostic pédagogique, élaboration d'un plan de remédiation, application de méthodes pédagogiques, et évaluation des résultats) des cliniciens enseignants face aux difficultés de leurs étudiants. Le raisonnement clinique étant un phénomène hautement complexe, les catégories de difficultés définies dans ce document ainsi que les indices permettant de les détecter ne sont pas mutuellement exclusifs et peuvent se chevaucher.

Nous avons choisi d'aborder séparément l'étape du plan d'intervention pour souligner que le processus de raisonnement clinique se poursuit au-delà du diagnostic.

Les stratégies de remédiation proposées illustrent elles aussi des exemples possibles, que nous souhaitons pratiques et réalistes. Elles s'inspirent à la fois d'une perspective cognitiviste, en proposant des stratégies très concrètes, ainsi que d'une perspective réflexive. Il faut noter que certaines de ces mesures peuvent se faire dans un deuxième temps, après la conclusion de la consultation, pour éviter de faire attendre le patient ou de retarder les soins. Nous tenons à souligner que ces stratégies pédagogiques seront d'autant plus efficaces qu'elles seront répétées et intégrées à un plan de remédiation.

Enfin, nous ne saurions trop recommander de superviser en direct les étudiants soupçonnés de rencontrer des difficultés de raisonnement clinique, afin de documenter et mieux comprendre la nature précise du problème. La discussion du cas (supervision indirecte), après la supervision directe, permet de mieux apprécier la capacité de synthèse de l'étudiant et sa représentation globale de la situation clinique et de ses différents enjeux. Les « petites bombes » que vous trouverez au détour de ce document sont là pour le rappeler.

Un lexique, définissant les principaux termes* utilisés se trouve à la fin de ce document. Cet outil a été construit à partir des données actuelles de la littérature sur le raisonnement clinique. Les auteurs renvoient les lecteurs intéressés à approfondir le sujet aux articles cités à la fin du document.

Marie-Claude Audétat, Caroline Béïque, Nathalie Caire Fon, Suzanne Laurin, Gilbert Sanche.

Université de Montréal
Faculté de médecine
Département de médecine familiale et de médecine d'urgence

cpass CENTRE DE PÉDAGOGIE APPLIQUÉE AUX SCIENCES DE LA SANTÉ

1 DIFFICULTÉS DANS LA GÉNÉRATION DES HYPOTHÈSES, LA PERCEPTION DES INDICES ET L'ORIENTATION DE LA RÉCOLTE DE DONNÉES

Définition : 1) L'étudiant n'identifie ou ne sélectionne pas les éléments clés ou indices qui pourraient l'orienter vers la génération de quelques hypothèses diagnostiques, ou
2) ne génère pas un certain nombre d'hypothèses diagnostiques pour orienter son raisonnement ou
3) n'oriente ni ne cible sa collecte de données.

INDICES observables en supervision directe

- L'étudiant ne sélectionne pas les éléments clés.
- L'étudiant ne pose pas les questions clés précocement.
- Le questionnaire peut être exhaustif, stéréotypé et non ciblé selon la plainte du patient.
- L'examen peut être exhaustif, stéréotypé et non ciblé selon la plainte du patient.
- L'entrevue est rigide, ne s'ajuste pas à de nouveaux indices ou aux informations données par le patient.
- Le questionnaire est désorganisé, sans fil conducteur, parfois trop court et souvent trop long.
- L'étudiant pose des questions dont on ne comprend pas la pertinence ou persiste dans une séquence de questions non pertinentes.

INDICES observables en supervision indirecte ou discussion de cas

- Présentation exhaustive ou trop succincte de la situation qui ne fait pas ressortir les éléments clés.
- Présentation déstructurée de la situation, sans fil conducteur.
- Difficultés à formuler et à justifier les hypothèses qui ont guidé son entrevue.
- Difficulté à faire une transformation sémantique*.

INDICES observables dans les notes du dossier

- Les éléments clés sont présents mais pas organisés.
- Absence d'éléments clés qui servent à exclure d'autres hypothèses que celle retenue (pertinents négatifs).
- Excès de détails non pertinents.

EXEMPLES de questions pour « faire expliciter » le raisonnement clinique en supervision

« Quels indices clés as-tu identifiés dans cette situation ? »
« Au début, lorsque le patient t'a mentionné ce symptôme, à quoi as-tu pensé ? »
« Quand le patient te dit / ou que tu observes (telle chose) puis (telle chose) et encore (telle chose)…à quoi cela devrait-il faire penser ? »

HYPOTHÈSES explicatives

- Manque de connaissances
- Problème de transformation sémantique
- Inexpérience ou insécurité, besoin de poser les questions dans un ordre établi pour se sécuriser, pour éviter de perdre le fil
- Méconnaissance du modèle hypothético-déductif
- Biais cognitifs : accessibilité - représentation*

STRATÉGIES de remédiation

- Expliciter le processus de raisonnement clinique en général : *« Reprenons ensemble les étapes »* (explicitation pas à pas des différentes étapes du raisonnement).
- Verbaliser et expliciter le raisonnement clinique : *« Quand j'entends (tel symptôme), je pense à (diagnostics), parce que ».* Expliciter et illustrer l'étape de la transformation sémantique : *« Dans le cas que tu me décris, je dirais qu'il s'agit d'une douleur épigastrique postprandiale soulagée par les antiacides »*
- Développer la génération systématique d'hypothèses précoces : Présenter quelques patients fictifs ainsi que leur plainte principale. Pour chaque situation, l'étudiant doit proposer l'hypothèse précoce la plus probable, ainsi que d'autres diagnostics possibles. (A faire en dehors du temps destiné à la clinique).
- Développer la reconnaissance d'indices discriminants en début d'entrevue : *« As-tu déjà vu un patient avec la pathologie « x », si oui, en quoi ce cas-ci est-il pareil, en quoi est-il différent? »* Ou encore, en utilisant un enregistrement vidéo : au début du visionnement de l'entrevue, arrêter l'enregistrement à quelques reprises en fonction des indices clés présents, pour questionner le résident : *« Quels indices importants remarques-tu ? » « À quoi dois-tu penser lorsque le patient te dit cela ? »*

2 FERMETURE PRÉMATURÉE

Définition : L'étudiant se centre rapidement sur une seule hypothèse diagnostique et conduit le questionnaire de façon superficielle ou orientée exclusivement en fonction de cette hypothèse diagnostique. Fermeture passive par défaut de génération d'hypothèses différentielles ou active par une focalisation rapide sur un élément.

INDICES observables en supervision directe

- Recherche seulement les informations qui confirment son unique hypothèse diagnostique.
- N'explore pas les indices ou les éléments qui peuvent mener à d'autres hypothèses diagnostiques.
- Ne remarque pas de nouveaux indices qui pourraient apparaître.
- Ne clarifie ou ne vérifie pas les plaintes du patient.

INDICES observables en supervision indirecte ou discussion de cas

- Élabore peu à propos d'autres hypothèses diagnostiques.
- Ne retient ou n'identifie pas certains éléments qui auraient pu soulever d'autres hypothèses.
  - La présentation du cas peut être très bien faite en terme de synthèse et induire le superviseur en erreur, car le résident peut omettre dans son récit les éléments qui auraient dû faire émerger de nouvelles hypothèses.

INDICES observables dans les notes du dossier

- Absence d'éléments clés qui servent à exclure d'autres hypothèses que celle retenue (pertinents négatifs).
- Absence d'éléments qui pourraient remettre en question l'hypothèse principale.
- Absence de diagnostic différentiel.

EXEMPLES de questions pour « faire expliciter » le raisonnement clinique en supervision

« Peux-tu m'expliquer comment tu arrives à cette hypothèse ? »
« À part ton hypothèse diagnostique principale, quels sont les autres diagnostics possibles ? »
« Comment expliques-tu que tu n'y aies pas pensé ? »
« Quels éléments as-tu recherché pour confirmer ou exclure ces autres diagnostics possibles ? »

HYPOTHÈSES explicatives

- D'autres facteurs ont influencé la démarche de raisonnement, tels que manque de temps, gêne, sentiment de ne pas savoir comment faire, manque de connaissances, etc.
- L'étudiant croît, à tort, que le patient va aborder spontanément tous ses symptômes sans qu'on le questionne.
- Biais cognitifs : Confirmation, Ancrage, Assurance.

STRATÉGIES de remédiation

- Développer la génération systématique du diagnostic différentiel : demander systématiquement de résumer le cas clinique et puis de nommer d'autres diagnostics possibles. Faire justifier les diagnostics et leur priorisation.
- Développer la rigueur du raisonnement en se focalisant sur la justification de l'hypothèse principale : demander de justifier le diagnostic le plus probable, en fonction des données positives et négatives pertinentes, mais aussi celui qui est moins probable, mais potentiellement très grave (drapeau rouge).
- Encourager l'étudiant à réfléchir sur les raisons qui l'ont amené à ne pas retenir d'autres hypothèses.
- Demander à l'étudiant de faire des lectures comparées entre diverses maladies. Travailler avec lui son intégration des informations (scripts des maladies), en faisant un retour sur les lectures.

3 DIFFICULTÉS DE PRIORISATION

Définition : **1)** Priorisation inadéquate des problèmes du patient : difficulté à centrer l'entrevue sur les éléments les plus importants, par exemple lorsqu'il y a plusieurs plaintes.
2) Difficulté à choisir de façon pertinente d'accorder ou non de l'importance à des indices ou des informations obtenus en cours d'entrevue.

INDICES observables en supervision directe

- Structure et plan d'entrevue rigides ou inappropriés.
- Parmi plusieurs plaintes du patient, pas d'identification du problème prioritaire, ni d'orientation de l'entrevue dans cette perspective.
- L'étudiant consacre beaucoup trop de temps à explorer un élément secondaire.
- Pas de caractérisation détaillée de la plainte principale.
- Entrevue qui « ne se passe pas bien», mauvaise gestion, insatisfaction du patient, difficultés de communication.
- Besoin pour le superviseur, d'intervenir pour réorienter l'entrevue.

INDICES observables en supervision indirecte ou discussion de cas

- Conclusions, diagnostic ou plan d'intervention qui ne correspondent pas à ce que l'on attend (trop ou pas assez).
- Impression de « perdre le fil conducteur » à l'écoute de l'étudiant, difficulté pour le superviseur à se représenter la situation (incapacité du résident à faire une intégration ou une synthèse des éléments recueillis).
- Tendance chez le superviseur à vouloir prendre le contrôle, retourner voir le patient, etc. pour se faire une idée de la situation clinique
  - La présentation du cas peut être très bien faite en terme de synthèse et induire le superviseur en erreur.

INDICES observables dans les notes du dossier

- Note qui manque de synthèse.
- Manque de détails pour caractériser le problème prioritaire et/ou excès de détails sur des éléments secondaires.

EXEMPLES de questions pour « faire expliciter » le raisonnement clinique en supervision

« Qu'est-ce qui te fait dire que ce problème là est le plus important ? »
« Qu'est-ce qui t'a incité à questionner tel élément de façon si détaillée ? »
« Explique-moi la situation, ce que voulait le patient… et les étapes de ton raisonnement. »

HYPOTHÈSES explicatives

- Influence de facteurs en lien avec le patient (psychosociaux, personnalité, etc.) le contexte, et le résident.
- Influence de facteurs propres au résident (expérience, valeurs et préjugés, préoccupations, contre-transfert, etc.).
- Biais : Représentation - Ancrage*.
- Compétences à développer, telles que techniques de gestion d'entrevue, affirmation de soi, etc.
- Manque de connaissances.

STRATÉGIES de remédiation

- Expliciter le raisonnement nécessaire qui sous-tend la priorisation (modèle de rôle explicité) : le superviseur explicite pourquoi il pense que tel problème est plus important.
- Amener le résident à considérer une priorisation différente : *« Si tu priorisais autrement, qu'est-ce que ça changerait dans ta perspective, ton traitement et ta prise en charge ? »*
- Travailler sur la mise en évidence et la pondération des différents éléments et facteurs présents ainsi que leur influence sur le raisonnement clinique : confronter le résident dans une perspective réflexive et rendre explicite dans la discussion l'impact de ces facteurs.
- Faire raconter l'histoire du patient en termes narratifs : *« Si tu avais à présenter la situation de ce patient à un consultant éventuel, que dirais-tu ? » « Qui est ce patient ? »* et identifier les priorités.
- Encadrer l'étudiant, résoudre la situation et l'expliciter par après (modèle de rôle sur le processus).

4 DIFFICULTÉS À ÉLABORER UN PORTRAIT GLOBAL* DE LA SITUATION CLINIQUE

Définition : L'étudiant ne fait pas de liens entre les différentes données, n'intègre pas la perspective du patient ni les données du contexte pour construire un portrait de la situation clinique et y ajuster son plan d'investigation ou de traitement.

INDICES observables en supervision directe :

- Entrevue où les problèmes et les traitements sont abordés en silo.
- Structure de raisonnement figée et peu ouverte aux spécificités du patient.
- Plan de traitement ou d'investigation irréalistes compte tenu des caractéristiques du patient.
- Application trop rigide des guides de pratique.

INDICES observables en supervision indirecte ou discussion de cas :

- Perspective stéréotypée ou simpliste de la situation.
- Absence de perceptions du patient dans sa globalité et sa complexité bio-psycho-sociale.
- Pas de perspective longitudinale dans sa compréhension de la situation clinique.
  - La présentation du cas peut être très bien faite en terme de synthèse et induire le superviseur en erreur.

INDICES observables dans les notes du dossier

- Aucune mention sur le statut et les perceptions du patient. À la lecture, on ne voit pas « qui » est le patient.

EXEMPLES de questions pour « faire expliciter » le raisonnement clinique en supervision

« Peux-tu résumer la situation clinique en 2 ou 3 phrases ? »
« Quels liens fais-tu entre ces différentes plaintes ou problèmes? »
« Si on prend du recul, et que l'on reprend toute l'histoire et le suivi de ce patient, comment peut-on comprendre ce qui se passe aujourd'hui ? »

HYPOTHÈSES explicatives

- Manque d'expérience clinique, non compréhension de l'importance des éléments psychosociaux.
- Manque d'intérêt, trop ou trop peu de sensibilité (mécanismes de protection).
- Difficulté de gestion de l'incertitude.
- Mauvaise intégration de l'approche centrée sur le patient.

STRATÉGIES de remédiation

- Encourager le résident à penser au patient dans une perspective de continuité : avant une rencontre clinique plus complexe, le résident doit lire le dossier, en faire un court résumé et en discuter avec son superviseur.
- Faire réfléchir sur les liens entre les différents éléments de la situation clinique : *« Est-ce que la personnalité de ton patient, son contexte de vie, ses valeurs… affectent le plan d'intervention ? » « Est-ce que le problème X a un impact sur la prise en charge du problème Y ? De quelle façon ? »*
- Faire construire un schéma ou une carte conceptuelle de la situation clinique et en discuter avec le résident.

5 DIFFICULTÉS À ÉLABORER UN PLAN D'INTERVENTION*

Définition : Le processus d'intégration et de synthèse de tout le processus de raisonnement est insatisfaisant et l'étudiant débouche sur des plans d'intervention inadéquats.

INDICES observables en supervision directe :

- Plan d'intervention absent ou déficient : trop exhaustif, stéréotypé, ambigu, vague, qui ne règle rien ou qui repousse sans cesse la prise de décision.
- Plan de traitement insatisfaisant, inapproprié pour la situation, ou qui ne tient pas compte des préoccupations du patient.
- Absence de discussion avec le patient du plan d'intervention en fonction de l'évolution du problème.
- L'étudiant a de la difficulté à expliquer le plan d'intervention au patient.
- Suivi inapproprié.

INDICES observables en supervision indirecte ou discussion de cas :

- L'étudiant est incapable ou a de la difficulté à faire une intégration ou une synthèse des éléments recueillis.
- L'étudiant est incapable de justifier son plan d'intervention.
- L'étudiant ne prend pas en considération la disponibilité ou le coût des ressources, la prévalence, ou l'urgence des problèmes, ou encore les contraintes ou préoccupations du patient dans son plan d'intervention.
- Plan d'intervention déficient : trop exhaustif, stéréotypé, ambigu, vague, qui ne règle rien ou qui repousse sans cesse la prise de décision.
- Le plan d'intervention n'intègre pas l'anticipation de l'évolution du problème clinique (se limite à une seule étape par exemple).
- Plan de traitement insatisfaisant, inapproprié pour la situation.
- Suivi inapproprié.

INDICES observables dans les notes du dossier

- Plan d'intervention absent.
- Plan d'investigation déficient : trop exhaustif, stéréotypé, ambigu, vague, qui ne règle rien ou qui repousse sans cesse la prise de décision.
- Absence de cohérence entre la démarche de raisonnement diagnostique et le plan d'intervention proposé.
- Le plan de traitement ne traduit pas les étapes subséquentes envisageables en fonction de l'évolution du problème.
- Plan de traitement insatisfaisant, inapproprié pour la situation.
- Suivi inapproprié.

EXEMPLES de questions pour « faire expliciter » le raisonnement clinique en supervision

« Explique-moi comment tu arrives à un tel plan d'intervention ? »
« Quels sont les éléments du recueil des données dont tu as tenu compte dans l'élaboration du plan d'intervention ? »
« Que recherches-tu par cette investigation et quel impact auront les résultats sur ton hypothèse principale ? »
« Quels éléments ont orienté ton choix de traitement ? »
« Et si le problème n'évolue pas favorablement, que prévois-tu ? »

HYPOTHÈSES explicatives

- Intégration et synthèse inadéquate.
- Difficulté à intégrer les nouveaux indices (réponse au traitement, résultats d'investigation, etc.) dans son raisonnement.
- Difficulté à intégrer la perspective du patient et/ou son contexte biopsychosocial.
- Difficulté à développer une perspective longitudinale du suivi du patient.
- Manque de connaissances.
- Difficulté de gestion de l'incertitude.
- Biais : résultat*.

STRATÉGIES de remédiation

- Déployer un bon raisonnement clinique (modèle de rôle explicité) : à partir des informations cliniques, le superviseur explique pourquoi il favorise tel plan.
- Inciter le résident à se prononcer et à se positionner : le superviseur pousse la réflexion du résident un peu plus loin et, si nécessaire, propose des résultats possibles d'investigation ou différents modes d'évolution du problème pour stimuler l'élaboration d'un plan d'intervention complet et intégré.
- Reprendre le raisonnement clinique en se centrant sur les différents facteurs propres à la situation clinique donnée qui appellent une adaptation des guides de pratique : le superviseur explicitera comment, tout en restant rigoureux du point de vue médical, il module l'application des recommandations pour tenir compte des spécificités du patient.
- Lectures comparées entre les différentes options d'investigation et de traitement et mise en perspective de leurs avantages et inconvénients.

LEXIQUE

Diagnostic : Dans ce document, l'expression diagnostic prend son sens le plus large, et inclut non seulement l'identification de la nature d'une maladie (hernie discale L4-L5 gauche) mais aussi la caractérisation d'un problème (lombalgie mécanique chez un travailleur manuel en conflit avec son employeur), résultat de la démarche qui permet au clinicien de donner un sens aux symptômes décrits par le patient pour ensuite élaborer un plan d'intervention adapté à la situation clinique.

Plan d'intervention : Il comprend les investigations, les recommandations thérapeutiques et préventives, les traitements et le suivi.

Script clinique : Ensemble de connaissances organisées en réseaux (qui contiennent des associations entre l'entité pathologique, ses différents signes et symptômes et des cas similaires rencontrés), organisées pour être efficaces en clinique. Ces réseaux intègrent des connaissances relatives au diagnostic, aux investigations et aux aspects thérapeutiques.

Transformation sémantique : Traduction de l'information transmise par le patient en 'concept médical': soit, par une abstraction du problème en utilisant des qualifications qui permettent des liens avec des catégories diagnostiques (aigu-chronique, mécanique-inflammatoire, jeune-âgé; unilatéral-bilatéral), ou par une représentation mentale (ex : visualisation d'une articulation).

Biais cognitifs : Tendances, perceptions, croyances inappropriées qui affectent la prise de décisions et qui sont source d'erreurs :

> **Accessibilité :** Tendance à être influencé par un diagnostic posé récemment ou par une expérience diagnostique particulière d'une maladie, et à ensuite à prioriser ce diagnostic dans sa génération d'hypothèses. Par exemple : le médecin a vu une femme de 40 ans avec des douleurs thoraciques associées à un lymphome : il a ensuite tendance à évoquer le diagnostic de lymphome pour toutes ses patientes avec des douleurs semblables.
>
> **Représentation :** Tendance à se centrer sur les manifestations prototypiques d'une maladie : les données ressemblant à cette catégorie sont surévaluées et des variantes atypiques peuvent être manquées ou sous-évaluées.
>
> **Résultat :** Tendance à privilégier un diagnostic associé à de bons résultats thérapeutiques ou à une évolution positive. Inconsciemment, le médecin cherche à éviter le découragement ou la tristesse associée à un diagnostic dont l'issue est moins favorable.
>
> **Confirmation :** Tendance à ne rechercher que les indices qui soutiennent un diagnostic au détriment de ceux qui le réfutent, même si ces derniers sont plus convaincants.
>
> **Ancrage :** Tendance à figer le raisonnement qui se bloque sur des éléments de la présentation clinique trouvés précocement. L'impression clinique initiale ne s'adapte pas aux informations subséquentes.
>
> **Assurance :** Tendance à surévaluer sa compétence. Les décisions se basent sur une opinion plutôt que sur des preuves soigneusement réunies. Incite à agir à partir d'informations incomplètes, d'intuitions ou de pressentiments.

Portrait global et Représentation globale de la situation clinique : L'image que se fait le clinicien du problème considéré dans son ensemble, en lien avec les diverses composantes de son contexte biopsychosocial. Certains auteurs parlent de « paysage diagnostique ». La représentation globale peut évoluer au cours des rencontres avec le patient. Nous pouvons distinguer une représentation initiale, qui va se modifier et s'enrichir selon les données obtenues et l'évolution de la situation clinique, pour mener à une représentation plus complète à la fin de l'évaluation clinique.

ARTICLES DE RÉFÉRENCE

- Bordage G. Why Did I Miss the Diagnosis? Some cognitive Explanations and Educational Implications. Academic Medicine, vol74, No 10/ October Supplement 1999
- Bowen J. Educational Strategies to promote Clinical Diagnostic Reasoning. N Engl J MED. 2006;355(21):2217-25.
- Charlin B, Boshuizen H, Custers E, Feltovich P. Scripts and clinical reasoning. Medical Education. 2007;41:1178-84.
- Croskerry PMDP. The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them. Academic Medicine. 2003;78(8):775-80.
- Eva K. Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique Pédagogie médicale 2005;6:225-34.
- Kempainen R, Migeon M, Wolf F. Understanding our mistakes: a primer on errors in clinical reasoning. Medical Teacher. 2003;25(2):177-81.
- Mamede S, Schmidt H, Rikers R. Diagnostic errors and reflective practice in medicine. J Eval Clin Pract. 2007;13:138-45.
- Mamede S, Schmidt H, Penaforte J. Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses. Medical Education. 2008;42:468-75.
- Nendaz M, Bordage G. Promoting diagnostic problem representation. Med Educ, 2002; 36:760-6.
- Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. Pédagogie Médicale. 2005;6:235-54.
- Norman G, Eva K. Diagnostic error and clinical reasoning. Medical Education 2010; 44:94-100.

t. Pour aller plus loin

Lectures

- Audétat M-C, Laurin S. Clinicien et superviseur, même combat ! *Le Médecin du Québec.ma i* 2010.
- Caire-Fon N, Sanche G. Je pense, donc je soigne: les dessous de la décision clinique. *Le Médecin du Québec.* 2010;45(5):45-50.
- Sanche G, Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle: travailler sans filet. *Le Médecin du Québec.* 2010;45(5):37-41.
- Pestiaux D, Vanwelde C, Laurin S, Audétat MC, Raisonnement clinique et décision médicale.*Le Médecin du Québec.* 2010;45(5):59-63.
- Audétat MC, Faguy A, Jacques A, Blais J, Charlin B. Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale* 2011.
- Miriam Lacasse, Marie-Claude Audétat, Élisabeth Boileau, Nathalie Caire Fon, Marie-Hélène Dufour, Marie-Claude Laferrière, Alexandre Lafleur, Ève La Rue, Shirley Lee, Mathieu Nendaz, Emmanuelle Paquette Raynard, Caroline Simard, Yvonne Steinert & Johanne Théorêt (2019) Interventions for undergraduate and postgraduate medical learners with academic difficulties: A BEME systematic review: BEME Guide No. 56, Medical Teacher, 41:9, 981-1001, DOI: 10.1080/0142159X.2019.1596239

Formations en ligne :

Sur edulib.org :

- Cours « Processus de raisonnement clinique » piloté par Nathalie Cairefon, sur edulib.org, ouvre 1 à 2 fois par année. https://catalogue.edulib.org/fr/cours/UMontreal-PRC/
- Cours “ Supervision du raisonnement clinique » https://catalogue.edulib.org/fr/cours/UMontreal-SRC-2/
- Façonner le raisonnement clinique : cours du CNFS (Consortium national de formation en santé, Université d’Ottawa) : http://www.cnfs.ca

App :

Pdx : Présentation et diagnostic des difficultés de raisonnement clinique, développé par Élisabeth Boileau, Christina St-Onge et Marie-Claude Audétat. Suit le modèle SOAP, basé sur le Guide des difficultés de raisonnement clinique. Disponible gratuitement sur le *App Store*, iOS seulement. (cliquer sur l’icône ci-haut pour voir dans iTunes)

V. EVALUATION

u. La rencontre formative

v. Guides à l'intention des membres des Comités locaux de compétences (CLC)

w. La fiche d'appréciation du stage clinique (FASC)

x. Le guide de notation de la fiche d'appréciation

y. Le diagnostic pédagogique et ses étapes

z. Le Guide de rédaction d'un plan de soutien à la réussite

aa. Le plan de soutien à la réussite

bb. Les techniques pour remettre une évaluation

cc. Pour aller plus loin

u. La rencontre formative

RENCONTRE FORMATIVE

NOM DU RÉSIDENT :_____ Tuteur :_____ Date :_____

CONTEXTE :

La rencontre formative se veut un outil de dialogue entre le résident et le tuteur (superviseur) afin d'identifier les besoins pédagogiques ressentis et observés et d'arriver à un plan d'action pédagogique mutuellement acceptable. Elle permet de préciser un diagnostic pédagogique et de déterminer une prescription pédagogique qui permette l'atteinte des objectifs d'apprentissage identifiés et ultimement celle des compétences liées à la pratique médicale. **Il est souhaitable que le résident s'autoévalue au départ!**

1. EXPERTISE MÉDICALE et ERUDITION:

A) Connaissances au service de la démarche clinique :

Types et organisation	Observations/commentaires
Réduites	
Dispersées	
Élaborées	
Intégrées	
Identification des champs de connaissances à optimiser	

B) Démarche et raisonnement clinique (représentation abstraite, hypothèses précoces-données pertinentes, pattern recognition, points d'ancrage : réseau sémantique, prototypes, scripts, schémas) :

	Observations/commentaires
Recueil des données	
Organisation et pertinence	
Maîtrise des gestes appropriés à l'examen physique	
Interprétation des données	
Décisions appropriées	
Curiosité scientifique	
Démarche réflexive	
Applique une réflexion éthique lors du processus décisionnel	

C) Erudition

	Observations/commentaires
Améliore continuellement sa pratique par une évaluation critique de l'information	
Favorise l'apprentissage de ses pairs, des autres professionnels, des patients	

2. COMMUNICATION

A) Communication professionnelle selon l'approche Calgary-Cambridge/Relation médecin-patient

	Observations/commentaires
Commencer l'entrevue	
Recueillir l'information	
Structurer l'entrevue	
Construire la relation	
Expliquer et planifier	
Terminer l'entrevue	

Intégration des habiletés communicationnelles :

	Observations/commentaires
Utilise des stratégies non verbales, verbales et avancées, de façon souple et adaptée aux situations (ex : adapte sa communication au niveau de littératie du patient)	
Intègre la perspective du patient pour le recueil des informations et l'élaboration du plan de traitement	
Arrive à une compréhension partagée et à une prise de décision partagée	

Évaluation formative modèle 2010-2011

3. COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE

	Observations/commentaires
Respect des disciplines	
Attitude proactive de partage des informations	
Confidentialité	
Leadership	
Souplesse et ouverture aux différents points de vue	

4. PROFESSIONALISME et GESTION:

	Observations/commentaires
Organisation efficace du travail (appels, suivi des résultats, bureau)	
Sens des responsabilités (gardes, gestion des absences, transfert de patients, ponctualité)	
Autonomie dans l'apprentissage	
Attitude en situation d'apprentissage (participation, collaboration avec superviseurs, honnêteté, ouverture à la discussion	

5. PROMOTION DE LA SANTÉ:

	Observations/commentaires
Guidance adaptée pour les changements des habitudes de vie	
Autonomie du patient	
Sensibilité aux réalités culturelles et économiques	

6. RÉSUMÉ DES POINTS FORTS :
RÉSUMÉ DES POINTS À AMÉLIORER :
STRATÉGIES DE PROGRESSION (PLAN PÉDAGOGIQUE):

Date de la discussion avec le résident : _____ Résident : d'accord ☐ pas d'accord ☐

Commentaires : _____

_____

Signature résident : _____ Signature superviseur : _____

Évaluation formative modèle 2010-2011

v. Guides à l'intention des membres des Comités locaux de compétences (CLC)

Tous les documents et guides utiles aux membres des comités locaux de compétences, dont le « Guide à l'intention des membres des CLC» et le « guide de rédaction de la FASC », se retrouvent dans la « Section sécurisée du programme de médecine de famille » cette section est protégée par un mot de passe, auquel tous les Directeurs et directrices locaux de programme ont accès.

w. La fiche d'appréciation du stage clinique (FASC)

Depuis 2013 le programme de résidence de médecine de famille s'est doté de fiches d'appréciation du stage clinique (FASC) qui lui sont propres. Tous les stages réalisés par les résidents de ce programme doivent être évalués sur ces FASC spécifiques dont le nom commence par « Médecine familiale ».

Pour écrire l'évaluation d'un stage, vous devez sélectionner dans un menu déroulant du portail d'évaluation la fiche d'évaluation qui correspond spécifiquement au stage à évaluer :

Stage	Code	FASC à utiliser
Médecine de famille (comprenant les activités intégrées)		Médecine familiale Stage intégré
Stage de médecine de famille en région rurale		Médecine familiale rurale
Hospitalisation en médecine familiale (lorsque non intégrée dans le stage de médecine de famille)		Médecine familiale Unité d'hospitalisation
Stage de gardes		Médecine familiale Stage de nuit
Cardiologie		Médecine familiale Cardiologie
Gériatrie		Médecine familiale Gériatrie
Obstétrique		Médecine familiale Obstétrique
Obstétrique et périnatalité		Médecine familiale Obstétrique et périnatalité
Obstétrique, périnatalité et pédiatrie		Médecine familiale Obstétrique/périnatalité et pédiatrie
Soins palliatifs (lorsque non intégré dans le stage de médecine de famille)		Médecine familiale Soins palliatifs
Soins palliatifs à domicile (lorsque non intégré dans le stage de médecine de famille)		Médecine familiale Soins palliatifs à domicile
Urgence adulte (lorsque non intégré dans le stage de médecine de famille)		Médecine familiale Urgence
Urgence pédiatrique		Médecine familiale Urgence pédiatrique
Pédiatrie		Médecine familiale pédiatrie
Stage au Bénin		Médecine familiale Stage international au Bénin
Tout autre stage		Médecine familiale Générique

FASC stage intégré de médecine de famille

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES CONFIABLES (APC)				
	NiCDeR atteint	IA	C	N/É
1. Assure le suivi médical périodique des enfants de 0 à 5 ans				
2. Assure le suivi de ses patientes enceintes				
3. Assure le suivi des patients avec problèmes aigus				
4. Assure le suivi des patients avec problèmes complexes ou indifférenciés				
5. Assure le suivi des patients avec problèmes chroniques				
6. Assure la prise en charge de ses patients hospitalisés				
7. Assure le suivi des patients âgés avec syndromes gériatriques				
8. Assure le suivi des patients à domicile et en hébergement				
9. Assure le suivi des patients avec difficultés de vie				
10. Assure le suivi des patients avec problèmes de santé mentale				
11. Gère les épisodes de soins lors de la garde communautaire et hospitalière				

COMPÉTENCES			
	IA	C	N/É
Professionnalisme			
1. Se conduit selon les valeurs, règles et normes de la profession			
2. Fonde ses actions sur une démarche éthique			
Expertise			
3. Évalue une situation clinique et pose un diagnostic			
4. Élabore et applique un plan d'intervention			
5. Assure un suivi en temps opportun			
6. Consigne les informations au dossier conformément aux règles			
Communication			
7. Conduit l'entrevue médicale en partenariat avec le patient et ses proches			
8. S'assure de comprendre et d'être compris des partenaires de soins			
Collaboration			
9. Participe harmonieusement au fonctionnement d'une équipe de soins			
10. Planifie, coordonne et dispense les soins en équipe			
Gestion			
11. Utilise judicieusement les ressources			
12. Gère son temps pour répondre aux besoins de ses patients			
Promotion de la santé			
13. Effectue des interventions de promotion et de prévention auprès de ses patients			
Érudition			
14. Assure son développement de façon réflexive			
15. Favorise l'apprentissage de tiers (notamment les externes)			
16 Contribue aux activités d'érudition			

Résident évalué à : T 0-5 ☐ T 6-11 ☐ T 12-17 ☐ T 18-24 ☐ Évaluation des périodes : _____

FASC-Stage d'urgence et soins critiques

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES CONFIABLES (APC)				
Résident évalué à : T 0-6 ☐ T 7-17 ☐ T 18-24 ☐	NiCDeR atteint	IA	C	N/É
1. Reconnait le patient qui nécessite une intervention urgente				
2. Stabilise la condition d'un patient dont la survie est menacée				
3. Gère les situations psychosociales complexes dans un contexte de soins aigus				
4. Maîtrise les diverses techniques associées à la prestation des soins urgents				
5. Assure la prise en charge globale et le suivi des patients lors de leurs épisodes de soins aigus				
6. Exerce son leadership en situation d'urgence				

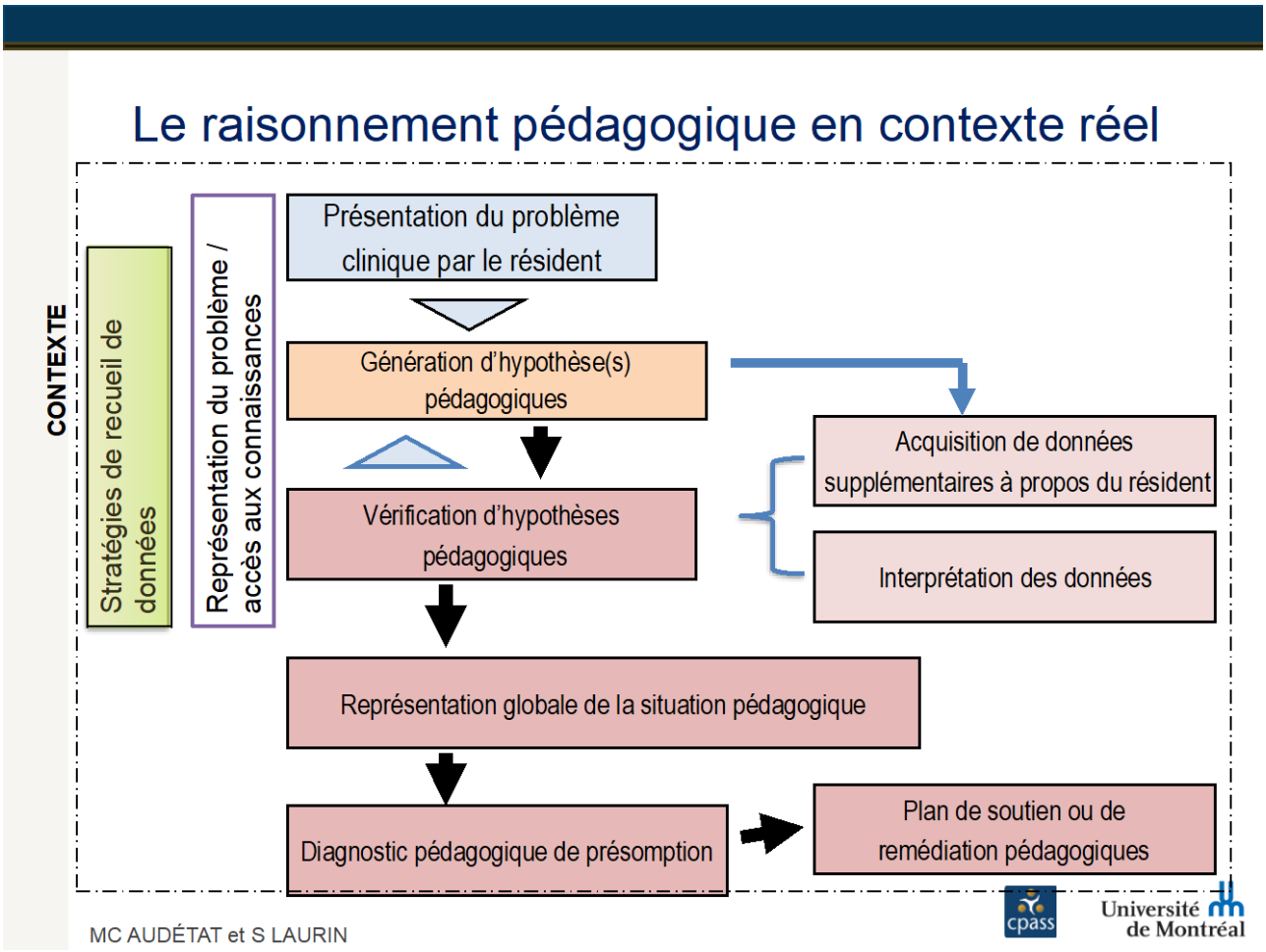
COMPÉTENCES			
	IA	C	N/É
Professionnalisme			
1. Se conduit selon les valeurs (respect, empathie, etc.), les règles et les normes de la profession			
2. Fonde ses actions sur une démarche éthique.			
Expertise			
3. Évalue de façon pertinente une situation clinique : connaissances adéquates.			
4. Évalue de façon pertinente une situation clinique : anamnèse et examen physiques complets et ciblés.			
5. Évalue de façon pertinente une situation clinique : diagnostic différentiel pertinent et hiérarchisé.			
6. Élabore et applique un plan d'intervention.			
7. Consigne les informations au dossier conformément aux règles			
Communication			
8. Conduit l'entrevue médicale en partenariat avec le patient et ses proches			
9. S'assure de comprendre et d'être compris de ses interlocuteurs			
Collaboration			
10. Participe harmonieusement au fonctionnement d'une équipe de soins.			
11. Planifie, coordonne et dispense les soins en équipe.			
Leadership			
12. Utilise judicieusement les ressources			
13. Gère son temps pour répondre aux besoins de ses patients			
Promotion de la santé			
14. Effectue des interventions de promotion et de prévention auprès de ses patients.			
Érudition			
15. Assure son développement de façon réflexive			
16 Contribue aux activités d'érudition			

x. Le guide de notation de la fiche d'appréciation

Vous trouverez le guide de notation de la FASC du stage de médecine de famille à l'**annexe 3** du **Cahier de programme** que vous pouvez consulter ici :
https://medfam.umontreal.ca/etudes/residence-en-medecine-famille/

y. Le diagnostic pédagogique et ses étapes

La démarche pédagogique a ceci de particulier qu'elle est initiée par une étape cruciale et complexe: la détection d'un problème dont le résident n'a pas conscience. Alors que dans un contexte clinique, la démarche diagnostique se centre sur le problème souvent exposé d'entrée de jeu par le patient, le clinicien enseignant doit d'abord suspecter la présence d'une difficulté avant d'entreprendre un processus de raisonnement pédagogique. Cette phase d'alerte, de perception intuitive que quelque chose ne va pas, explique souvent le délai à poser un diagnostic pédagogique : pour devenir source de questionnement de la part du superviseur, une difficulté doit se manifester à plusieurs occasions et dans des contextes différents ou encore être observée par différents superviseurs qui partageront leurs constatations. Le tableau ci-dessous résume les étapes de la démarche pédagogique.



Particularités du diagnostic pédagogique :

- Pas de raison de consultation : L'enseignant doit d'abord détecter la présence d'une difficulté dont le résident n'est pas conscient

- L'enseignant travaille avec des manifestations de difficultés qui ne s'expriment pas à chaque entrevue clinique

- *Le recueil des données nécessite plusieurs observations / discussions de cas avec le résident et le partage des observations entre enseignants*

- Plusieurs enseignants supervisent un résident et peuvent avoir du mal à identifier un problème

- Une difficulté peut être un retard dans l'acquisition d'une compétence ou d'un aspect d'une compétence:

- Il peut s'agir d'une difficulté à performer au niveau attendu qui nécessite un soutien spécifique et non pas d'un « problème » à corriger (ex. gestion de temps)

Tiré de :
Comment soutenir les résidents en difficulté ?
Une présentation de : Marie-Claude Audétat et Isabelle Tardif
Département de médecine de famille et de médecine d'urgence
Collaboration avec Nathalie Caire Fon, Suzanne Laurin et Gilbert Sanche
Faite en 2013 à l'UMF St-Jérôme

Le guide de rédaction d'un plan de soutien à la réussite qui suit comprend l'énumération de divers types de difficultés possibles avec des suggestions pour amélioration.

z. Le Guide de rédaction d'un plan de soutien à la réussite

Guide
de rédaction d'un
Plan de soutien à la réussite

Comité d'évaluation
du
Programme de résidence de Médecine de famille

Faculté de médecine
Université de Montréal

Intentions du document

Ce guide d'accompagnement se veut un outil de :

- Support à la création et la systématisation d'un plan de soutien à la réussite;
- Communication entre le CUMF et le résident en difficulté et entre le CUMF et le comité d'évaluation du programme;
- Suivi de l'efficacité du plan de soutien.

Raison d'être d'un plan de remédiation

Un plan de soutien doit être construit et mis en place chaque fois qu'il est évalué qu'un résident éprouve des difficultés qui sont suffisamment importantes pour entraver la construction de ses compétences et affecter son travail clinique. Il s'impose notamment lorsque :

- Les enseignants ont la perception qu'ils doivent proposer un accompagnement pédagogique particulier à un résident pour que la trajectoire de développement de ses compétences soit conforme à ce qui est attendu;
- Le comité d'évaluation du programme impose au résident de reprendre des périodes de stage à la suite d'un stage échoué ou évalué inférieur aux attentes.

Le plan de soutien à la réussite ne peut contrevenir au ***Règlement des études médicales postdoctorales*** ni à la ***Politique d'encadrement pédagogique*** des résidents du programme de médecine familiale. (cf. guide des activités cliniques)

Messages clés[1]

- La difficulté qu'éprouve un résident n'est pas nécessairement un état permanent, mais une étape inscrite dans un processus de développement.
- Il faut dépister tôt, car avec une intervention précoce et appropriée, plusieurs de ces difficultés se corrigeront.
- L'intervention auprès de résidents ayant des difficultés se fait mieux en équipe.
- Un enseignant pivot (tuteur par exemple), choisi en fonction des difficultés du résident et accepté par ce dernier, se porte garant du processus : il guide l'analyse de la situation ainsi que l'élaboration et le suivi du plan de traitement.
- Le résident doit participer à toutes les étapes de la réflexion sur sa situation.
- Un compte rendu écrit de chaque rencontre avec le résident doit être produit. Ces comptes rendus doivent être accessibles au résident qui désire les consulter.

[1] Clavet D. Résidents en difficulté… les leçons de l'expérience. 2e Forum international de pédagogie médicale 2002

Démarche pédagogique[2 3 4]

La démarche pédagogique d'aide au résident éprouvant des difficultés est comparable à la démarche clinique et doit être systématique comme cette dernière pour être efficace. L'acronyme SOAP (Subjectif, Objectif, Analyse, Planification) peut être utilisé comme aide mémoire structurant[5]. La démarche pédagogique doit comporter les quatre phases suivantes :

1- Phase précoce (Subjectif : suspecter l'existence d'un problème)

Perception des indices initiaux de difficulté:

- Partage rapide des inquiétudes entre enseignants qui supervisent le résident: ne pas temporiser ou négliger.
- Formulation des hypothèses diagnostiques provisoires.
- Planification d'une rencontre précoce avec le résident :
    - Recueillir des évènements critiques concrets, détaillés;
    - Proposer une rencontre le plus près possible des évènements ayant suscité des inquiétudes.

Rencontre précoce de validation avec le résident :

- Expliquer le but de la rencontre : aider le résident en statuant sur la présence ou non d'un problème.
- Exprimer l'inquiétude des enseignants en décrivant sur quelles observations elle repose.
- Inviter le résident à exprimer son point de vue.
- Explorer les facteurs pouvant contribuer au problème (contextes personnel, clinique, académique).
- Convenir de la suite à donner à la rencontre.

Retour avec les superviseurs :

- Résumer le contenu de la rencontre précoce avec le résident
- Planifier la phase de collecte des données (qui? quand? comment?).

2- Phase de collecte de données (Objectif : documenter la nature du problème)

[2] Caire Fon N. Étudiant en difficulté. Direction de la formation pédagogique CPASS 2007

[3] Steinert Y. Levitt C. Woorking with the « Problem Resident » : Guidelines fo definition and Intervention *Family Medicine*, 1993; 25: 627-32

[4] Vaughn LM. Baker RC. DeWitt TG. The Problem Learner *Teaching and Learning in Medicine* 1998; 10(4) : 217-22

[5] Langlois JP. Thach S. Managing the Dificult Learning Situation *Fam Med* 2002;32 (5) :307-9

Observation directe du résident en vue de faire une:

- Description détaillée du problème par le recueil de multiples exemples.
- Évaluation de l'impact du problème.
- Évaluation des forces du résident.

Regard sur le contexte pédagogique : clinique, académique, enseignante (émotions, styles d'enseignants, biais, disponibilités)

Rencontre avec le résident pour :

- Décrire les comportements problématiques identifiés et leur impact.
- Documenter les perceptions du résident : perçoit-il ses difficultés? À quoi les attribue-t-il ?
- Explorer le vécu du résident d'un point de vue personnel, clinique et académique.
- S'assurer de l'absence de harcèlement et d'intimidation.
- Évaluer le désir de collaboration du résident: est-il d'accord pour travailler à la résolution de ses difficultés?
- Recueillir ses suggestions de solutions.
- Convenir des suites à donner à la réunion.

3- Phase diagnostique (Analyse : caractériser le problème)

Synthèse des données en groupe de superviseurs :

- Classification du problème : cognitif, affectif, relationnel, organisationnel.
- Formulation du diagnostic et définition d'objectifs de remédiation.

4- Phase d'intervention (Plan : intervenir pour aider à corriger le problème)

En groupe de superviseurs, élaboration d'un plan de remédiation initial qui documente :

- La nature des difficultés à corriger;
- Les objectifs à atteindre;
- Les stratégies et les moyens pédagogiques à utiliser;
- La durée de l'intervention;
- La date à laquelle l'intervention sera réévaluée;
- L'identification d'un enseignant pivot (enseignant responsable);
- Les rôles des superviseurs;
- Les mécanismes pour assurer la continuité;
- L'évaluation du processus de remédiation.
-

Rencontre avec le résident :

- Échange à partir du plan de remédiation initial;
- Adoption du plan de remédiation final;
- Clarification des conséquences advenant un échec de la remédiation.

Suivi de l'intervention pédagogique :
- Actualisation des mesures pédagogiques du plan de remédiation;
- Rencontres périodiques entre enseignants;
- Rencontres périodiques entre enseignant pivot et résident.

La période de soutien terminée, une évaluation de son impact doit être rapidement réalisée et communiquée au résident. Les objectifs ont-ils été atteints? Les problèmes sont-ils corrigés? Les conséquences de cette évaluation doivent être discutées avec le résident.

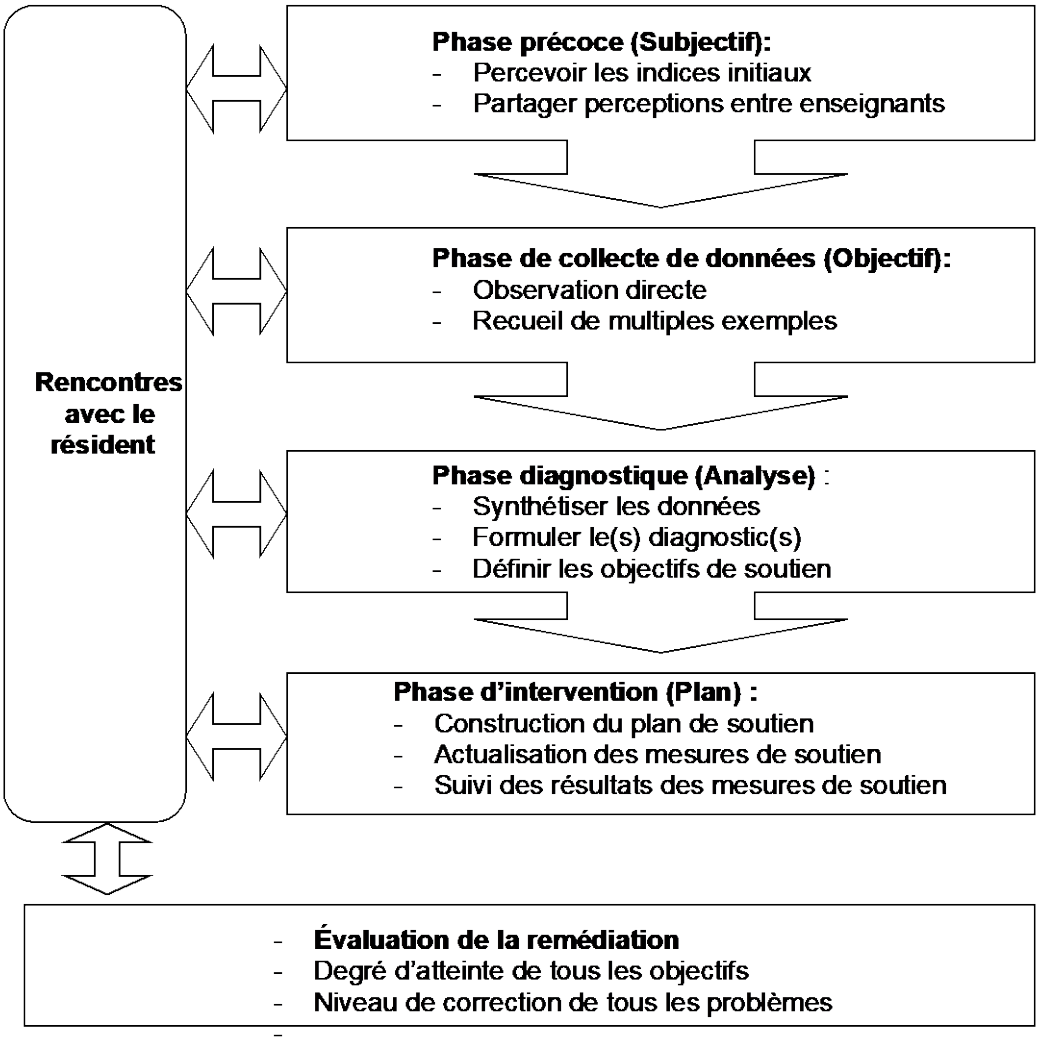


Figure 1 : Schématisation de la démarche pédagogique

Diagnostic pédagogique

La liste des diagnostics qui suivent n'a pas la prétention d'être exhaustive. Elle propose simplement un éventail de possibilités qui ne sont d'ailleurs pas mutuellement exclusives puisque la majorité des résidents qui éprouvent des difficultés lors de leur formation ont souvent des problèmes mixtes (cognitif et affectif, cognitif et relationnel). Soit ils coexistent d'emblée, soit un problème en entraîne un autre (difficulté académique qui génère un trouble d'adaptation, par exemple).

Sur le plan cognitif

- Problèmes de raisonnement clinique affectant l'une ou l'autre des étapes de la démarche clinique :
  - Problèmes dans la génération d'hypothèses et l'orientation de la récolte de données :
    - Absence d'hypothèses précoces;
    - Difficulté à repérer les indices clés et à en tenir compte dans sa génération d'hypothèses;
    - Difficulté à orienter sa récolte de données en fonction de ses hypothèses précoces.
  - Problèmes dans le raffinement et le traitement des hypothèses (récolte, interprétation, synthèse, vérification) :
    - Fermeture prématurée : focalisation trop rapide ou centrée exclusivement sur une seule hypothèse. Fermeture à tout élément susceptible d'ouvrir sur d'autres hypothèses.
    - Difficultés dans le processus de confirmation ou d'infirmation des hypothèses diagnostiques (Par exemple : sélection exclusive des éléments positifs sans explorer les autres possibilités en fonction des éléments non présents (exclusion des diagnostics).
    - Difficultés de priorisation : difficulté à se centrer sur les éléments les plus importants, difficulté à choisir de façon pertinente d'accorder ou non de l'importance à des informations obtenues en cours d'entrevue, mauvaise priorisation des hypothèses diagnostiques.
  - Problèmes dans la catégorisation du problème, dans le diagnostic et l'élaboration d'un plan d'intervention :
    - Difficulté à se faire une représentation globale et intégrée de la situation clinique.
    - Difficulté à élaborer un diagnostic final et intégré.
    - Difficulté à élaborer un plan d'investigation adéquat (par exemple : déficient ou trop exhaustif).

- Difficulté à élaborer un plan de traitement approprié.
- Difficulté à se placer dans une perspective de suivi longitudinal du patient.

❖ Problème de connaissances :

- Problèmes de manque de connaissances;
- Problèmes d'organisation des connaissances ou problèmes d'intégration des connaissances à la perspective clinique.

❖ Problème de jugement clinique (ou lié à la gestion de l'incertitude) :

- Difficulté à distinguer l'essentiel de l'accessoire, l'urgent du non urgent…
- Difficulté à prioriser les demandes multiples.
- Application mécanique de bilan d'investigation ou de plans de traitement.

❖ Problème de communication orale ou écrite.

❖ Problème de perception visuo-spatiale.

❖ Problème de santé affectant la sphère cognitive :

- TDA-H
- Trouble d'apprentissage

Sur le plan affectif

❖ Problème de santé :

- Trouble anxieux
- Trouble dépressif
- TOC

❖ Anxiété sociale

- Estime de soi défaillante
- Gêne excessive, manque d'assertivité ou d'assurance en soi

❖ Stresseurs personnel

❖ Problème de motivation

Sur le plan relationnel

- Problème de relation avec les collègues, les patients ou le personnel
- Problème de communication professionnelle (approche C-C) :
  - Déficience dans les étapes de la structure de l'entrevue.
  - Problème à construire la relation médecin-patient.
- Problèmes affectant le professionnalisme :
  - Manque d'empathie envers les patients.
  - Absence d'intérêt dans le suivi d'épisodes de soins ou dans la continuité de soins au long cours.
  - Manque d'honnêteté envers les patients ou les enseignants.
  - Problème d'autonomie dans l'apprentissage ou dans la participation à sa formation.
  - Manquement à l'éthique professionnelle.
  - Abus de substances.
  - Manque d'insight ou difficulté à reconnaître et faire soigner une maladie personnelle.
  - Manipulation, plagiat.

Sur le plan organisationnel

- Difficulté à gérer un horaire, clinique ou autre
- Étude désorganisée
- Difficulté à prioriser lors de confrontation à des tâches multiples
- Tenue de dossier désorganisée
- Problème de ponctualité

Intentions du plan de soutien à la réussite

Sur le plan cognitif

- Amélioration de la structure et de la pertinence de la cueillette de données.
- Amélioration de la synthèse et de l'analyse de l'information recueillie.
- Bonification du bagage de connaissances fondamentales ou cliniques.
- Amélioration de l'accessibilité en clinique des connaissances théoriques.
- Affinement du jugement clinique (ou amélioration de la gestion de l'incertitude).
- Amélioration du processus de raisonnement clinique (hypothético-déductif).
- Amélioration de l'investigation et du suivi clinique.
- Amélioration du français parlé.
- Amélioration de la maîtrise des gestes techniques.
- Amendement des problèmes de santé.

Sur le plan affectif

- Réduction des stresseurs affectant la performance académique ou clinique
- Amendement des problèmes de santé

Sur le plan relationnel

- Élimination des comportements inappropriés
- Élimination des problèmes de professionnalisme
- Développement d'habiletés au travail en interdisciplinarité
- Amélioration de l'estime et de l'affirmation de soi

Sur le plan organisationnel

- Amélioration de l'organisation du travail et de l'emploi du temps
- Amélioration de la tenue de dossier

Mesures de soutien

- Programme de lectures dirigées et contextualisées, avec retour :
  - Préciser les intentions :
    - Solidification de la base de connaissances fondamentale et clinique
    - Construction de prototypes, algorithmes…
  - Préciser les modalités :
    - Sujets à étudier
    - Sources de lectures
    - Contexte : durée, fréquence, lieu de lectures…
    - Retours avec les enseignants : dates, responsables, lieux de rencontres…
- Exercice de facilitation du traitement en profondeur de l'information :
  - Préciser les modalités :
    - Sujets à travailler
    - Outils : élaboration de cartes conceptuelles, narrations, algorithmes, présentations…
    - Dates de retour avec enseignants
- Allègement clinique :
  - Préciser les modalités
- Modification de la supervision :
  - Préciser les modalités :
    - Intensifiée
    - Allégée
    - Centrée sur le diagnostic
- Observation d'enseignants en clinique ou d'entrevues personnelles enregistrées :
  - Préciser les modalités : dates, responsables…
- Exercices de raisonnement clinique :
  - Préciser les modalités :
    - Vignettes cliniques analysées selon le modèle de l'ARC.
    - Travail de reformulation et de représentation des problèmes.
    - Explicitation à voix haute du raisonnement.
    - Étude en parallèle (contrasté-comparé) de pathologies apparentées.

- Pratiques d'EMS :
  - Préciser les modalités : dates, responsables…
- Pratique d'ECOS :
  - Préciser les modalités : dates, responsables…
- Consultation professionnelle :
  - Préciser les recommandations ou références faites
- Modification d'attitudes ou de comportements :
  - Identifier les comportements problématiques :
    - Interaction avec les patients, le personnel ou les collègues
    - Ponctualité
    - Participation à l'enseignement
    - Prise de responsabilité
  - Décrire les comportements attendus
- Utilisation d'outils organisationnels :
  - Temps protégé pour lecture dirigée
  - Agenda, listes…
  - Atelier de soutien à l'apprentissage (Gestion du temps) des Services aux étudiants de l'U de M
- Construction d'un répertoire de ressources documentaires
  - Sites Internet
  - Assistants électroniques
  - Livres/ revues
  - Consultants
- Travail en centre de simulation

Approche matricielle

Mesures / Intentions	Lectures dirigées	Traitement en profondeur de l'information	Allégement clinique	Modification de la supervision	Observation d'enseignants ou de vidéo de soi	Exercice de raisonnement clinique	Pratique d'EMS	Pratique d'ECOS	Consultation professionnelle	Modification d'attitudes ou de comportements	Utilisation d'outils organisationnels	Construction de répertoire de ressources	Travail en centre de simulation	Outil réflexif[1]
Problème cognitif														
Améliorer structure et pertinence de la cueillette des données	•	•		•	•	•	•	•						•
Améliorer synthèse et analyse de l'information	•	•		•	•	•	•	•						•
Bonifier bagage de connaissances	•	•	•											•
Améliorer accessibilité clinique des connaissances		•	•	•		•	•	•						•
Affiner jugement clinique						•	•	•						•
Améliorer gestion de l'incertitude	•			•	•	•								•
Améliorer le processus du raisonnement clinique				•	•	•	•	•						•
Améliorer investigation et suivi clinique	•	•		•		•								•
Améliorer français parlé									•					
Améliorer maîtrise des gestes techniques													•	
Amender problèmes de santé									•					
Problème affectif														
Réduction des stresseurs				•					•		•		•	
Amender problèmes de santé									•					
Problème relationnel														
Élimination comportements inappropriés							•		•	•			•	
Élimination problèmes de professionnalisme									•	•				•
Développement d'habiletés en travail interdisciplinaire										•			•	•
Amélioration de l'affirmation de soi				•					•					
Problème organisationnel														
Amélioration de l'organisation du travail et de l'emploi du temps										•	•	•		•
Amélioration de la tenue de dossier										•				

1 : Exercice narratif, Récit de Situation Complexe et Authentique (RSCA), Journal de bord, Portfolio…

❖ Bibliographie

1- Steinert Y. Levitt C. **Woorking with the « Problem Resident » : Guidelines fo definition and Intervention** *Family Medicine*, 1993; 25: 627-32

2- Vaughn LM. Baker RC. DeWitt TG. **The Problem Learner** *Teaching and Learning in Medicine* 1998; 10(4) : 217-22

3- Scott Smith N. Stevens NG. Servis M. **A General Framework for Approching residents in Difficulty** *Family Medicine* 2007; 39(5) : 331-6

4- Ratan RB. Pica AG. Berkowitz RL. **A Model for Instituting a Comprehensive Program of Remediation for At-Risk Residents** *Obstetrics & Gynecology* 2008; 112(5) : 1155-59

5- Langlois JP. Thach S. **Managing the Dificult Learning Situation** *Family Medicine* 2002; 32 (5) : 307-9

6- Mitchell M. *et al* **Factors Affecting Residents Performance : Development of a Theoritical Model and a Focused Literature Review** *Academic Medicine* 2005; 80(4) : 376-89

7- Hauer KE. Ciccone A. Henzel TR. et coll. **Remediation of the Deficiencies of Physicians Across the Continuum From medical School to Practice: A Thematic Review of the Literature** *Academic Medicine* 2009; 84:1822-32

8- Lacasse M. **Diagnostic et prise en charge des situations d'apprentissage problématiques en éducation médicale**. Faculté de médecine de l'Université Laval. 2009. 122 pp.

9- Nandaz M. Charlin B. Leblanc V. Bordage G. **Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement** *Pédagogie Médicale* 2005; 6 : 235-54

10- Bowen JL. **Educational Strategies to Promote Clinical Diagnostic Reasoning** *The New England Journal of Medicine* 2006; 355 : 2217-25

11- Eva KW. **Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique** *Pédagogie Médicale* 2005; 6 : 225-34

aa. Le plan de soutien à la réussite

Plan de soutien à la réussite
Programme de résidence de médecine familiale
Faculté de médecine
Université de Montréal

Contrat pédagogique :

Le Dr_____ (résident) et la CUMF _____conviennent du plan de soutien à la réussite décrit dans les pages suivantes.

Par ce plan, la CUMF s'engage à mettre en place les mesures pédagogiques requises pour supporter le résident dans la correction des problèmes identifiés. Le responsable de l'accompagnement pédagogique, Dr _____ rencontrera le résident_____ (préciser la fréquence) pour discuter de ses progrès dans l'atteinte des objectifs du plan de soutien à la réussite et un bilan intermédiaire sera fait le _____. De son côté, le résident s'engage à collaborer au plan proposé en mettant tout en œuvre pour corriger les lacunes identifiées.

La période de soutien à la réussite débutera le : _____ et un bilan final sera écrit et communiqué au résident et au directeur local du programme le :_____.

Une copie du plan de soutien à la réussite sera versée au dossier pédagogique du résident à la direction du programme.

Cette mesure d'accompagnement pédagogique est un plan de soutien à la réussite et n'a donc pas à être déclaré au Collège des médecins du Québec lors de votre demande de permis de début de pratique.

Plan de soutien à la réussite du Dr_____

SECTION I - Diagnostic pédagogique

A- Les difficultés suivantes ont été identifiées :

1-

2-

3-

4-

5-

Observations - Illustrations:

B- Les diagnostics pédagogiques suivants expliquent les difficultés observées : 1.
2.
3.
4.
5.

Plan de soutien à la réussite du Dr_____

SECTION II – Intentions du soutien à la réussite

Le Dr_____(résident) et l'UMF_____conviennent de travailler à atteindre les objectifs suivants:

1-

2-

3-

4-

5-

Plan de soutien à la réussite du Dr_____

SECTION III - Mesures de soutien

Le Dr_____(résident) et l'UMF_____conviennent de mettre en place les mesures pédagogiques suivantes pour chaque problème identifié:

1.

2.

3.

4.

5.

J'ai lu, je comprends la nature et la structure du plan de soutien à la réussite qui m'est proposée et je m'engage à y collaborer.

Signatures :

_____ Date :_____

Résident

_____ _____

Enseignant responsable de l'accompagnement pédagogique

Directeur local du programme

Plan de soutien à la réussite du Dr_____

SECTION IV - Résultat de la période de soutien à la réussite

Bilan intermédiaire :

Date :_____

Difficultés	Corrigées	Partiellement corrigées	Non corrigées
1			
2			
3			
4			
5			

Objectifs visés	Dépasse les attentes	Conforme aux attentes	Inférieur aux attentes
1			
2			
3			
4			
5			

Bilan final :

Date : _____

Difficultés	Corrigées	Partiellement corrigées	Non corrigées
1			
2			
3			
4			
5			

Objectifs visés	Dépasse les attentes	Conforme aux attentes	Inférieur aux attentes
1			
2			
3			
4			
5			

bb.Les techniques pour remettre une évaluation

Remettre une évaluation, difficile ou non...*

DES ÉTAPES À SUIVRE :

1. Commenter le processus
   - Comment l'évaluation s'est faite
     - =::> consensus de l'équipe
     - =::> portrait de la fin du stage
     - =::> activités évaluées
     - =::> réunions d'évaluation
     - =::> pas la somme des évaluations quotidiennes
   - Comment la séance se déroulera

2. Vérifier comment le résident s'autoévalue
   - Ce qu'il pense de sa performance
   - Ce dont il est satisfait
   - Ce qu'il veut travailler dans les prochaines semaines et ce sur quoi il se base

3. Expliciter notre jugement
   - Revenir sur l'évaluation formative
   - Les critères conformes et supérieurs aux attentes
   - Les critères non conformes
   - Pour chacun, présenter quelques incidents critiques ou événements caractéristiques, les nommer spécifiquement (tant les + que les -)
   - Pour les critères non conformes
     - =::> expliquer que la difficulté identifiée est fréquente et modifiable, normaliser ce qui est à travailler
     - =::> discuter de l'importance et de la pertinence d'améliorer cet aspect comme médecin, dans sa pratique future (illustrer les conséquences)
     - => discuter de la faisabilité de progresser ("ça s'apprend")

4. Émettre des recommandations pour poursuivre l'amélioration
   - Faire des recommandations pédagogiques concrètes, pister le résident
   - Les écrire dans l'évaluation, démontre que le résident veut s'améliorer

5. Vérifier ce que retient le résident
   - Vérifier régulièrement la compréhension du résident
   - Laisser réagir le résident, répondre à ses questions
   - Valider qu'on comprend ce que le résident ressent, s'intéresser à la réaction du résident
   - Demander au résident ce à quoi il s'engage pour progresser
   - Informer au besoin le résident sur le mécanisme d'appel

---

* *D'après une formation donnée par Diane Clavet, Journées annuelles 2010 de développement professoral du Département.*

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES QUAND IL s'AGIT D'UNE ÉVALUATION DIFFICILE

1. Être deux, systématiquement (1des 2 prend le leadership)
2. Ne pas tomber dans l'argumentaire
3. Ne pas trop attendre avant de présenter l'évaluation au résident et ne pas tourner autour du pot
4. Ce n'est pas la progression qu'on évalue mais la performance par rapport aux attentes (la progression peut être mentionnée dans les commentaires}
5. Préciser au résident que le jugement sur leurs performances ne peut être fait par les résidents mais doit l'être par l'équipe de superviseurs
6. Expliquer au résident que notre but est qu'il soit confiant et compétent dans sa pratique future et que c'est notre responsabilité de lui donner l'heure juste (approche bienveillante}
7. Être spécifique, observations concrètes, exemples.

cc. Pour aller plus loin

- Steinert Y. Levitt C. Woorking with the « Problem Resident »: Guidelines for definition and Intervention *Family Medicine,* 1993; 25: 627-32

- Vaughn LM. Baker RC. DeWitt TG. The Problem earner *Teaching and Learning in Medicine*
- 1998; 10(4) :217-22

- Langlois JP. Thach S. Managing the Dificult Learning Situation *Family Medicine* 2002; 32 (5): 307-9

- Mitchell M. *et al* Factors Affecting Residents Performance : Development of a Theoritical Model and a Focused Literature Review *Academic Medicine* 2005; 80(4) :376-89

- Scott Smith N. Stevens NG. Servis M. A General Framework for Approching residents in Difficulty *Family Medicine* 2007; 39(5) :331-6

- Ratan RB. Pica AG. Berkowitz RL. A Model for Instituting a Comprehensive Program of Remediation for At-Risk Residents *Obstetrics & Gynecology* 2008; 112(5) : 1155-59

- Hauer KE. Ciccone A. Henzel TR. et coll. Remediation of the Deficiencies of Physicians Across the Continuum From medical School to Practice: A Thematic Review of the literature *Academic Medicine* 2009; 84: 1822-32

- Lacasse M. Diagnostic et prise en charge des situations d'apprentissage problématiques en éducation médicale. Faculté de médecine de l'Université Laval. 2009. 122 pp.

- Sanche G, Authier L, Béïque C, Duplain R. L e nouveau programme de résidence de médecine familiale de l'Université de Montréal : des intentions aux premiers pas de l'évaluation. *Pédagogie Médicale.* 2010;10(4):267-79.

- Miriam Lacasse, Marie-Claude Audétat, Élisabeth Boileau, Nathalie Caire Fon, Marie-Hélène Dufour, Marie-Claude Laferrière, Alexandre Lafleur, Ève La Rue, Shirley Lee, Mathieu Nendaz, Emmanuelle Paquette Raynard, Caroline Simard, Yvonne Steinert & Johanne Théorêt (2019) Interventions for undergraduate and postgraduate medical learners with academic difficulties: A BEME systematic review: BEME Guide No. 56, Medical Teacher, 41:9, 981-1001, DOI: 10.1080/0142159X.2019.1596239

POUR LES COMITÉS LOCAUX DE COMPÉTENCES (CLC) :

Voir les documents sur la page réservée aux DLP sur le site du DMFMU : https://medfam.umontreal.ca/ressources/directeurs-locaux-de-programme/ (protégé par mot de passe, pour accès, demander à votre DLP). Vous y trouverez un guide pour les CLC

VI. ETHIQUE CLINIQUE

dd. La Grille pour une prise de décision clinique

ee. Éthique clinique : approche en trois temps

ff. La Grille d'aide au questionnement éthique en situation difficile

dd.La Grille pour une prise de décision clinique

Cette **grille de prise de décision en éthique appliquée** est un soutien à la prise de décision afin de résoudre un dilemme éthique. Cette méthode d'analyse permet de tenir compte du contexte du dilemme, des enjeux et des conséquences de la prise de décision clinique sur la personne qui fera l'objet de la décision. La grille est divisée en **10 étapes** toutes guidées par des verbes d'action afin de permettre une démarche de réflexion et une recherche de solution qui se veut applicable et raisonnable.

Identifier les acteurs impliqués dans le dilemme.

Repérer spontanément les circonstances qui nous semblent importantes, qui rejoignent ou confrontent presque naturellement nos valeurs et nos conduites.

Discerner les enjeux du dilemme. Retenir uniquement les circonstances vraiment importantes qui peuvent avoir une importance significative dans la prise de décision.

Sonder les différentes valeurs qui sont enjeux afin de comprendre leur rôle significatif dans la naissance du dilemme. Ces valeurs représentent la source réelle de notre motivation à agir.

Regrouper les circonstances pour comprendre les liens possibles entre elles. Dans cette partie, les diverses normativités impliquées sont identifiées et catégorisées.

Déterminer les actions possibles afin de résoudre le dilemme.

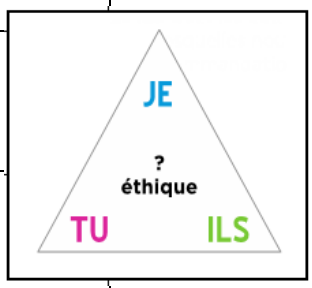
Juger à partir des résultats de la pondération réalisée des conséquences suite aux actions envisagées. **Tenir compte des conséquences possibles de la décision sur la personne qui fera l'objet de la décision**.

Décider en vue d'**agir**. La grille offre une démarche structurée nous permettant de faire un choix raisonnable à partir des éléments retenus, afin d'actualiser la décision. En dernier lieu, il faut accepter que la personne ou l'équipe qui prend une décision doive en **assumer les conséquences**.

Louise Aubertin, MA 2014

GRILLE ► Contexte de prise de décision clinique

Processus	Circonstances
Identifier	Les acteurs impliqués dans le dilemme → JE, TU, ILS
Repérer	Nommer les circonstances problématiques Identifier l'option spontanée →JE
Discerner	Examiner les circonstances vraiment importantes
Sonder	Identifier les valeurs → enjeu dans le conflit - valeurs personnelles : → JE - valeurs professionnelles : → JE / ILS - valeurs institutionnelles : → ILS - valeurs du patient : → TU - valeurs de la famille ou de l'entourage : → TU
Regrouper	Les normativités - les règles / les normes - les lois → ILS Cerner les valeurs fondamentales
Déterminer	Les actions possibles
Juger	Estimer les conséquences pour la ou (les) personne (s) qui fera l'objet de la décision
Décider	Prendre une décision ⇨ action réelle, réalisable, raisonnable et partagée Revenir sur son opinion spontanée et réflexion sur la démarche
Agir	Actualiser sa décision Assumer les conséquences de la décision
Louise Aubertin, MA 2008 / 2e version Aubertin, Boulianne, Firket 2014	



ee. Éthique clinique : approche en trois temps

Aborder l'éthique en supervision clinique : une approche en 3 temps:
En résumé :

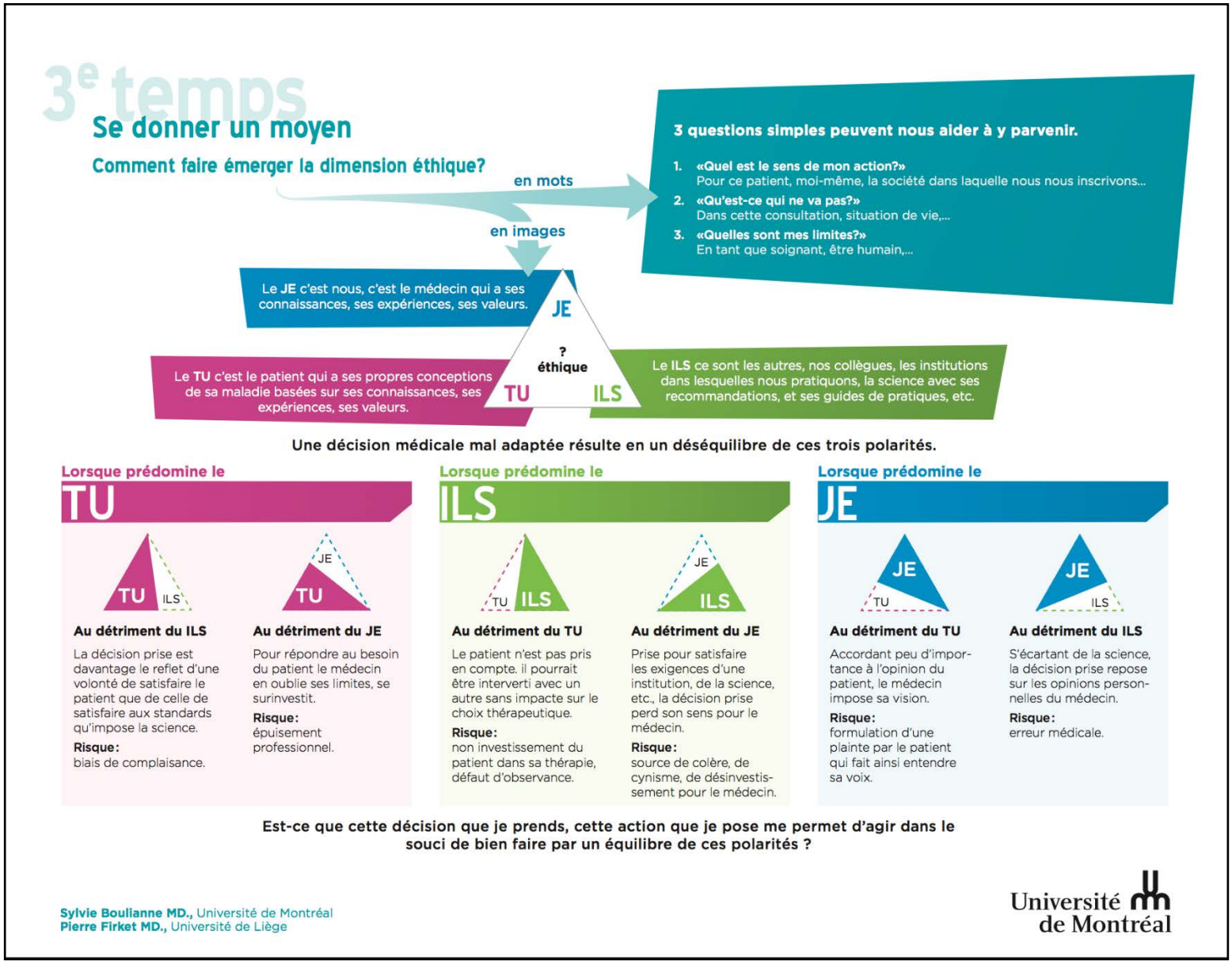
1er temps : Identifier la dimension éthique présente dans la situation à superviser
Thèmes donnant lieu à une discussion sur l'éthique en supervision clinique :

- L'affectation des ressources et le rôle du médecin de famille comme gardien de la porte d'entrée du système de soins
- Les relations avec les collègues spécialistes, les collègues médecins de famille et les collègues d'autres professions
- Le collègue incompétent
- Le collègue en détresse
- La continuité des soins et les responsabilités reliées à la garde
- La confidentialité et le respect de la vie privée
- Les écueils potentiels du dossier patient électronique
- Les cadeaux des patients ; les patients comme amis ; l'inconduite sexuelle
- La relation patient-médecin ; les difficultés relationnelles avec un patient (transfert-contre-transfert) ainsi que les proches de ce dernier
- La non-observance du traitement
- La prise de décisions au nom d'autrui ; l'inaptitude ; le consentement éclairé
- Les relations avec l'industrie pharmaceutique et les conflits d'intérêt
- La recherche médicale (recrutement de patients, intégrité scientifique, usage de placebo)
- La reproduction, la fertilité, la contraception et l'avortement
- La génétique, les tests diagnostiques et le dépistage présymptomatique
- Les volontés de fin de vie ; l'euthanasie ; l'aide médicale au suicide
- L'erreur médicale et l'obligation de la déclarer
- Les problématiques interculturelles
- La déontologie médicale et les différentes normes médicales et professionnelles qui nous régissent
- L'attitude professionnelle, les valeurs et principes clés inhérentes au rôle de médecin (empathie, honnêteté intellectuelle, respect, responsabilisation, prudence, etc.)
- Les incidents critiques et les différences de valeurs ; les conflits survenant avec les patients et les autres intervenants

2e temps : Choisir volontairement d'aborder l'éthique dans cette supervision-ci
Et le noter sur les FOR, dans les sections observations ou commentaires !

3e temps : Se donner un moyen de faire émerger la dimension éthique d'une situation, d'en stimuler le questionnement

Un outil…le triangle :



Pour lire l'article au complet :

Aborder l'éthique en supervision clinique :

Une approche en 3 temps

Sylvie Boulianne, Suzanne Laurin and Pierre Firket

Canadian Family Physician July 2013, 59 (7) 795-797;

http://www.cfp.ca/content/59/7/795

Outils à télécharger pour votre tablette ou téléphone intelligent :

https://ethiqueclinique.umontreal.ca/formations/approche-en-3-temps

ff. La Grille d'aide au questionnement éthique en situation difficile

Groupe de travail interdisciplinaire « Dimension éthique de la pratique auprès des personnes âgées à domicile ». Centre Ressort, Haute École Robert Schuman • www.ressort.hers.be

ÉVOLUTION DE LA GRILLE : **Pierre Firket** (médecin généraliste, pro- fesseur à l'ulg) **Michel Vanhalewyn** (médecin généraliste, ssMG) et **Sylvia Delperdange** (graphiste

VII. EXTERNAT

(En collaboration avec le responsable du stage d'externat en médecine familiale, Dr Guillaume Voghel)

gg. Les objectifs pédagogiques des stages en médecine familiale

hh. Observation et évaluation : les activités professionnelles confiables (APC)

ii. Rétroaction mi-stage

jj. Évaluation du stage

kk. APC 1

Cahier pédagogique du superviseur
Stage obligatoire de médecine familiale, MMD 3707.
Nathalie Caire Fon, Guillaume Voghel septembre 2017
Mise à jour Guillaume Voghel, Tania Riendeau 2021

---

1. Introduction

L'externat est une étape charnière dans la formation des étudiants en médecine. En effet, c'est à cette étape de formation, que les externes mettent en pratique les connaissances et les habiletés acquises au préclinique. Pour la première fois, ils doivent apprendre à s'intégrer à une équipe de professionnels de la santé pour participer aux soins des patients. Ils doivent apprendre à faire des anamnèses et des examens physiques ciblés, à prescrire des investigations et à les interpréter, à poser des diagnostics, à proposer des traitements en partenariat avec le patient et à analyser les problèmes de façon globale.

Pendant leur formation, les externes font un stage obligatoire de 6 semaines en médecine familiale (figure 1). Même si ce stage vise évidemment à développer l'ensemble des compétences, le stage de médecine familiale se prête tout particulièrement à soutenir la capacité des externes à établir en partenariat avec le patient les priorités parmi les problèmes à évaluer, à mettre en place lorsque requis une stratégie de gestion de l'incertitude et à choisir judicieusement les investigations et les références à privilégier.

Tous ces apprentissages doivent se faire sous la guidance des cliniciens-enseignants et parfois des médecins résidents. Pour vous faciliter la tâche dans votre rôle de superviseur des externes nous vous invitons à parcourir cette partie du cahier pédagogique.

Le stage de 6 semaines débute par des sessions d'apprentissage au raisonnement clinique (ARC) regroupées dans les deux premiers jours du stage. Les thèmes abordés sont les céphalées, l'anxiété, les étourdissements, la fatigue et l'éthique (les limites d'intimité, le droit du patient de choisir son médecin et l'inverse, les droits et les obligations du médecin lorsqu'il refuse d'administrer un traitement, l'indépendance professionnelle à maintenir à l'égard des cadeaux et faveurs offerts par les patients et lors de la rédaction de certificats et attestations, le médecin et les soins qu'il peut prodiguer à ses proches ou se prodiguer à lui-même). Après ces deux jours de formation, les externes intègrent leur milieu de stage.

gg. Les objectifs pédagogiques des stages en médecine familiale

Figure 1. Externat 2021-2023, Dr J-François Gobeil Directeur de l'externat et Dre Tania Riendeau, directrice-adjointe de l'externat. Repéré à : https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/47/2019/02/Presentation_generale_externat_fevrier.pdf

2. Superviser un externe pendant son stage de médecine familiale

a. Objectifs de stage

Les objectifs de stage sont déterminés par le programme en collaboration avec le comité de cours du stage de médecine familiale. Ces objectifs sont tirés des objectifs du Conseil Médical du Canada ainsi que du cadre de compétences de l'Université de Montréal.
Pour consulter la liste détaillée des objectifs de stage nous vous invitons à consulter l'espace d'apprentissage numérique de la Faculté (ENA) https://www.medcours.umontreal.ca. Veuillez utiliser comme nom d'utilisateur *profmedfam* et comme mot de passe *MedF2013*.

Les pathologies ou les présentations cliniques auxquelles les externes devront être exposés pendant leur stage sont : céphalées, étourdissements et vertiges, fatigue, fièvre et infections courantes de l'enfant et de l'adulte, infections transmissibles sexuellement, écoulement vaginal et prurit vulvaire, dysurie, mictions fréquentes et urgentes, pyurie, problèmes dermatologiques, contraception, pathologies courantes du système locomoteur, oligoarthralgie et polyarthralgie, douleur

musculosquelettique non articulaire, douleurs dorsales et symptômes connexes, douleur cervicale, prévention selon les différents groupes d'âge, suivi des maladies cardiovasculaires (dyslipidémie, obésité, tabagisme, HTA), troubles anxieux et dépressifs, toux, dyspnée chronique et gestion de l'incertitude. Pour chacune d'elle l'externe doit : évaluer la situation et poser un diagnostic, recommander ou appliquer un plan d'intervention, assurer un suivi et échanger de l'information avec les patients et leurs proches.

Tout au long du stage l'externe aura également la possibilité de continuer à développer l'ensemble de ses compétences transversales : la collaboration, son professionnalisme, la gestion, l'érudition et la promotion de la santé. Pour une description complète de ces compétences, veuillez consulter : https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/47/2017/08/Guide_etudiant.pdf

Vous trouverez les objectifs du Conseil Médical du Canada à l'adresse suivante : http://apps.mcc.ca/Objectives_Online/objectives.pl?lang=french&loc=contents

b. Ressources fournies aux externes

Les externes ont accès à un recueil de ressources qui couvrent les objectifs d'apprentissage du stage. Ces ressources sont disponibles sur l' ENA. Vous pouvez le consulter en allant sur le site https://www.medcours.umontreal.ca/login/index.php.
Veuillez utiliser comme nom d'utilisateur *profmedfam* et comme mot de passe *MedF2013.*

hh.Observation et évaluation : les activités professionnelles confiables (APC)

3 Évaluation formative et observation directe

- Les activités professionnelles confiables (APC)

Pendant leur formation les externes auront à démontrer leur expertise médicale ainsi que leur capacité à mobiliser de façon efficace les autres compétences requises par la situation clinique. Pour évaluer les externes, l'Association des Facultés de Médecine du Canada a élaboré une liste d'Activités Médicale Confiables (APC). Ces APC devront être maîtrisées à la fin de l'externat (tableau 1). Pour être considéré « confiable », l'externe doit être autonome pour effectuer l'APC désignée dans un contexte de supervision indirecte, comme attendu d'un résident au jour 1 de sa résidence. L'aptitude à effectuer ces activités de base est essentielle pour débuter la résidence. Afin de compléter un APC pour un externe, la supervision se doit d'être **directe**.

APC de l'AFMC
APC 1 – Procéder à l'anamnèse et effectuer un examen physique adapté à la situation clinique du patient
APC 2 – Formuler et justifier un diagnostic différentiel par ordre de priorité
APC 3 – Formuler un plan d'investigation initial fondé sur des hypothèses
APC 4 – Interpréter et communiquer les résultats de tests diagnostiques et de dépistage courants
APC 5 – Formuler un plan de prise en charge initiale, le communiquer et le mettre en œuvre
APC 6 – Présenter verbalement et par écrit le résumé de l'entrevue avec le patient
APC 7 – Participer au transfert des soins lors des transitions du patient
APC 8 – Identifier les patients qui nécessitent des soins urgents ou d'extrême urgence, chercher à obtenir de l'aide et assurer la prise en charge initiale
APC 9 – Communiquer en situation difficile
APC 10 – Participer à des initiatives d'amélioration continue de la qualité de la pratique
APC 11 – Effectuer les gestes techniques qui relèvent de la responsabilité d'un médecin
APC 12 – Former les patients au sujet de leur maladie, sur les moyens de prévention et sur les outils de promotion de santé

Tableau 1 : liste des APC tirée de
https://www.afmc.ca/web/sites/default/files/pdf/AFMC_Entrustable_Professional_Activities_FR.pdf

Le processus d'application des APC dans les stages est en plein déploiement depuis 2017. La complétion de l'APC 1 « procéder à l'anamnèse et effectuer un examen adapté à la situation clinique du patient » est actuellement obligatoire dans tous les stages obligatoires de plus de 4 semaines, incluant le stage de médecine familiale. Certains stages, auront à évaluer d'autres APC. Pour le stage de médecine familiale, l'autre APC obligatoire est la 12, soit former les patients au sujet de leur maladie, sur les moyens de prévention et sur les outils de promotion de santé ». Le tableau ci-dessous résume les critères qui seront utilisés pour évaluer cette APC. Les APC 2 et 3 sont optionnelles mais encouragées.

APC 12 – Former les patients au sujet de la maladie, à la prévention et à la promotion de la santé

1. Brève description	Le diplômé conseille les patients en ce qui a trait à la prise en charge de la maladie, à la modification des facteurs de risque et à la promotion de la santé adaptée au contexte clinique en utilisant de l'information fondée sur des données probantes. Il le fait individuellement, le cas échéant, ou en collaboration avec d'autres membres de l'équipe soignante. *Exemples du type d'éléments d'information devant être fournis par le diplômé : modification de l'alimentation/du style de vie, renseignements généraux sur l'état des patients, sécurité des patients, etc.*	
2. Rôles CanMEDS les plus pertinents	Expert médical Communicateur Promoteur de la santé Collaborateur	
3. Comportements acquis	**Non acquis** L'apprenant : • n'interroge pas le patient au sujet de ses habitudes de vie; • utilise un niveau de langage que le patient ne comprend pas; • ne fournit pas d'exemples visant à promouvoir le changement; • n'évalue pas le degré de disposition au changement du patient ou de sa famille; • ne coordonne pas ses interventions avec les autres membres de l'équipe soignante, ce qui peut donner lieu à l'envoi de messages contradictoires au patient; • n'identifie pas les comportements ou les situations présentant des risques potentiels qui peuvent mettre en danger la sécurité du patient; • ne documente pas la discussion de manière appropriée.	**Acquis** L'apprenant : • pose des questions au patient sur ses habitudes de vie; • donne des explications au patient en utilisant une terminologie facile à comprendre; • encourage le patient à poser des questions; • vérifie si les explications fournies ont été bien comprises; • donne des exemples de changements concrets pouvant être mis en œuvre pour favoriser des habitudes de vie plus saines; • évalue la disposition du patient à changer; • coordonne son intervention avec d'autres membres de l'équipe soignante pour veiller à ce que le message transmis soit approprié et cohérent; • identifie les comportements ou les situations présentant des risques potentiels qui peuvent mettre en danger la sécurité du patient; • documente la discussion et la planification des prochaines étapes.
4. Suggestions d'évaluation	Cette APC devrait être évaluée par observation directe dans divers contextes cliniques (notamment des états pathologiques aigus et chroniques) avec des patients de divers groupes d'âge, y compris des enfants et leurs parents, des	

Tableau 1 : liste des APC tirée de

https://www.afmc.ca/web/sites/default/files/pdf/AFMC_Entrustable_Professional_Activities_FR.pdf
Dans tous les cas, nous vous encourageons à observer et à donner des rétroactions aux externes en lien avec ces 12 situations cliniques.
Pour en savoir plus sur les APC et leur application en stage, nous vous invitons à visiter le site suivant : https://md.umontreal.ca/externat/apc/.

- L'examen formatif

Deux semaines avant la fin du stage, les externes seront invités à faire un examen en ligne pour leur permettre d'évaluer leurs acquis. Les réponses aux questions, seront fournies pendant l'examen. Les externes qui auraient encore des questions seront encouragés à en discuter avec leur superviseur.

- RAMS- Fiche d'évaluation mi- stage

À la mi- stage les externes doivent obligatoirement recevoir une rétroaction. Pour ce faire le superviseur doit utiliser la grille RAMS que vous trouverez ci-dessous.

4. Documentation de l'exposition clinique

Les externes devront documenter leur exposition clinique (cas et procédures) sur le portail MedSIS. Les détails suivants devront être notés : date de la réalisation du cas ou de la procédure, niveau d'implication (menu déroulant), identification du superviseur, niveau de confiance selon une échelle à 5 niveaux, tranche d'âge et sexe du patient. Les externes pourront avoir accès à un rapport détaillé résumant l'ensemble des cas et procédures auxquels ils auront été exposés et ce pour chacun des stages. Ces rapports indiqueront le groupe d'âge des patients ainsi que le niveau d'implication des externes.

5. Garde et heures travaillées

La garde constitue pour l'externe une modalité d'apprentissage essentielle. Elle aide à développer les compétences cliniques, en particulier la prise de décisions, la reconnaissance de l'urgence d'une situation et le sens des responsabilités. Par sa participation à la garde, il se peut que l'externe soit appelé à rendre service aux médecins du service ou du département : ceci est dans l'ordre des choses. En retour, les médecins doivent faire en sorte que la garde soit toujours une occasion d'apprentissage pour l'externe. Une absence non motivée à une garde peut être considérée comme un manquement grave au sens des responsabilités. Selon les milieux de stage, la garde peut prendre diverses formes. En début de stage, le responsable du stage explique aux externes les modalités de la garde dans son Centre Universitaire de Médecine de Famille (CUMF).

Les politiques en lien avec la garde (horaire, nombre de gardes maximales) pour les externes se retrouvent au : https://md.umontreal.ca/externat/politiques-a-lexternat/garde/

Une journée de stage régulière, incluant les cours, les ARCs et les horaires organisés en quarts de travail (mais excluant les journées de garde et le temps d'étude), comporte un maximum de 12 heures de travail. Une journée de stage régulière commence au plus tôt à 6h30.

Une semaine en stage régulier excluant les gardes ne doit pas dépasser 55 heures du lundi au vendredi.

Une semaine de travail (qui débute le lundi et se termine le dimanche) qui comporte une fin de semaine de garde ne doit pas dépasser 70 heures.

Les politiques concernant les heures travaillées pour les externes se retrouvent au : https://md.umontreal.ca/externat/politiques-a-lexternat/heures-travaillees/

6. Évaluation sommative

L'évaluation sommative est basée sur l'évaluation de l'externe par le superviseur (annexe 2).

7. Soutien aux externes qui éprouvent des difficultés

Les externes qui éprouvent des difficultés académiques ou autre peuvent consulter au Bureau d'Aide aux Étudiants et Résidents, BAER: baer@meddir.umontreal.ca Ils peuvent également être référé au PAMQ : http://www.pamq.org/fr/.

Parfois, comme superviseur vous aurez à suggérer à l'externe de consulter sans toutefois pouvoir l'obliger à le faire. Si vous êtes particulièrement inquiet pour un externe, nous vous invitons à contacter sans tarder votre responsable local de stage ou le responsable universitaire du cours, Dr Guillaume Voghel. Le directeur de l'externat, Dre J-François Gobeil (f.gobeil@umontreal.ca) est aussi une personne ressource à garder en tête.

ii. Rétroaction mi-stage

RAMS : RÉTROACTION *MI-STAGE* – EXTERNAT UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Nom :	Signature :	Stage :
Superviseur :	Signature :	Date de l'évaluation :

À transmettre aux étudiants au début du stage.

Consigne pour l'étudiant :

Remplir cette fiche avant votre rencontre mi-stage avec votre superviseur pour amorcer la discussion et lui remettre au moment de la rétroaction mi-stage

AUTO-REFLEXION de L'EXTERNE :

Que considères-tu avoir bien maitrisé jusqu'à présent: ex (anamnèse, examen physique , communication, l'organisation de tes idées, ton travail)	
QUEL POINT VEUX-TU AMÉLIORER d'ici la fin de ton stage?	
Quel (s) objectif (s) te reste t'il à rencontrer d'ici la fin de ton stage? (situations diniques : journal de bord)	

RAMS : RÉTROACTION *MI-STAGE* – EXTERNAT

Nom :	Signature :	Stage :
Superviseur :	Signature :	Date de l'évaluation :

SUPERVISEUR

OBJECTIFS	DESCRIPTION	Dx			
		N/A	S	C	I
PROFESSIONALISME	Ponctualité et assiduité, sens des responsabilités, garde, empathie envers ses patients, capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique, autocritique				
EXPERT MÉDICAL					
R	Rapporteur : recueil des données, organisation de la démarche diagnostique				
I	Interprète : des données recueillies, pertinence du diagnostique différentiel				
M	*« Manager »* : conduite à tenir, justification des décisions				
E	Éducateur : lecture appropriée sur le cas clinique				
COMMUNICATEUR	Habiletés de communication : patients, familles, professionnels de la santé, documentation écrite utile et pertinente (rapports de procédures)				
COLLABORATEUR	Collaboration avec l'équipe médicale, collaborations constructives lors du travail interprofessionnel				
GESTIONNAIRE	Utilise bien nos ressources, s'organise bien et de façon autonome et s'assure de compiler en ligne ses objectifs et son journal de bord				
PROMOTION DE LA SANTÉ	Intégration des concepts de médecine préventive dans la prise en charge des patients				
ÉRUDIT	Motivation et autonomie à lire, questionner et apprendre				

Références : N/A – Supérieur aux attentes – Conforme aux attentes – Inférieur aux attentes

POINT(S) DE DISTINCTION : (points où l'externe se démarque par rapport à ses pairs et dont l'amélioration pourrait le rendre excellent)	
AUTRES COMMENTAIRES :	

POINT(S) À CORRIGER (EXEMPLES DESCRITIFS) Voir verso pour suggestions	MÉTHODES SUGGÉRÉES POUR Y ARRIVER Voir verso pour suggestions

2

VERSION mars 2021

DÉFINITIONS :
Points à Corriger : points à la limite d'inférieur aux attentes ou inférieur aux attentes?
Points de Distinction: Encourager les forces, les qualités, les aptitudes qui se démarquent de la moyenne et qui ont le potentiel de se développer vers l'excellence

Vocabulaire suggéré pour la rétroaction:

Points à corriger : 3 types de problèmes d'ordre pédagogique

1) Problème cognitif :
Problème de connaissance ou raisonnement clinique

2) Problème organisationnel :
Problème d'organisation du travail et de l'emploi du temps

3) Problème relationnel :
Difficulté de communication

Problèmes Cognitif	**Méthodes pour y arriver**
Amélioration dans la structure et la pertinence de la cueillette de données	Faire histoires de cas et voir module IMC/IDC
	Formuler des diagnostiques différentiels précoces
Élargir et mieux organiser les connaissance	Lectures suggérées et/ou lecture dirigée
Amélioration de la synthèse et de l'analyse de l'information recueillie	Faire des résumés des conditions du patient, algorithmes (DDx en tête)
	Reformuler des problèmes, vignettes cliniques
Amélioration de l'examen physique	Observation directe
	BATES
Amélioration de la communication écrite, orale	Exercice de faire des notes (SOAP)
Problème Organisationnel	
Amélioration de l'organisation du travail et de l'emploi du temps	Utiliser des outils organisationnels (Agenda, liste)
	Atelier de soutien de gestion du temps (www.cesar.umontréal.ca)
	Priorisation des patients selon la gravité
Problème Relationnel	
Envers le patient, le personnel	Discuter et analyser les comportements problématiques observées (envers les patients, le personnel, les collègues)
	Évaluation 360
Travail d'équipe	Favoriser la prise de responsabilité
	Améliorer la ponctualité
	Participer aux activités d'enseignement

VERSO

jj. Évaluation du stage

Université de Montréal

Faculté de médecine

EXTERNAT - ÉVALUATION DU STAGE CLINIQUE - MÉDECINE FAMILIALE

Matricule :
Nom : **Prénom :**
Programme : Doctorat en médecine (M.D.)
Stage : Externat / Médecine familiale **Période :** **du :** **au :**
Hôpital :

Maîtrise des compétences

	N/A	Dépasse	Conforme	Inférieure	Insuffisant
-Professionnalisme					
1 - Ponctualité et asuidité		○	○	○	○
2 - Sens des responsabilités		○	○	○	○
3 - Empathie envers ses patients		○	○	○	○
4 - Capacité d'appliquer les principes éthiques en clinique	○	○	○	○	○
5 - Autocritique		○	○	○	○
-Expertise					
6 - Connaissances cliniques	○	○	○	○	○
7 - Anamnèse organisée et pertinente		○	○	○	○
8 - Maîtrise des gestes d'examen physique appropriés		○	○	○	○
9 - Élaboration d'hypothèses diagnostiques appropriées	○	○	○	○	○
10 - Formulation du problème cliniques	○	○	○	○	○
11 - Formulation et justification des conduires à tenir	○	○	○	○	○
-Communication					
12 - Habiletés de communication : patients, familles, professionnels de la santé	○	○	○	○	○
13 - Documentation écrite utile et pertinente (rapports de procédures)	○	○	○	○	○
-Collaboration					
14 - Collaboration avec l'équipe médicale	○	○	○	○	○
15 - Collaborations constructives lors du travail interprofessionnel	○	○	○	○	○
-Gestion					
16 - Organisation du travail académique et clinique	○	○	○	○	○
17 - L'externe s'assure de compiler en ligne ses objectifs @ED2	○	○	○	○	○
-Promotion de la santé					
18 - Intégration des concepts de médecine préventive dans la prise en charge des patients	○	○	○	○	○
-Érudition					
19 - Motivation et autonomie à lire, questionner et apprendre	○	○	○	○	○
Absences :					
Nombre de jour(s) d'absence(s) motivée(s)					
Nombre de jour(s) d'absence(s) non-motivée(s)					

Espace réservé à l'évaluateur

☐ Connaissance du français insuffisante.

☐ Étudiant rencontré _____ (Date)

Évaluation complétée par :

_____ (Signature) _____ (Date)

Espace réservé à l'étudiant

○ J'ai discuté de cette évaluation avec le responsable.
○ Je n'ai pas discuté de cette évaluation avec le responsable.

○ En accord.
○ En désaccord.

_____ (Signature) _____ (Date)

Résultats

Resultat total (maîtrise des compétences):

Examen Écrit:

Résultat total (examen):

Résultat global du stage:

Page : 1

Annexe 2

kk. APC 1

Université de Montréal

NOM : _____

APC 1 : Procéder à l'anamnèse et effectuer un examen physique adapté à la situation clinique du patient

Situation clinique : _____

ANAMNÈSE :	Acquis	En développement	Non fait ou non applicable
L'EXTERNE :			
Accueille le patient et clarifie son rôle			
Précise les motifs de la consultation par des questions ouvertes			
Recueille l'information en fonction des hypothèses diagnostiques (recherche activement la présence ou l'absence d'éléments clés)			
Recherche de façon explicite les préoccupations du patient (attentes, inquiétudes, impacts du problème)			
Recherche de façon pertinente et ordonnée la revue des systèmes, les antécédents personnels + familiaux, les habitudes de vie, etc.			
La collecte de l'information reflète l'intégration des connaissances au raisonnement clinique			
EXAMEN PHYSIQUE:			
Se prépare et informe le patient du déroulement de l'examen physique (consignes, habillement approprié, lavage des mains)			
Procède aux manœuvres requises en lien avec les hypothèses diagnostiques			
Démontre une précision dans ses gestes et une efficacité dans l'agencement de l'examen			
Maintient un contact approprié avec le patient et s'assure de son confort			

APPRÉCIATION GLOBALE :

Tous les indicateurs sont de niveau « acquis » et l'externe peut effectuer cette activité de façon indépendante sous supervision indirecte dans un délai acceptable. L'activité est dite « confiable » comme à un résident au jour 1. Cocher le cercle vert. ●

L'externe fait preuve d'autonomie quand il effectue la tâche mais il nécessite de l'accompagnement pour la réussir intégralement. Cocher le triangle jaune. ▲

L'externe n'a pas complété la tâche tel qu'attendu de sorte qu'il a nécessité un support quasi complet ou une intervention immédiate de la part du superviseur. Cocher l'hexagone rouge. ⬢

COMPORTEMENT NON PROFESSIONNEL :

L'externe a présenté un comportement non professionnel. Cocher le carré noir. ☐

Commentaires : _____

_____

_____

_____

_____

Superviseur : _____ Semaine de stage : _____ Date : _____

Note: Pour avoir accès à l'ensemble des APC incluant la 12, la 2 et la 3 : https://md.umontreal.ca/externat/apc/

Annexe 3

VIII. Infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPS-PL)

ll. Le Guide d'accompagnement du stage

mm. Lignes directrices de l'OIIQ

nn. Suggestions pratiques

ll. Le Guide d'accompagnement du stage

Guide des stages
Programme maîtrise en sciences infirmières
Option pratique infirmière avancée
Mise à jour 2022
Disponible ici : https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2021/12/20211129_Guide-de-stages_IPS_H2022_V3_is.pdf

mm. Lignes directrices de l'OIIQ

Lignes directrices - Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, 2e édition (OIIQ)
Mise à jour 2019
Disponible ici : http://www.oiiq.org/publications/repertoire/lignes-directrices-pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee

nn. Suggestions pratiques

Trucs et suggestions pour la supervision des IPS-PL, suite à la lecture des lignes directrices

(par Lyne Ménard, CUMF Baie des Chaleurs)

1-Histoire et examen : fait adéquatement ? Pertinent ? Ciblé ou complet selon contexte
2-Quel est leur diagnostic différentiel si problème aigu et le justifier
3-Se prononcer si stable ou non pour problème chronique
4-Est-ce un cas qu'elles pourraient régler elles-mêmes ou auraient-elles besoin de leur md partenaire (si elles étaient en pratique autonome) ?
5-Si doivent référer à leur md partenaire, à quel niveau ?

- opinion et recommandation ?
- suivi conjoint ?
- transfert complet ?

6-Si elles peuvent le régler elles-mêmes, quel est leur plan ?

- de quel examen dx complémentaire ont-elles besoin et pourquoi ?
- quel est leur traitement ?
- quel sera le suivi ?

Pour les premières semaines, je suggère de vous concentrer sur les 4 premières questions, puis ajouter graduellement les autres selon l'évolution/les capacités de la stagiaire.

IX. Démarche réflexive et tutorat (outils)

oo. Guide de l'accompagnant pédagogique

pp. Journal de bord

qq. Bilan périodique du résident

rr. Guide par et pour les résidents (CMFC)

oo.Guide de l'accompagnement pédagogique

Vous trouverez ce guide dans la section sécurisée du programme de médecine de famille pour les directeurs locaux de programme : https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2021/06/Guide_accompagnement_pedagogique_V2019-11-07.pdf
Les DLP ont accès à cette page protégée par mot de passe.

pp.Journal de bord :

(outil qui peut être utilisé au quotidien pour favoriser l'auto évaluation)

Journal de Bord

Résident : _____ Superviseur : _____

Date : _____

Activité : Bureau ☐ Urgence ☐ Hospitalisation ☐
Autres (préciser) _____

Cas vus et/ou discutés :

_____

_____

Techniques/habiletés pratiquées :

_____

_____

Une notion retenue :

_____

_____

Ce que j'ai réussi :

_____

_____

Ce que je dois améliorer :

_____

_____

Considération (réflexion) pour une prochaine activité :

_____

_____

Lyne Ménard,
Alain Papineau,
UMF Baie des Chaleurs.

qq. Bilan périodique du résident

Ce document se trouve dans la section pour les résidents du programme de médecine de famille du site du DMFMU: https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2020/06/Bilan-Pe%CC%81riodique-du-Re%CC%81sident-2019-MAJ-31-OCTOBRE-2019.pdf

rr. Guide par et pour les résidents (CMFC)

Ce document peut être retrouvé en ligne ici

THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA | LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA

Les bilans périodiques pour la résidence en médecine familiale

Un guide créé par les résidents pour les résidents

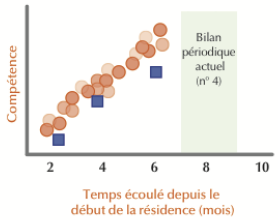
L'IMPORTANCE DES BILANS PÉRIODIQUES

Les bilans périodiques sont des séances pendant lesquelles un résident et son conseiller pédagogique désigné ou son directeur de site discutent de ses progrès et des occasions d'apprentissage additionnelles en médecine familiale.

- ➤ Documenter la progression vers l'atteinte des compétences.
- ➤ Fournir une approche d'évaluation à faibles enjeux pour le suivi des progrès.
- ➤ Offrir du temps pour cerner les domaines à améliorer et offrir des occasions de croissance.
- ➤ Établir un processus formel qui favorise l'auto-réflexion et aborde les objectifs d'apprentissage.

QUELLES SONT LES ATTENTES POUR UN BILAN PÉRIODIQUE?

Les bilans périodiques durant la première année de résidence en médecine familiale



- Une série de feuille de route des superviseurs couvrant les expériences d'apprentissage recueillies tout au long de la résidence.
- Les feuilles de route indiquent que l'apprenant a de la difficulté à communiquer avec des patients avec des troubles de santé mentale, surtout lorsque le counseling est requis.

Exemple : Jacques est un résident de deuxième année en médecine familiale. Il adore la médecine d'urgence, mais a de la difficulté à prendre en charge les patients atteints de dépression et d'anxiété. Ceci est évident dans ses feuilles de route et dans la rétroaction de son superviseur. Lors de son dernier bilan périodique, Jacques a décidé de mettre l'accent sur la santé mentale. Son conseiller pédagogique était d'accord avec sa décision, et travaillera avec lui pour lui assigner plus de patients atteints de dépression et revoir les principaux aspects des soins de santé mentale.

RÔLE DU RÉSIDENT

- Comprendre que le bilan périodique est différent d'une évaluation finale sommative.
- Utiliser le bilan périodique pour identifier la progression vers l'atteinte des compétences en médecine familiale.
- Se concentrer sur l'auto-réflexion pendant le bilan périodique.
- Aider à concevoir et à mettre à jour votre propre plan d'apprentissage pour aborder les domaines dans lesquels vous croyez manquer de compétences.
- Comprendre que participer à une série de bilans périodiques pendant la résidence n'est pas une question de cocher des cases – il s'agit d'un processus de réflexion continu, et d'obtention de conseils de vos collègues afin d'être en mesure d'évaluer vos propres compétences et d'aborder vos besoins d'apprentissage.

RÔLE DU CONSEILLER PÉDAGOGIQUE

- Essayer de ne pas juger – agir en tant qu'accompagnateur* et comprendre que le résident travaille sa capacité d'auto-réflexion pour évaluer ses besoins d'apprentissage continus.
- Avoir une idée de la trajectoire moyenne de progression des résidents lorsque vous donnez une rétroaction.
- Demander l'avis du résident avant d'offrir une rétroaction.
- Penser à utiliser un modèle de rétroaction structuré.
- Penser à l'analogie du chat et du lion pour mieux comprendre votre rôle d'accompagnateur : quand un chat regarde dans le miroir et voit un lion, l'accompagnateur est là pour le guider et apporter des corrections; quand un lion regarde dans le miroir et voit un chat, l'accompagnateur est là pour fournir du soutien et lui prouver sa force.

*L'accompagnateur pédagogique (aussi appelé « conseiller » dans certains programmes) facilite la planification et le perfectionnement professionnel de l'apprenant.

FEUILLE DE ROUTE DU BILAN PÉRIODIQUE

AVANT CHAQUE RENCONTRE :

Prévoir de 20 à 45 minutes pour le bilan périodique.	Tenir la réunion dans un endroit tranquille et privé (p.ex., un bureau fermé).	Revoir les feuilles de route, les évaluations des rotations, et autres formes de rétroaction et effectuer tout travail préparatoire. Votre conseiller pédagogique fera de même.	Adopter une approche constructive. Ne pensez pas en termes de succès ou d'échec. Le but du bilan est l'auto-réflexion et l'atteinte des niveaux de compétence attendus.	Être prêt à diriger la rencontre— Présenter vos réflexions sur le progrès avant que le conseiller fasse ses commentaires et donne sa rétroaction.

PENDANT CHAQUE RENCONTRE :

ÉTAPE 1

Passer en revue les feuilles de route, donner une rétroaction, et parler du progrès vers l'atteinte des compétences dans les secteurs suivants :

- Passez en revue l'exposition aux domaines de soins (au minimum) : enfants, adolescents, adultes, personnes âgées et soins palliatifs
- Passez en revue les sept rôles CanMEDS-MF (expert en santé, communicateur, collaborateur, promoteur de la santé, gestionnaire, érudit et professionnel)
- Passez en revue les objectifs d'évaluation du CMFC (soins axés sur le patient, compétences en communication avec le patient et les collègues, professionnalisme, raisonnement clinique, sélectivité, et sujets prioritaires et habiletés techniques).

Questions clés : Quel est votre niveau de compétence dans toutes ces compétences et tous ces domaines cliniques? Avez-vous reçu suffisamment d'expériences d'apprentissage pour acquérir les compétences et la confiance? Avez-vous besoin de plus d'occasions d'apprentissage ciblées?

ÉTAPE 2

Cibler les quatre éléments suivants :

- Éléments que vous maitrisez bien
- Éléments à améliorer
- Éléments nécessitant plus d'expériences d'apprentissage
- Éléments dans lesquels vous avez eu suffisamment d'occasions d'apprentissage

Question clé : Pourquoi vous sentez-vous ainsi?

ÉTAPE 3

Après avoir donné vos commentaires, vous recevez la rétroaction de votre conseiller pédagogique :

- Demandez-lui s'il est d'accord ou non ou s'il a d'autres commentaires
- Demandez des exemples concrets pour vous aider à comprendre la rétroaction fournie

Question clé : Est-ce que les feuilles de route et les commentaires du conseiller pédagogique correspondent à votre interprétation?

ÉTAPE 4

Se concentrer sur les aspects autres qu'académiques :

- Planification de carrière : Quels types de choix de pratique en médecine familiale envisagez-vous à l'heure actuelle? Que pourriez-vous faire pour vous préparer?
- Vérification du bien-être et de la santé : sujets de discussion possible - le harcèlement, les préoccupations concernant la sécurité, le besoin des services confidentiels d'un conseiller/externes ou non, avoir un médecin de famille, votre santé physique et mentale.

Remarque : Ceci a été considéré comme étant très important par tous les membres de la Section des résidents.

ÉTAPE 5

Conclure la rencontre avec un plan d'apprentissage introspectif :

- Examinez les forces et faiblesses spécifiques, et élaborez un plan avec votre conseiller pédagogique jusqu'à votre prochain bilan périodique
- Utilisez les objectifs SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporel)
- Faites une révision des objectifs d'apprentissage lors du prochain bilan

Questions clés : Qu'est-ce que votre conseiller et vous ferez pour améliorer les éléments qui, selon vous, doivent être améliorés? Le conseiller pédagogique a-t-il des suggestions pour vous aider à vous améliorer? Entendez-vous sur un plan.

REMERCIEMENTS
Ce document a été rédigé par les membres du Conseil de la Section des résidents des 17 programmes de résidence en médecine familiale, sous la direction de Dr Kyle MacDonnald, avec l'apport des directeurs de programme en médecine familiale et des comités sur l'éducation du CMFC.

X. Le développement professoral

ss. Journal de bord (version enseignants)

tt. Référentiel des activités pédagogiques fondamentales en médecine de famille

uu. Exercice de métasupervision entre pairs

vv. Autres ressources

ss. Journal de bord (version enseignants)

Journal de Bord (Réflexion, version pour enseignants)

Date de l'activité : _____
Nom du « Maître Enseignant »: _____

Type d'activité éducative / Programme (ex. supervision en bureau, PABP, atelier Calgary-Cambridge,etc.) :_____
_____

Endroit(CUMF/Hôpital):
_____

Nom des étudiants/Participants:
_____
_____
_____

Niveau des étudiants / Participants (ex. R1, R2, externes, collègues) : _____
_____

Aspects positifs de l'activité:
_____
_____
_____
_____

Difficultés rencontrées:
_____
_____
_____
_____

Réflexion et Interprétation de l'activité:
_____
_____
_____
_____
_____
_____

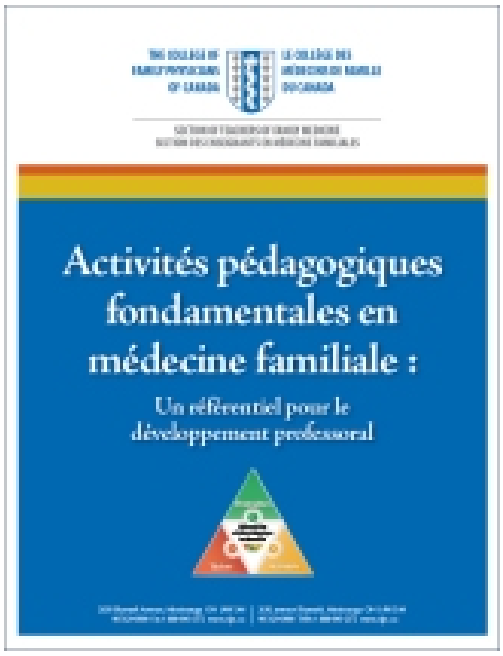
Stratégies à envisager pour améliorer une prochaine activité similaire (Analyse):
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Traduit et adapté d'un document de:
Master of Science in Community Health
Graduate Department of Public Health Science
Université de Toronto
Par Lyne Ménard, 2009-03-09

tt. Référentiel des activités pédagogiques fondamentales en médecine de famille

Référentiel des activités pédagogiques fondamentales

La section des enseignants du Collège des médecins de famille du Canada a produit un référentiel sur les activités pédagogiques fondamentales en médecine familiale. On peut le voir comme une sorte de trajectoire de compétence du clinicien enseignant. C'est un document fort utile pour alimenter la réflexion et évaluer nos besoins de formation personnel ou d'équipe.
Vous retrouverez ce document en ligne en cliquant sur l'image ci-dessous :



uu. Exercice de métasupervision entre pairs

Vous trouverez dans les prochaines pages la marche à suivre et la grille pour faire un exercice de métasupervision entre pairs et obtenir des crédits d'évaluation de la pratique. Tous les documents requis sont aussi disponibles en suivant ces liens :

- Processus – Activité de métasupervision entre pairs;
- Document préparatoire à la métasupervision;
- Enseignant en contexte clinique – FTA;
- Grille d'observation, Métasupervision – Version FTA;
- Outil réflexif post exercice de métasupervision.

PROCESSUS
Exercice de métasupervision entre pairs

Étape 1 : Remplir le **document préparatoire** à la supervision en vous aidant du Référentiel des activités pédagogiques fondamentales du CMFC, section, ***Enseignant en contexte clinique***

Étape 2 : Choisir un collègue pour vous observer et planifier la période de métasupervision :

- Durée de 1 à 3 heures;
- Observation d'une portion de supervision ou de la supervision au complet selon vos disponibilités et vos objectifs personnels.

Étape 3 : Votre collègue vous observe et remplit la **grille de métasupervision**, incluant la durée de l'activité.

Étape 4 : Remplir le document « **Outil réflexif post-exercice de métasupervision** »

Étape 5 : Pour obtenir des crédits d'évaluation de la pratique :

- Soumettre l'ensemble des documents remplis (3) à la responsable de développement professoral (Dre Lyne Ménard);
- Sur réception de cette preuve que le processus est complété, celle-ci vous fera parvenir un lien pour évaluer l'activité;
- Lorsque suffisamment de formulaires d'évaluation auront été remplis pour assurer la confidentialité, la liste des participants ayant complété l'activité et un sommaire des formulaires d'évaluation sera acheminé au DPC qui vous enverra votre attestation de participation.

Veuillez noter que la responsable de développement professoral s'engage à **ne pas** lire ni divulguer le contenu des documents. Elle ne doit que s'assurer qu'ils ont bien été remplis et que le processus est complet.

DMFMU
2020.10.05

Grille d'observation : Méta supervision

Domaine : Enseignant en contexte clinique
Tâche : superviseur au quotidien

	À continuer	À essayer/faire plus
Incarne et rends explicite, dans le travail clinique, les rôles, attitudes et compétences du médecin : ☐ Verbalise son processus de raisonnement clinique (RC): Y compris ses défis, réactions et dilemmes éthiques ☐ Démontre de l'enthousiasme pour son travail auprès des patients et des apprenants ☐ Assure un environnement d'apprentissage sécuritaire pour les patients et les apprenants (*e.g. préparer la rencontre, valider les objectifs et attentes, climat propice à l'apprentissage, capacité d'écoute, fait de l'observation directe*)		
Soutien et stimule le RC de l'apprenant : ☐ Applique des stratégies pertinentes pour soutenir le RC et l'évaluer (*e.g. écouter et questionner plutôt que donner les réponses, faire expliciter l'apprenant*) ☐ Adapte son intervention au particularités de chaque apprenant (*e.g. selon le niveau et les expériences préalables, niveau d'autonomie*) ☐ Intervient pour aider l'apprenant à développer et raffiner sa démarche clinique (*e.g. : enseignement basé sur données probantes et limitées à 1-2 points, utilisation de technique comme le « précepteur minute », SNAPPS ou autre*)		
Dispense, en temps opportun, une rétroaction constructive, adaptée à l'apprenant : ☐ Fournit et reçoit une rétroaction formative en respectant les caractéristiques d'une rétroaction efficace (*respect, confidentialité, spécifique, descriptive, objectivable, réaliste, renforce les éléments maitrisés, offre des pistes d'amélioration*) ☐ Amène l'apprenant à s'approprier le message de la rétroaction (*prend en considération la réaction émotive, favorise la position d'apprentissage, vérifie la compréhension de la rétroaction*) ☐ Aide l'apprenant à choisir les stratégies et ressources pour effectuer son autoapprentissage (*prescription pédagogique,*		

Cette œuvre, création, site ou texte est sous licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les mêmes Conditions 4.0 International. Pour accéder à une copie de cette licence, merci de vous rendre à l'adresse suivante http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/ ou envoyez un courrier à Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, California, 94041, USA.

suggérer des activités, lectures, outils)		
Documente à l'aide des outils du programme, ses observations de la performance de l'apprenant, selon son niveau : ☐ Démontre qu'il maitrise l'utilisation des différents outils d'évaluation du programme (*e.g. FOR-T, feuilles de rétroaction quotidienne, APC*) ☐ Se sert des outils appropriés pour décrire avec justesse la performance de l'apprenant		
Effectue une démarche réflexive afin de parfaire sa façon d'agir en supervision clinique : ☐ Sollicite la rétroaction de l'apprenant sur la supervision clinique qu'il dispense ☐ Demande à ses pairs d'observer et de donner de la rétroaction sur ses interactions superviseur-apprenant ☐ Prend en compte son autoréflexion ainsi que la rétroaction reçue pour améliorer sa supervision		

Enseignant : _____ **Méta superviseur :** _____ **Date :** _____

Commentaires

Cette œuvre, création, site ou texte est sous licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les mêmes Conditions 4.0 International. Pour accéder à une copie de cette licence, merci de vous rendre à l'adresse suivante http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/ ou envoyez un courrier à Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, California, 94041, USA.

Bibliographie

Grille créée le 2019-06-10 par Lyne Ménard, à partir du Référentiel des Activités pédagogiques fondamentales du CMFC ainsi que des documents suivants :

- Clavet D, Antao V, Koppula S, Walsh A. Transformez une occasion d'enseignement en une occasion d'apprentissage pour vous-même: Référentiel des activités pédagogiques fondamentales. *Can Fam Physician*. 2015;61(10):913–917. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607339/pdf/0610913.pdf

- Luc Côté et Norma Bélanger. La rétroaction constructive dans la supervision clinique. Version originale, mai 2006. Révisions : octobre 2007: N. B., Patricia-Ann Laughrea, L. C.; Septembre 2011 Anne Rousseau et PAL Développement pédagogique, Faculté de médecine, Université Laval.

- Marie Giroux, Denis Bergeron. Un code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé lors de la formation clinique en médecine. *Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 202-207.*

- Kilminster, Sue, Cottrell, David, Grant, Janet and Jolly, Brian , (2007) 'AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision', Medical Teacher, 29:1, 2 - 19

- Sommer, J., Lanier, C., Perron, N. J., Nendaz, M., Clavet, D., & Audétat, M.-C. (2016). A teaching skills assessment tool inspired by the Calgary–Cambridge model and the patient-centered approach. *Patient Education and Counseling*, *99*(4), 600-609. doi: https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.024 (Grille intéressante avec descripteurs)

- Walsh A, Antao V, Bethune C, Cameron S, Cavett T, Clavet D, Dove M, Koppula S. *Activités pédagogiques fondamentales en médecine familiale: Un référentiel pour le développement professoral*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2015. https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/FTA_GUIDE_MC_FRE_Apr_REV.pdf

Cette œuvre, création, site ou texte est sous licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les mêmes Conditions 4.0 International. Pour accéder à une copie de cette licence, merci de vous rendre à l'adresse suivante http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/ ou envoyez un courrier à Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, California, 94041, USA.

vv. Autres ressources

Autres ressources :

D'autres ressources pour le développement professoral peuvent être retrouvés sur le site du département (DMFMU) sous l'onglet « vie professorale », « développement professoral » que vous pouvez rejoindre en cliquant ici.

Une autre ressource utile est le site internet du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS). Il contient le calendrier des formations offertes et des outils. On peut le retrouver ici.

La page facebook du CPASS est alimentée régulièrement et est une bonne source pour trouver les derniers articles intéressants en pédagogie de la santé.

Liste de lectures essentielles en éducation des sciences de la santé, classée par catégories, par une équipe de McMaster, qui vous permet de commenter et noter les articles : https://hpeworld.com

XI. Conclusion

Le comité de développement professoral espère que ce répertoire d'outil vous sera utile dans votre supervision quotidienne.

N'hésitez pas à nous faire vos suggestions et commentaires pour continuer à améliorer le « CPS »!